



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

AS INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS NA GESTÃO ALIMENTAR DA PESSOA EM FIM DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Maria de Oliveira Moreno



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Ana Maria de Oliveira Moreno
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**AS INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS NA GESTÃO ALIMENTAR DA PESSOA
EM FIM DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Manuela Cerqueira

fevereiro de 2026

AGRADECIMENTOS

À Professora Manuela Cerqueira, pelo exemplo de sempre, pela semente lançada na licenciatura em enfermagem e pelo suporte e incentivo constante ao longo de todo este longo percurso. Pelo impulso final, no repto pela conclusão deste projeto profissional e de vida e por todo o apoio e disponibilidade sempre presentes.

À razão da minha existência. Porque por ti João Dinis, a mãe move o mundo e relembra-te que o importante é realmente nunca desistir. Abdicar dos teus sonhos nunca poderá ser o caminho. Luta sempre pelo que acreditas ser o motor da tua felicidade.

À minha família com ênfase aos meus pais, pelo exemplo de vida e resiliência sempre presentes, pelo suporte incondicional, e por serem o meu porto de abrigo recheado de amor quando tudo parecia ruir.

Ao meu namorado, por todos os momentos em que o privei da minha presença e que com total compreensão, me alentou no decorrer desta jornada.

Aos amigos que me fizeram acreditar ser possível chegar aqui. Aos que foram incentivo, amparo, suporte, apoio e proteção. Aos que não me deixaram cair e estenderam o braço em forma de ajuda sincera e genuína.

A toda a equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Paliativos da WeCare Saúde Mutivaze, pelos momentos de crescimento, aprendizagem e partilha ao longo do estágio.

Aos meus colegas de estágio pelo amparo constante nesta caminhada conjunta.

Sou grata à vida por toda esta minha rede de apoio que me sustentou!!!

A todos, o meu muito obrigada!

Pelas Dores do teu nome...foi por ti!

“Se temos um trabalho que nos oferece a chance de deixar o mundo melhor, mesmo que só um pouco e só para poucas pessoas; se nos envolvermos nesse trabalho com verdadeira energia de transformação e nos realizamos, vemos sentido no fluxo que escolhemos, ainda que implique trabalhar muito.”

Ana C. Arantes (2021)

RESUMO

O aumento da esperança média de vida e o consequente envelhecimento populacional têm contribuído para uma maior prevalência de doenças crónicas avançadas, cuja evolução conduz frequentemente à necessidade de cuidados paliativos. Neste contexto, a gestão alimentar da pessoa em fim de vida assume particular relevância, exigindo do enfermeiro competências técnicas, científicas e humanas capazes de reconhecer as necessidades globais da pessoa e da família/cuidadores, assegurando intervenções individualizadas, competentes e humanizadas.

Com vista ao desenvolvimento de competências especializadas neste domínio, foi realizado um estágio de natureza profissional numa Unidade de Cuidados Paliativos da região norte de Portugal. No domínio da prestação de cuidados, a prática evidenciou quatro pilares essenciais: gestão de sintomas; comunicação; apoio familiar; e trabalho em equipa. A gestão alimentar exigiu avaliação multidimensional da capacidade de ingestão de alimentos, identificação de sintomas e implementação de estratégias centradas na alimentação de conforto, ajustadas aos objetivos e preferências da pessoa. A comunicação foi determinante no estabelecimento de uma relação terapêutica, na clarificação de expectativas e no apoio à tomada de decisão partilhada relativamente à adequação da alimentação e às limitações inerentes ao fim de vida. O apoio à família/cuidadores consistiu em promover a compreensão da diminuição progressiva da ingestão alimentar como parte do processo natural, garantindo suporte emocional e respeito pelas dimensões cultural, espiritual e social. O trabalho em equipa permitiu delinear planos integrados de intervenção, articulados com diferentes profissionais e sustentados em princípios éticos, deontológicos e legais.

No âmbito da investigação, realizou-se o estudo “As intervenções dos enfermeiros na gestão alimentar da pessoa em fim de vida em cuidados paliativos: uma scoping review”, cujo objetivo consistiu em mapear as intervenções dos enfermeiros relativamente a esta dimensão do cuidado. O estudo permitiu concluir que, nesta fase da vida, a alimentação transcende a dimensão nutricional, envolvendo dimensões éticas, simbólicas e emocionais profundas para o doente e sua família. O enfermeiro desempenha um papel central através da identificação de cinco categorias de intervenções de enfermagem que passam pela gestão técnica da nutrição artificial, o controlo de sintomas, a mediação de conflitos familiares e a garantia do conforto e dignidade, priorizando o bem-estar através de um cuidado existencial e humanizado. Conclui-se que a formação especializada é fundamental para que as decisões clínicas respeitem a autonomia do doente e evitem a obstinação terapêutica.

No domínio da formação, destaca-se o planeamento, organização e realização de um curso básico de cuidados paliativos, tendo sido da responsabilidade da estudante o módulo da gestão de sintomas digestivos.

No domínio da gestão, foi realizado um acompanhamento de perto do enfermeiro diretor técnico e da enfermeira responsável da Unidade de Cuidados Paliativos, participando em diversas atividades de gestão.

A participação em todas estas atividades permitiu desenvolver competências especializadas na área da gestão alimentar em cuidados paliativos, promovendo intervenções baseadas na melhor evidência científica, orientadas para a dignidade, conforto e qualidade de vida da pessoa em fim de vida.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Pessoa em Fim de Vida; Alimentação; Enfermagem.

ABSTRACT

The increase in life expectancy and the consequent population ageing have contributed to a higher prevalence of advanced chronic diseases, whose progression often leads to the need for palliative care. In this context, nutritional management at the end of life is of particular relevance, requiring nurses to possess technical, scientific and human competencies capable of recognising the global needs of the person and their family/caregivers, ensuring individualised, competent and humanised interventions.

With the aim of developing specialised competencies in this field, a professional internship was carried out in a Palliative Care Unit in the northern region of Portugal. In the domain of care provision, practice highlighted four essential pillars: symptom management; communication; family support; and teamwork. Nutritional management required a multidimensional assessment of oral intake capacity, identification of symptoms such as dysphagia, anorexia or weight loss, and the implementation of strategies focused on comfort feeding, adjusted to the person's goals and preferences. Communication proved to be decisive in establishing a therapeutic relationship, clarifying expectations and supporting shared decision-making regarding the appropriateness of nutrition and the inherent limitations at the end of life. Family/caregiver support consisted of promoting understanding of the progressive reduction in food intake as part of the natural process, while ensuring emotional support and respect for cultural, spiritual and social dimensions. Teamwork enabled the development of integrated care plans, articulated with different professionals and grounded in ethical, deontological and legal principles.

In the research domain, the study *“Nursing interventions in nutritional management of the person at the end of life in palliative care: a scoping review”* was conducted, aiming to map nursing interventions related to nutritional management at the end of life. This study concluded that feeding at this stage of life transcends physical nutrition, involving profound ethical, symbolic and emotional dimensions for the patient and their family. Nurses play a central role through the identification of five categories of nursing interventions, including technical management of artificial nutrition, symptom control, mediation of family conflicts, and the promotion of comfort and dignity, prioritising well-being through existential and humanised care. It is concluded that specialised training is fundamental to ensure that clinical decisions respect patient autonomy and avoid therapeutic obstinacy.

In the educational domain, the planning, organisation and delivery of a basic palliative care course is highlighted, with the student being responsible for the module on digestive symptom management.

In the management domain, close monitoring of the technical director nurse and the nurse responsible for the Palliative Care Unit was undertaken, with participation in several management activities.

Participation in all these activities enabled the development of specialised competencies in nutritional management in palliative care, promoting interventions based on the best scientific evidence and oriented towards dignity, comfort and quality of life for the person at the end of life.

Keywords: Palliative Care; Person at the End of Life; Nutrition; Nursing.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AAHPM - American Academy of Hospice and Palliative Medicine

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

ASPEN - American Society for Parenteral and Enteral Nutrition.

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção-Geral de Saúde

EMCEPSP – Enfermagem Médico-cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ESAS – Edmonton Symptom Assessment System

ESS_IPVC – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

JB - Joanna Briggs Institute

LBCP – Lei de Bases de Cuidados Paliativos

MEPSP – Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

NA - Nutrição Artificial

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBI – Prática Baseada na Evidência

PCC - População, Conceito e Contexto

PEDCP – Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PII – Plano Individual de Intervenção

PNS – Plano Nacional de Saúde

PPS – Palliative Performance Status

PRISMA-ScR - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews

PSP – Pessoa em Situação Paliativa

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SNG – Sonda Nasogástrica

UC – Unidade de Convalescença

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

ÍNDICE DE GRÁFICOS, QUADROS E FIGURAS

GRÁFICOS

Gráfico 1. – Género dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.....	16
Gráfico 2. – Idade dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.....	17
Gráfico 3. – Habilitações académicas dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.....	17
Gráfico 4. – Natureza do vínculo profissional dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.....	18
Gráfico 5. – Anos de experiência profissional dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.....	18
Gráfico 6. – Anos de atividade profissional na UCP dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.....	19
Gráfico 7. – Formação específica em CP dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação	19
Gráfico 8. – Nível de formação específica em CP dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.....	20
Gráfico 9. - Áreas de formação prioritárias para melhor desempenho profissional enquanto enfermeiros em funções na UCP.....	20

QUADROS

Quadro 1 – Número de estudos encontrados por base de dados.....	32
Quadro 2 – Dados extraídos da pesquisa dos 7 estudos incluídos	35
Quadro 3 - Principais objetivos e resultados dos estudos incluídos na scoping review.....	37

Quadro 4 - Categorias de intervenções de enfermagem na gestão alimentar da pessoa em fim de vida em cuidados paliativos.....	41
---	----

FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma Prisma.....	34
--	----

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
PENSAMENTO	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT	vii
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS, FIGURAS E QUADROS.....	x
INTRODUÇÃO	3
PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA	7
1. O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA NUMA UCP: UM PERCURSO PROFISSIONAL.....	8
1.1. Caraterização do contexto de estágio de natureza profissional.....	11
1.2. Diagnóstico de necessidades.....	15
PARTE II - A INVESTIGAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS – <i>UMA SCOPING REVIEW</i>	23
2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO ALIMENTAR DA PESSOA EM FIM DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS: SCOPING REVIEW	24
2.1. Introdução.....	25
2.2. Metodologia e tipo de estudo	29
2.3 Questão de investigação / Estratégia PCC	30
2.4. Critérios de inclusão e exclusão.....	31
2.5. Fontes de informação e estratégia de pesquisa	31

2.6 - Processo de extração de dados e seleção dos estudos.....	32
2.7. Apresentação dos Resultados.....	35
2.8. Discussão	43
2.9. Conclusão e Implicações para a Prática de Enfermagem Especializada em CP	50
PARTE III – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS E COMUNS EM CUIDADOS PALIATIVOS	53
3. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	54
3.1 Atividades e competências específicas desenvolvidas.....	57
3.1.1 Gestão de sintomas em Cuidados Paliativos.....	59
3.1.2. Comunicação e relação terapêutica em Cuidados Paliativos	63
• A Comunicação como pilar da prática em Cuidados Paliativos.....	65
• A escuta ativa e a presença terapêutica	66
• Barreiras comunicacionais e estratégias de adaptação	67
3.1.3. Apoio à família e acompanhamento no processo de luto.....	67
3.1.4. Trabalho em Equipe	70
• Composição e qualificação da equipa.....	71
• Processos de equipa: coordenação, continuidade e planeamento.....	73
3.2 - ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS COMUNS DESENVOLVIDAS	74
3.2.1. Competências no âmbito da Responsabilidade Profissional, Ética e legal	74
3.2.2. Competências no âmbito da Melhoria Contínua da Qualidade	77
3.2.3. Competências no âmbito da Gestão e da Formação.....	80

3.2.4. Competências no âmbito do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	83
CONCLUSÃO GERAL	87
BIBLIOGRAFIA.....	92
APÊNDICES.....	108
APÊNDICE 1 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA FORMAL DO DIRETOR TÉCNICO DA UNIDADE PARA IMPLEMENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES	109
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DA EQUIPA.....	111
APÊNDICE 3 – PLANIFICAÇÃO DO CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS	116
APÊNDICE 4 –PLANO DE SESSÃO: MÓDULO GESTÃO DE SINTOMAS DIGESTIVOS.....	121
APÊNDICE 5 – MÓDULO GESTÃO DE SINTOMAS DIGESTIVOS_ CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS	127

INTRODUÇÃO

No âmbito dos Cuidados Paliativos (CP), área de intervenção com especificidades marcadas e em constante afirmação quanto à sua relevância nos sistemas de saúde nacionais e internacionais, torna-se particularmente premente a qualificação de profissionais especializados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os sistemas de saúde integrem os CP de forma transversal na prestação de cuidados dirigidos a pessoas com patologias crónicas e potencialmente ameaçadoras da vida (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2021). A qualificação avançada dos profissionais de saúde apresenta-se assim, como pilar indispensável para assegurar a qualidade, a adequação e a humanização da resposta prestada neste domínio.

Neste enquadramento, o Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (MEPSP) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), instituído pelo Despacho n.º 8234/2019, constitui uma referência na capacitação de enfermeiros, promovendo o desenvolvimento de competências avançadas em CP. O ciclo de estudos foi concebido de modo a garantir a aquisição das competências previstas, abrangendo as Competências Comuns (Regulamento n.º 140/2019) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Regulamento n.º 429/2018). De acordo com este último, o enfermeiro especialista assume a responsabilidade de cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva ou terminal, bem como, dos seus cuidadores e familiares, promovendo o alívio do sofrimento, o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida (p. 19365). O diploma supracitado regulamenta ainda, a organização curricular do curso, contemplando a realização de um Estágio de Natureza Profissional (ENP), com relatório final, conducente à Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. (EMCEPSP).

Assim, tendo por base o acima mencionado e, após 18 anos de experiência profissional em contexto de internamento cirúrgico hospitalar, optamos por realizar o estágio numa unidade de cuidados paliativos (UCP) de internamento. A seleção desta UCP decorreu do interesse em conhecer a realidade de um internamento especificamente destinado a pessoas em situação paliativa no seio da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), designadamente a sua dinâmica funcional, objetivos, potencialidades e limitações. Este contexto, configurou uma oportunidade relevante para o desenvolvimento das competências requeridas ao futuro exercício profissional como Enfermeira Especialista em EMCEPSP. Realçamos ainda, que o estágio do 2º

semestre se realizou numa Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos de um Hospital do Norte do País.

A opção por estes contextos formativos fundamentou-se na necessidade de vivenciar modelos diferenciados de prestação de cuidados, em consonância com os critérios definidos pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017), tratando-se igualmente de equipas de reconhecida referência no setor.

No âmbito do ENP, foram definidos vários objetivos, articulados com o protocolo da unidade curricular e com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMCEPSP, salientando-se:

- aplicar conhecimentos especializados na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa e família, ajustando as intervenções à complexidade das necessidades identificadas;
- fundamentar a tomada de decisão clínica em princípios éticos, direitos humanos e responsabilidades profissionais;
- promover a prática baseada na evidência;
- participar na melhoria contínua da qualidade;
- diagnosticar necessidades nos domínios da gestão de cuidados, governação clínica, formação e investigação;
- integrar competências na área da gestão e governação clínica, dinamizando a formação em serviço;
- desenvolver competências no âmbito da investigação em enfermagem.

O presente relatório pretende, deste modo, apresentar uma análise crítico-reflexiva do percurso desenvolvido ao longo do ENP, evidenciando as competências adquiridas nos domínios da prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. Alicerçado na prática clínica especializada e na evidência científica, este documento visa demonstrar o desenvolvimento profissional alcançado, culminando na consolidação de competências enquanto futura enfermeira especialista em EMCEPSP.

A temática da alimentação em CP, objeto de particular interesse pessoal e profissional, orientou a vertente investigativa do presente trabalho. O mapeamento das intervenções dos enfermeiros na gestão alimentar da pessoa em fim de vida materializou-se na realização de uma scoping review.

No que respeita à sua organização, o relatório estrutura-se em três partes:

Parte I – Contexto do estágio de natureza profissional: apresenta a trajetória de desenvolvimento das competências especializadas em CP, caracteriza a UCP e realiza um diagnóstico de necessidades formativas e assistenciais;

Parte II – Desenvolvimento de competências de investigação: apresenta uma *scoping review* sobre as intervenções dos Enfermeiros na Gestão Alimentar da Pessoa em Fim de Vida, em Cuidados Paliativos;

Parte III – Desenvolvimento de competências em enfermagem especializada: descreve, de forma crítico-reflexiva, o desenvolvimento das competências específicas, as competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, competências em gestão, qualidade e formação contínua.

Por fim, apresenta-se uma reflexão pessoal, simultaneamente retrospectiva e prospetiva, que sintetiza os principais contributos deste percurso formativo, estabelecendo o paralelismo entre os objetivos definidos, o percurso vivenciado, as dificuldades identificadas, as estratégias mobilizadas e as aprendizagens alcançadas, bem como as perspetivas futuras enquanto enfermeira especialista em CP.

PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA

**1. O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA NUMA UCP:
UM PERCURSO PROFISSIONAL**

Atendendo à complexidade clínica inerente às situações abrangidas pelos CP, estes podem ser prestados em diferentes níveis, ajustados à natureza e intensidade das necessidades da pessoa em situação paliativa e família. Os CP generalistas, através de ações paliativas, constituem a base de prestação de cuidados e devem ser disponibilizados em todos os níveis do sistema de saúde, por profissionais com formação adequada em princípios paliativos, integrando as intervenções paliativas nos cuidados habituais prestados a pessoas com doença crónica, progressiva ou potencialmente limitadora da vida (World Health Organization [WHO], 2020; Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2021).

Contudo, quando as necessidades da pessoa em fim de vida e família atingem maior complexidade, traduzida por instabilidade sintomática marcada, sofrimento psicológico, social ou espiritual acentuado, tomada de decisão ética complexa ou dificuldade no planeamento antecipado de cuidados, é necessária a intervenção de equipas de CP especializadas, detentoras de formação avançada e experiência consolidada nesta área (European Association for Palliative Care [EAPC], 2014; Hui et al., 2018; CNCP, 2021). Estas equipas caracterizam-se por organização multidisciplinar, enfoque na gestão integrada de sintomas e abordagem centrada na pessoa e família, promovendo a continuidade dos cuidados ao longo da trajetória da doença (WHO, 2018; ESMO, 2021).

No âmbito destas respostas especializadas, encontram-se as UCP, integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). De acordo com a Lei n.º 52/2012, publicada no Diário da República n.º 172/2012, Série I de 5 de setembro, as UCP constituem “serviços específicos destinados ao tratamento de doentes que necessitam de CP diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situações clínicas agudas complexas, prestando cuidados em regime de internamento, podendo estar integradas num hospital”. Assim, estas unidades assumem-se como respostas estruturadas para a gestão de situações de elevada complexidade clínica, funcional e psicossocial, assegurando uma abordagem integrada, humanizada e continuada.

De acordo com a EAPC, as UCP prestam CP altamente especializados em regime de internamento, assegurando a intervenção de equipas multidisciplinares com formação certificada e experiência específica na área (Radbruch et al., 2009; EAPC, 2014). Os objetivos nucleares destas equipas incluem:

1. controlo efetivo dos sintomas físicos e psicoemocionais;
2. estabilização do estado funcional;
3. apoio emocional, social e espiritual à pessoa;
4. suporte contínuo aos familiares e cuidadores, durante a doença e no processo de luto (WHO, 2020; EAPC, 2014; ESMO, 2021).

No contexto nacional, a CNCP reforça ainda, a importância da articulação entre níveis de cuidados e da integração das UCP numa rede que assegure equidade no acesso, continuidade assistencial e qualidade nos processos de fim de vida (CNCP, 2021).

Atendendo ao mencionado acima e ao Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, ao longo do ENP, desenvolvemos competências em diversos domínios essenciais. O controlo rigoroso de sintomas constituiu um eixo central, mediante a identificação e monitorização de sinais de sofrimento multidimensional e a implementação de intervenções individualizadas, ajustadas à evolução clínica. Paralelamente, a comunicação eficaz e empática com a pessoa e família revelou-se determinante, permitindo conduzir conversas difíceis, apoiar processos de tomada de decisão partilhada e promover o respeito pelas crenças, valores e preferências individuais.

A intervenção em equipa multiprofissional destacou a importância da articulação com diferentes profissionais, favorecendo a construção de planos de cuidados integrados e centrados na pessoa. A competência relativa à tomada de decisão ética foi reforçada pela reflexão sobre dilemas inerentes ao fim de vida, privilegiando decisões informadas, partilhadas e sustentadas em princípios éticos. A prestação de cuidados centrados na pessoa e família consolidou-se através da avaliação contínua de necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, promovendo o conforto, dignidade e qualidade de vida.

A gestão e coordenação de cuidados assumiu particular relevância, através da planificação e monitorização de intervenções, assegurando a continuidade assistencial e a articulação entre níveis de cuidados. Concomitantemente, a participação em processos de promoção da qualidade e segurança permitiu identificar oportunidades de melhoria, implementar estratégias e contribuir para a construção de indicadores orientados para a eficácia dos cuidados.

A integração da prática baseada na evidência possibilitou fundamentar decisões clínicas, potenciando a qualidade das intervenções, sendo reforçada pela realização de uma

scoping review no âmbito do estágio. Por fim, o desenvolvimento de competências em formação e investigação permitiu contribuir para a atualização contínua da equipa, a disseminação de boas práticas e a produção de conhecimento relevante em CP.

De seguida, procedemos à contextualização do ENP desenvolvido na UCP, bem como, ao diagnóstico de necessidades efetuado, culminando na análise e reflexão sobre as atividades empreendidas e as competências comuns e específicas mobilizadas ao longo do percurso.

Importa salientar que a caracterização da UCP de internamento e o diagnóstico de necessidades apresentados correspondem ao enquadramento organizativo vigente durante o período de realização do ENP, anterior às mais recentes reestruturações nos modelos de prestação de CP no Sistema Nacional de Saúde (SNS). Esta delimitação temporal revela-se necessária para garantir a correspondência entre a realidade observada e a análise crítica desenvolvida.

1.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Tal como referido anteriormente, o ENP decorreu na UCP situada na região norte do país, integrada na RNCCI. A instituição foi fundada em junho de 2011, com o objetivo de dar resposta às necessidades da população nas dimensões da saúde e do apoio social. Integra três tipologias de unidades: Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), com capacidade para 28 camas; Unidade de Convalescença (UC), com 15 camas; e UCP, igualmente com 15 camas (WeCare Saúde Mutivaze, 2011).

De acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP) – Lei n.º 52/2012, as UCP constituem serviços especializados destinados ao tratamento de pessoas com necessidades de CP multidisciplinares e diferenciados, particularmente em situações clínicas complexas. Estas unidades devem estar integradas num hospital ou noutra instituição de saúde com internamento, podendo agregar diversas valências, tais como internamento, apoio intra-hospitalar, consulta externa, centro de dia e apoio domiciliário.

Relativamente aos critérios de admissão na RNCCI, e especificamente nas UCP, a LBCP estabelece que estes devem assentar em critérios clínicos, de prioridade e de complexidade, podendo incluir exaustão do cuidador informal. A Circular Normativa n.º

8/2017/CNCP/ACSS especifica que devem ser admitidas nas UCP pessoas com internamento previsível até 30 dias que:

- apresentem patologia incurável, avançada e progressiva, não se encontrando a realizar terapêutica anti tumoral ativa, no caso de doença oncológica;
- necessitem de cuidados ativos para controlo de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais;
- necessitem de cuidados de enfermagem permanentes;
- necessitem de cuidados médicos não permanentes;
- não requeiram consultas regulares de outras especialidades durante o internamento.

A mesma Circular, prevê a prorrogação do internamento por mais 30 dias caso não tenham sido atingidos os objetivos definidos inicialmente. Estes internamentos pressupõem a preparação antecipada da alta, assegurando a continuidade de cuidados através da articulação com a equipa referenciadora.

A Portaria n.º 66/2018 determina que as UCP devem assegurar cuidados médicos e de enfermagem, apoio psicológico, social e espiritual, intervenção no luto, exames complementares de diagnóstico sempre que clinicamente indicados, prescrição e administração de terapêutica, alimentação, higiene, conforto, atividades ocupacionais, lazer, formação em CP e assessoria aos profissionais dos vários níveis de cuidados. Trata-se, assim, de respostas assistenciais fundamentais para pessoas cuja situação clínica inviabiliza a permanência no domicílio ou em contexto hospitalar.

No que respeita aos recursos humanos, a Portaria n.º 66/2018 estabelece que as UCP devem integrar profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, com formação específica em CP. Podem ainda dispor de outros profissionais sempre que a complexidade de cuidados o justifique.

A UCP é uma das duas unidades de internamento em CP existentes na região Norte (Administração Regional de Saúde do Norte, s.d), apresentando uma área de influência alargada cuja referenciação pode abranger todo o território nacional, embora predominantemente proveniente da região Norte. A criação desta UCP constituiu uma resposta estratégica ao aumento do envelhecimento populacional e da incidência de doença grave, incurável, progressiva e avançada, tendo como missão prestar cuidados

especializados centrados na qualidade de vida, na dignidade e no controlo de sintomas. Tal como definido na legislação vigente, recebe pessoas com situações de baixa a moderada complexidade, com período previsível de internamento de 30 dias, prorrogável mediante instabilidade clínica ou fragilidade social.

Estruturalmente, o edifício organiza-se em três pisos: piso -1, onde se situam serviços de apoio; piso 0, com áreas comuns às três unidades, incluindo receção, ginásio, gabinete médico, refeitório, sala de atividades, sala de tratamentos, gabinete de enfermagem partilhado pela UCP e pela UC, e 16 quartos com instalação sanitária, distribuídos por duas alas: uma afeta à UC e outra à UCP. Esta última, integra sete quartos duplos e um quarto individual (UCP, 2011). O piso 1 integra a ULDM e gabinetes médicos.

A prática assistencial pauta-se por uma abordagem multidisciplinar, holística, humanizada e centrada na pessoa, com o objetivo de minimizar o sofrimento e maximizar a qualidade de vida. A sua missão e visão assentam na prestação de cuidados humanizados a pessoas com dependência temporária ou definitiva, com base em rigor científico e técnico e numa relação de proximidade.

Os princípios norteadores incluem: afirmação da vida e reconhecimento da morte como processo natural; promoção da qualidade de vida da pessoa e família; individualização dos cuidados; atuação interdisciplinar; conhecimento diferenciado em controlo da dor e outros sintomas; respeito pelas crenças e valores pessoais; e continuidade de cuidados. Entre os valores destacam-se: humanização, ética assistencial, envolvimento familiar, rigor, transparência, continuidade e proximidade, responsabilização, qualidade, eficiência e interdisciplinaridade (UCP, 2011). Os objetivos específicos da UCP incluem:

- promover o bem-estar e as condições de vida da pessoa em sofrimento;
- prestar cuidados tecnicamente adequados à condição clínica;
- melhorar continuamente a qualidade dos cuidados continuados de saúde e apoio social;
- apoiar familiares e cuidadores na prestação de cuidados;
- articular com outras unidades da RNCCI para assegurar continuidade de cuidados;
- promover a satisfação dos colaboradores;
- assegurar desenvolvimento sustentável em dimensões ambiental, social, económica e financeira (UCP, 2011).

No âmbito da gestão, conforme o Regulamento Interno, a UCP dispõe dos seguintes órgãos: Gerência, Direção Clínica/Técnica, Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Coordenador e Diretor Técnico de Farmácia. Apesar de apenas uma pequena proporção dos enfermeiros deterem formação avançada em CP, foi possível identificar investimento em formação pós-graduada e de mestrado. Em conformidade com a Portaria n.º 66/2018, o Diretor Técnico possui formação específica em CP.

O Diretor Técnico, também enfermeiro gestor, é responsável pela implementação de programas de gestão da qualidade, formação inicial e contínua, integração de novos profissionais, promoção da humanização de cuidados e supervisão da atividade clínica, em colaboração com a enfermeira responsável pela UCP (Portaria n.º 50/2017).

A dotação de enfermagem por turno corresponde a dois enfermeiros no turno da manhã (08h-15h), dois no turno da tarde (15h-21h) e um no turno da noite (21h-08h). A intervenção médica inclui visita diária de segunda-feira a domingo, totalizando 20 horas presenciais semanais, com garantia de disponibilidade telefónica 24 horas por dia. A psicóloga e a assistente social asseguram presença de segunda a sexta-feira, entre as 9h-13h e as 13h30-17h30, com 10 horas semanais afetas à UCP.

A gestão de recursos humanos é realizada pela direção técnica e clínica, conforme as necessidades das diferentes unidades. As equipas médica e de enfermagem articulam com outros profissionais, incluindo serviço social, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, terapia da fala e nutrição.

A admissão das pessoas é programada, com designação de gestor de caso e elaboração do Plano Individual de Intervenção (PII). Realizam-se reuniões semanais de discussão de casos e, sempre que necessário, conferências familiares, com o objetivo de avaliar o conhecimento da pessoa e da família sobre a situação clínica, esclarecer dúvidas e adequar decisões, de acordo com as boas práticas comunicacionais em CP.

Cada pessoa admitida dispõe de processo clínico em suporte eletrónico, na plataforma da RNCCI, alinhado com os princípios do Catálogo CIPE, e em suporte de papel. A transmissão de informação entre turnos inclui atualização do estado clínico, diagnóstico, necessidades específicas e outras informações relevantes.

O horário de visitas decorre entre as 12h e as 19h, podendo ser flexibilizado sempre que as necessidades da pessoa e família o justifiquem.

1.2. DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

Um dos objetivos centrais do ENP consistiu na elaboração de um plano de atividades sustentado num diagnóstico prévio das necessidades do contexto. Este processo assumiu particular relevância, uma vez que permitiu identificar necessidades nos domínios da prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação, possibilitando a definição de intervenções direcionadas e coerentes com as prioridades observadas.

A realização do diagnóstico de necessidades fundamentou-se no Regulamento n.º 140/2019, especificamente na unidade de competência A.1.2, que estabelece que o enfermeiro especialista deve demonstrar capacidade de desempenhar funções consultivas quando os cuidados exigem competência diferenciada. A importância desta avaliação é igualmente reforçada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Ordem dos Enfermeiros, 2017), onde se destaca o diagnóstico sistematizado como etapa estruturante no processo de tomada de decisão e na planificação de cuidados.

A identificação de necessidades constitui, portanto, um elemento determinante para o desempenho profissional do enfermeiro especialista em EPSP, orientando o delineamento de intervenções diferenciadas com impacto direto na qualidade dos cuidados. Assim, após o período inicial de integração na unidade e familiarização com as dinâmicas institucionais, procedeu-se a um processo de observação participante e interação com a equipa multidisciplinar, com o intuito de identificar áreas prioritárias de melhoria e potenciais oportunidades de atuação.

Para uma caracterização rigorosa do contexto, tornou-se necessário conhecer a composição da equipa da UCP. A recolha de dados decorreu entre 4 e 18 de abril de 2022. Neste período, a instituição apresentava um total de 75 profissionais, distribuídos por diferentes áreas disciplinares, incluindo: medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, nutrição, farmácia, serviço social, assistência espiritual, terapia da fala, terapia ocupacional, animação sociocultural, auxiliares de ação médica, auxiliares de serviços gerais e pessoal administrativo (UCP, s.d.).

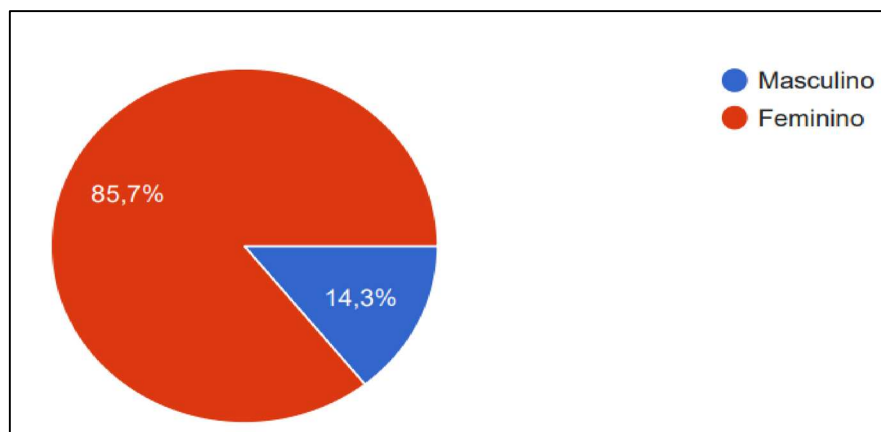
A equipa de enfermagem era constituída por 33 enfermeiros, além do enfermeiro gestor, que acumulava funções como diretor técnico da unidade (UCP, 2011).

Com o objetivo de identificar necessidades formativas da equipa de enfermagem, foi aplicado um questionário (Apêndice 2), cuja realização obteve autorização prévia formal do diretor técnico da unidade (Apêndice 1). Paralelamente, foi realizada uma entrevista exploratória ao diretor técnico, de modo a aprofundar a identificação de problemas percecionados e potenciais áreas de intervenção durante o ENP.

O questionário, de preenchimento anónimo, foi disponibilizado a todos os enfermeiros com intervenção direta na prestação de cuidados, perfazendo uma população-alvo de 33 profissionais. A hiperligação para o seu preenchimento foi enviada pelo diretor técnico. No período definido, foram obtidas **28 respostas**, correspondendo a uma taxa de resposta de aproximadamente 85%, verificando-se 5 não respostas.

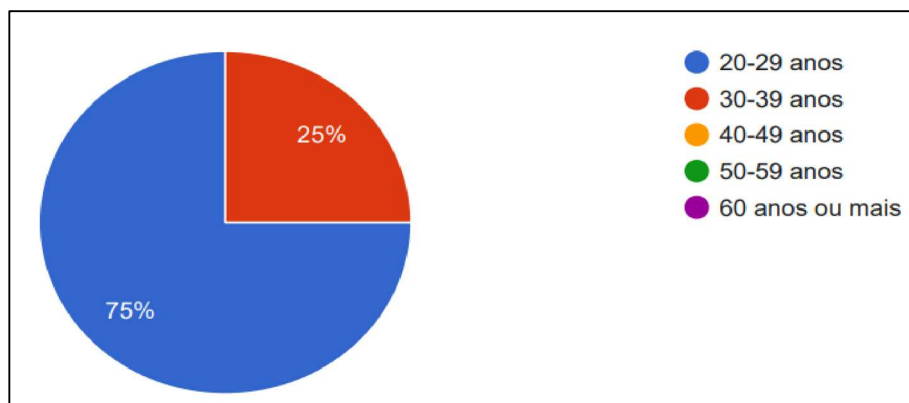
Através da análise dos dados verifica-se que a maioria dos enfermeiros eram do sexo feminino (85,7%), (gráfico 1).

Gráfico 1. – Género dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.



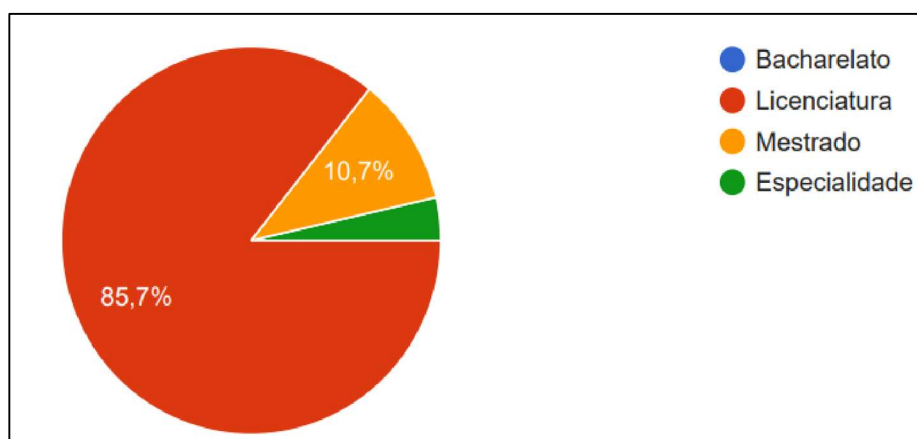
Do total de enfermeiros, 75% tinham entre 20 e 29 anos e os restantes entre 30 e 39 anos de idade (gráfico 2), sendo a média das idades de 27 anos $\pm$ 4,3 anos.

Gráfico 2. – Idade dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.



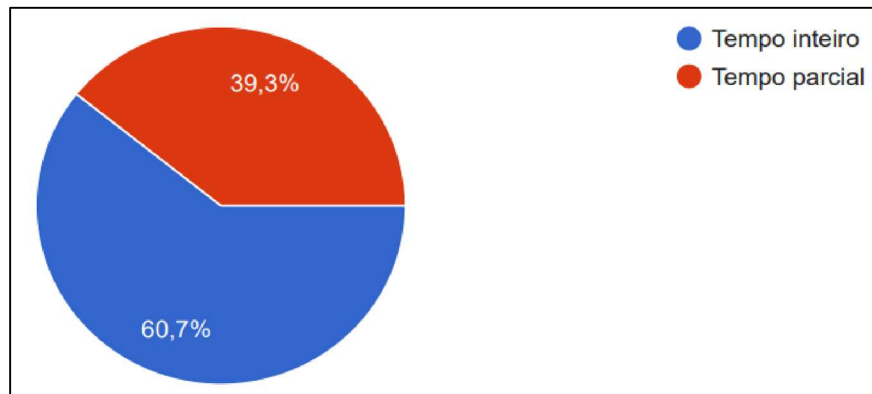
Ao nível das habilitações académicas 85,7% tinham licenciatura, 10,7% mestrado académico e 3,6% eram titulares de especialidade (gráfico 3).

Gráfico 3. – Habilitações académicas dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.



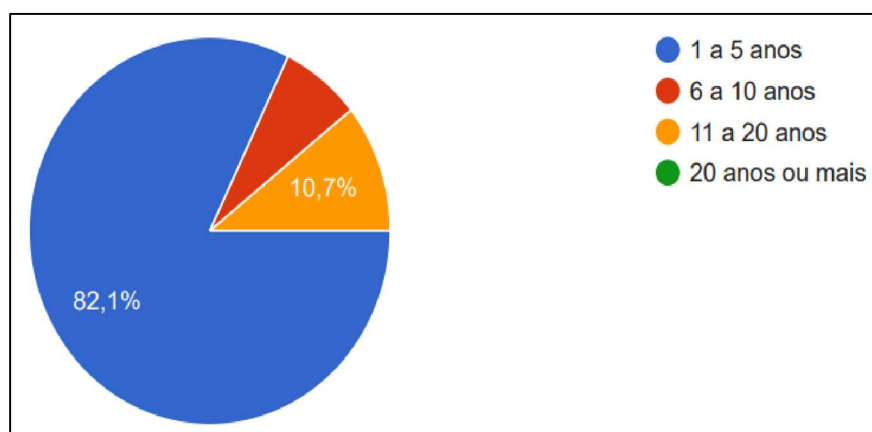
Relativamente ao vínculo profissional, 60,7% trabalhavam a tempo inteiro na UCP, enquanto 39,3% apenas trabalhavam a tempo parcial (gráfico 4).

Gráfico 4. – Natureza do vínculo profissional dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.



No que diz respeito ao tempo de exercício profissional, 82,1% dos inquiridos tinha entre 1 a 5 anos, 10,7% entre 11 a 20 anos e 7,2% de 6 a 10 anos (gráfico 5), sendo a média de $4,7 \pm 4$ anos.

Gráfico 5. – Anos de experiência profissional dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.



Ao nível da experiência profissional na UCP a maioria (35,7%) trabalhava na instituição num período entre 1 a 2 anos, seguido do intervalo de tempo inferior a 1 ano (28,6%);

17,9% trabalhavam entre 2 a 4 anos, 10,7% entre 8 e 11 anos e 7,1% encontravam-se vinculados há um período entre 4 e 8 anos (gráfico 6), sendo a média de $2,7 \pm 2,8$ anos. Quanto à formação específica em CP, apenas 28,6% tiveram formação (gráfico 7) e desta 50% com o tempo de formação entre 18 e 45 horas, 12,5% formação superior a 280 horas e 37,5% com formação pós-graduada (gráfico 8).

Gráfico 6. – Anos de atividade profissional na UCP dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.

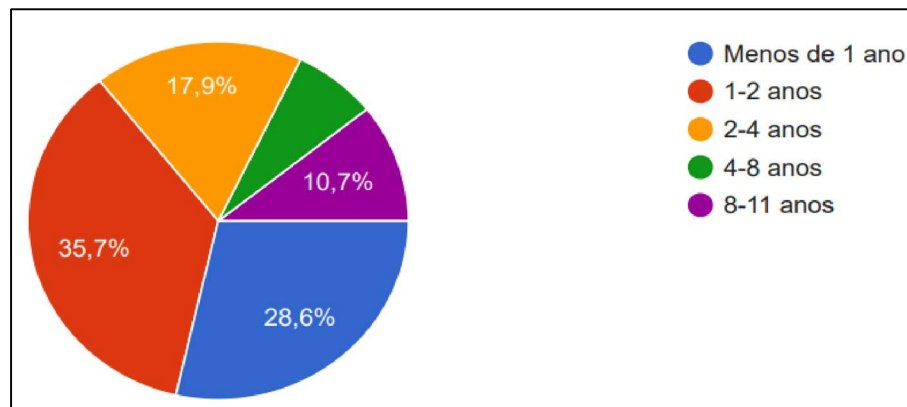


Gráfico 7. – Formação específica em CP dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.

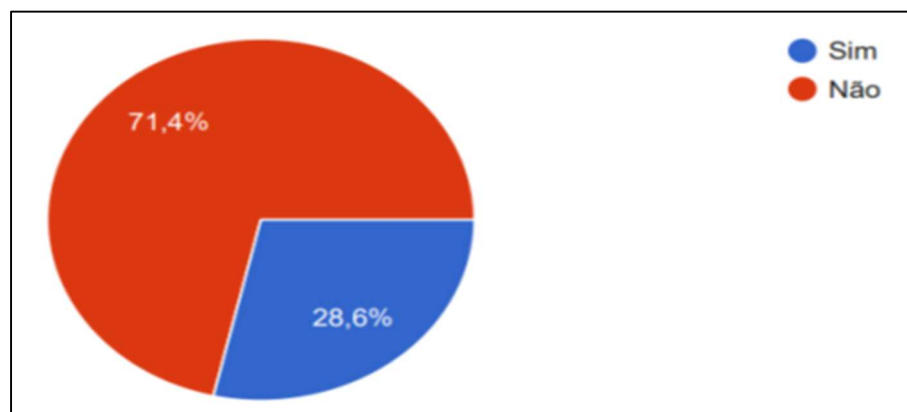
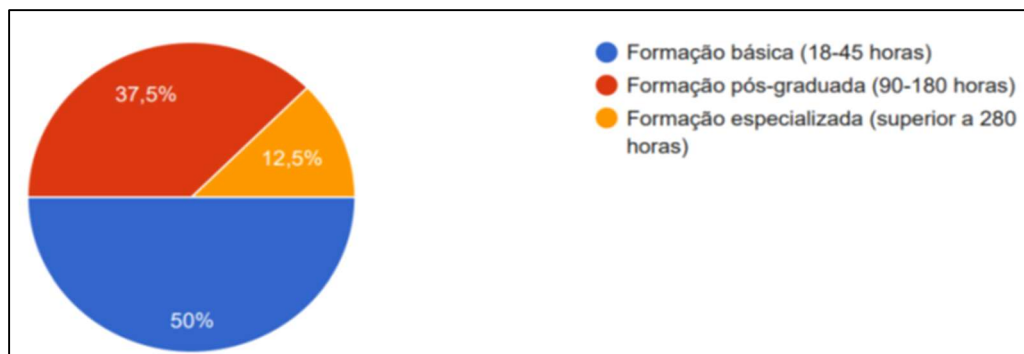
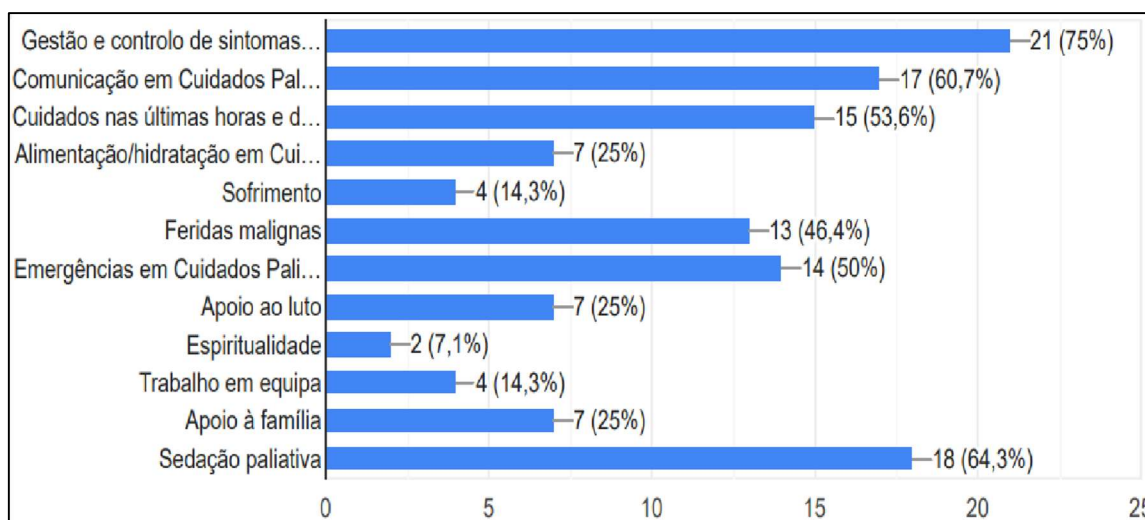


Gráfico 8. – Nível de formação específica em CP dos enfermeiros participantes no questionário de avaliação das necessidades de formação.



No que concerne às necessidades de formação, todos os temas foram selecionados no mínimo por dois participantes. Seguidamente identificam-se as necessidades por percentual de respostas (gráfico 9): gestão e controlo de sintomas (75%), sedação paliativa (64,3%), comunicação em CP (60,7%), cuidados nas últimas horas e dias de vida (53,6%), emergências em CP (50%), feridas malignas (46,4%), alimentação e hidratação em CP, apoio ao luto, apoio à família (25%), sofrimento em CP, trabalho em equipa (14,3%) e espiritualidade (7,1%).

Gráfico 9: Áreas de formação prioritárias para melhor desempenho profissional enquanto enfermeiros em funções na UCP.



Apenas um enfermeiro respondeu à questão aberta apresentada no final, sobre outras áreas de formação, tendo identificado a importância dos cuidados de conforto e da preservação da dignidade humana.

Ao nível das necessidades elencadas pelo diretor técnico como temas de possível intervenção foi referido: Realização de um Curso Básico de CP, desenvolvimento de um projeto de voluntariado, criação de uma equipa de trabalho para trabalhar os sistemas de informação e registos de enfermagem, elaboração de um protocolo para aplicação nos doentes nos últimos dias ou horas de vida e a criação de procedimentos e protocolos diversos na área de enfermagem e da gestão de cuidados, como a revisão do protocolo que define a distribuição de tarefas para os assistentes operacionais nos vários turnos e atualizar o manual de integração para novos profissionais.

Após obter os resultados das necessidades identificadas, foi realizada uma análise detalhada das mesmas, bem como a possibilidade de resposta e distribuição pelos cinco estudantes do MEPSP-ESS-IPVC a realizar o ENP naquele período temporal.

Assim, nomeadamente no que respeita às necessidades de formação, dada a sua abrangência, e de forma a dar resposta também à sugestão do diretor técnico da unidade, foi organizado pelo grupo de mestrandos, com a colaboração da ESS-IPVC e da UCP, um Curso Básico de Cuidados Paliativos, de natureza multidisciplinar, com o objetivo de proporcionar a aquisição de conhecimentos científicos e técnicos a todos os profissionais de saúde, mas principalmente orientado para os que não tinham formação específica em CP.

A organização deste curso e as temáticas a abordar foram definidas tendo por base os pilares dos CP, as necessidades formativas elencadas e as sugestões de professores da ESS-IPVC, e que assentaram nos seguintes módulos (Apêndice 3):

- Princípios e filosofia dos CP (conceito, princípios, pilares e filosofia dos CP);
- Comunicação em CP (princípios fundamentais da comunicação, comunicação de más notícias, conferências familiares, workshop “Utilização do humor em CP”);
- Sofrimento e Luto;
- Gestão de sintomas em CP (controlo de sintomas digestivos, via subcutânea e técnica de hipodermóclise, dor e controlo de sintomas respiratórios, cuidados à boca e cuidados nos últimos dias e horas de vida).

À responsabilidade da mestranda ficou a abordagem ao módulo de formação “Gestão de Sintomas em CP: controlo de sintomas digestivos”

No que se refere à área da investigação, esta respondeu a uma inquietação pessoal, validada pela observação realizada na UCP, que confirma que a alimentação e hidratação da pessoa em fim de vida representa um assunto complexo, individual e abrangente, cuja avaliação deve ser basilar para a identificação das problemáticas e diagnósticos de intervenção, priorização e concretização do PII. Para dar resposta a essa necessidade optou-se por realizar uma *Scoping Review* sobre a “*As intervenções dos enfermeiros na gestão alimentar da pessoa em fim de vida em cuidados paliativos*”, que será explanada no capítulo dedicado à investigação.

PARTE II - A INVESTIGAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS – *UMA SCOPING REVIEW*

2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO ALIMENTAR DA PESSOA EM FIM DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS: SCOPING REVIEW

A investigação constitui um elemento fundamental do conhecimento científico e assume particular relevância no contexto da enfermagem, uma vez que sustenta a tomada de decisão baseada na melhor evidência disponível, nomeadamente na identificação das necessidades das pessoas e na prescrição de intervenções de enfermagem adequadas (Néné & Sequeira, 2024).

A transição para o fim de vida é marcada por alterações físicas, emocionais, espirituais e sociais significativas, exigindo uma abordagem holística e centrada na pessoa. Em CP, a promoção do conforto, da dignidade e da qualidade de vida assume especial importância, sobretudo quando necessidades básicas como a alimentação e a hidratação sofrem mudanças relevantes. Neste contexto, a gestão alimentar emerge como uma componente essencial do cuidado em fim de vida, influenciando o bem-estar da pessoa e o ajustamento emocional da família (Afonso et al., 2019; Smith et al., 2011).

Perante estas alterações, o papel do enfermeiro na gestão alimentar torna-se central e multifacetado. Assim, propõe-se a realização de uma scoping review com o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem na gestão alimentar da pessoa em fim de vida em CP, identificando práticas existentes, lacunas de conhecimento e oportunidades de melhoria na assistência nutricional centrada na pessoa.

2.1. INTRODUÇÃO

Abordar a alimentação no fim de vida constitui um desafio ético, clínico e emocional de elevada complexidade para os profissionais de saúde, em particular no contexto dos CP. Neste âmbito, os enfermeiros assumem um papel especialmente relevante, dada a sua proximidade contínua à pessoa em fim de vida e à sua família, bem como a sua intervenção sustentada numa abordagem holística e centrada na pessoa (Alves, 2013; Pinto, 2012). A gestão alimentar em CP insere-se num processo de cuidado que integra dimensões físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais, exigindo uma prática clínica sensível, reflexiva e eticamente fundamentada.

Os CP têm como finalidade primordial promover a melhor qualidade de vida possível às pessoas com doença grave, progressiva e incurável, através da prevenção e alívio do

sofrimento em todas as suas dimensões, independentemente do estadio da doença ou da terapêutica em curso (OMS, 2020). Neste enquadramento, a alimentação deixa de ser entendida exclusivamente como um meio de suporte biológico, passando a assumir um significado mais amplo, associado ao conforto, à dignidade e à preservação da identidade da pessoa em fim de vida. Assim, as decisões relacionadas com a alimentação devem ser ponderadas de forma individualizada, respeitando os valores, crenças, preferências e objetivos da pessoa e da sua família, em consonância com os princípios do cuidado centrado na pessoa e da tomada de decisão partilhada (Sánchez-Sánchez et al., 2021). A alimentação constitui um elemento estruturante da vida humana, profundamente enraizado em contextos sociais, culturais e relacionais. No âmbito dos CP, a gestão alimentar ultrapassa a satisfação das necessidades nutricionais, configurando-se como uma componente essencial do cuidado centrado na pessoa (Afonso et al., 2019). O ato de comer e beber assume um significado simbólico associado ao cuidado, ao afeto, à normalidade e à manutenção de vínculos, sendo frequentemente vivido como uma expressão de amor e presença, tanto pela pessoa como pelos seus familiares (Pinho-Reis & Coelho, 2014). Deste modo, a abordagem à alimentação em fim de vida deve reconhecer e integrar estas dimensões subjetivas e relacionais, evitando intervenções padronizadas ou descontextualizadas.

Com a progressão da doença, verificam-se alterações fisiológicas significativas, nomeadamente a diminuição do metabolismo basal e o comprometimento progressivo da função orgânica, resultando numa redução das necessidades energéticas e nutricionais (Fearon et al., 2011). A diminuição da ingestão alimentar na fase final da vida constitui, assim, um processo natural e multifatorial, frequentemente associado ao declínio fisiológico, à progressão da doença e à resposta adaptativa do organismo (Ferrell et al., 2024; OMS, 2020). Paralelamente, a pessoa em fim de vida pode experienciar múltiplos sintomas que interferem com a alimentação, tais como anorexia, fadiga, náuseas, disfagia, alterações do paladar e do olfato, xerostomia, bem como perda progressiva da autonomia para se alimentar, podendo mesmo ocorrer a impossibilidade de utilização da via oral (Pinho-Reis & Coelho, 2014).

A anorexia, a caquexia e a redução progressiva da ingestão alimentar são fenómenos frequentes nas fases avançadas da doença, particularmente nos últimos dias ou horas de vida. Estes sinais são, muitas vezes, interpretados pelos familiares como indicadores de

abandono terapêutico, negligência ou aceleração do processo de morrer, gerando sentimentos de culpa, impotência e sofrimento emocional significativo (Ferrell et al., 2024; Koffman et al., 2019). Neste contexto, a comunicação assume um papel central, exigindo dos profissionais de saúde — e dos enfermeiros em particular — competências relacionais, pedagógicas e éticas que permitam esclarecer o caráter natural destas alterações, apoiar a adaptação emocional da família e promover uma vivência mais serena do processo de fim de vida.

Comer e beber possuem um elevado valor simbólico na maioria das culturas, estando associados à vida, ao cuidado e à manutenção de laços afetivos. Para os familiares, alimentar a pessoa em fim de vida é frequentemente percebido como uma forma de expressar amor, presença e responsabilidade, mesmo quando a ingestão oral diminui ou cessa (Pinho-Reis & Coelho, 2014). A recusa alimentar pode, por isso, ser vivenciada como perda de esperança ou falha no cuidar, intensificando o sofrimento emocional e os conflitos internos associados às decisões a tomar (Sand et al., 2013; Smith et al., 2011).

Neste contexto, a diminuição da ingestão oral é frequentemente interpretada como um sinal de aproximação da morte, gerando elevados níveis de ansiedade e angústia em doentes e familiares. A insistência na manutenção da ingestão alimentar e hídrica, mesmo perante a recusa da pessoa, pode aumentar o desconforto, transformar o momento das refeições numa fonte adicional de sofrimento e comprometer a relação terapêutica (Alves, 2013; Bloomer et al., 2013; Resende, 2019). Torna-se, assim, fundamental que a gestão alimentar em CP integre as dimensões física, emocional, cultural e afetiva do cuidar, priorizando o conforto, a dignidade e os valores da pessoa e da sua família, em detrimento de metas exclusivamente nutricionais (Afonso et al., 2019; Resende, 2019).

A discussão em torno da utilização da nutrição artificial (NA) em CP tem-se intensificado nas últimas décadas, sobretudo no que respeita à sua efetividade clínica, impacto no conforto e implicações éticas. A evidência científica demonstra que a NA não reverte os processos fisiológicos associados à fase terminal da vida, nem contribui de forma significativa para o prolongamento da sobrevivência (ASPEN, 2022). Organizações internacionais, como o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e a American Academy of Hospice and Palliative Medicine (AAHPM), recomendam que o suporte nutricional artificial seja considerado apenas quando exista potencial benefício em

termos de conforto ou controlo sintomático, não devendo ser utilizado com o objetivo exclusivo de prolongar a vida em contexto de doença terminal (NICE, 2021; AAHPM, 2023). A decisão de não iniciar ou de suspender a NA, quando alinhada com os valores, desejos e objetivos da pessoa, não configura abandono de cuidados, mas sim uma mudança do foco terapêutico para o conforto e o alívio do sofrimento. Pelo contrário, a manutenção de suportes nutricionais em situações irreversíveis pode configurar obstinação terapêutica, contribuindo para o agravamento do desconforto e do sofrimento, através de complicações como distensão abdominal, náuseas, vômitos, risco de aspiração, edemas, congestão respiratória e necessidade de intervenções invasivas, incluindo contenção física ou sedação para evitar a remoção de dispositivos (ASPEN, 2022; NICE, 2021).

Em oposição, a alimentação orientada para o conforto, respeitando as preferências da pessoa quanto à quantidade, consistência, temperatura e significado cultural dos alimentos, promove o bem-estar subjetivo, a sensação de controlo e a preservação da dignidade no processo de morrer (Ferrell et al., 2024). Esta abordagem reconhece que, no fim de vida, pequenas quantidades de alimentos ou líquidos podem ter um valor simbólico e relacional superior ao seu contributo nutricional.

Enquanto profissional com maior proximidade e continuidade de cuidados, o enfermeiro ocupa uma posição central na gestão alimentar da pessoa em fim de vida. A sua intervenção ultrapassa o domínio técnico, abrangendo o apoio emocional, educativo e ético à pessoa e à família. Compete ao enfermeiro realizar avaliações clínicas contínuas, identificar necessidades e preferências relacionadas com a alimentação, implementar intervenções individualizadas e promover processos de tomada de decisão partilhada, assegurando que o cuidado alimentar se mantém alinhado com os valores, desejos e objetivos da pessoa em CP (Sánchez-Sánchez et al., 2021).

A avaliação alimentar em CP deve ser contínua, abrangente e integrada, contemplando não apenas aspetos nutricionais, mas também dimensões emocionais, culturais e espirituais. Para além da identificação de défices ou riscos nutricionais, o enfermeiro deve compreender o significado atribuído à alimentação pela pessoa e pelos seus cuidadores, reconhecendo os fatores afetivos, sociais e culturais que influenciam a aceitação ou recusa alimentar (Afonso et al., 2019; Pinho-Reis & Coelho, 2014). Esta abordagem favorece a personalização das intervenções, a redução da ansiedade familiar e a adaptação progressiva às alterações alimentares inerentes ao processo de fim de vida.

As intervenções de enfermagem na gestão alimentar podem variar desde a otimização da ingestão oral e a adaptação da consistência e apresentação dos alimentos, até à participação ativa na decisão sobre o início, manutenção ou suspensão do suporte nutricional artificial. Em todas as situações, a prática de enfermagem deve orientar-se pelos princípios do conforto, da dignidade, da autonomia, da proporcionalidade terapêutica e do cuidado centrado na pessoa (OMS, 2020; Ferrell et al., 2024).

Neste enquadramento, emerge a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as intervenções de enfermagem na gestão alimentar da pessoa em fim de vida em CP, sustentando a prática clínica em evidência científica atualizada.

2.2. METODOLOGIA E TIPO DE ESTUDO

A definição criteriosa da metodologia a adotar em qualquer percurso de investigação, constitui um requisito incontornável de legitimidade científica, assegurando a congruência entre a problemática em estudo, os objetivos delineados e os métodos aplicados, ao mesmo tempo que garante a replicabilidade dos processos, a auditabilidade dos resultados e a sua aplicabilidade em contextos clínicos complexos (Creswell & Creswell, 2018; Polit & Beck, 2021).

Para a realização do presente estudo, optou-se pela realização de uma *scoping review*, na medida em que esta estratégia permite mapear conceitos chave que sustentam uma área de pesquisa, bem como esclarecer as definições de trabalho ou os limites conceptuais de um tópico. A condução do estudo seguiu rigorosamente as orientações metodológicas propostas pelo Joanna Briggs Institute (JBI) (Aromataris et al., 2024), bem como as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).

Conforme preconizado pelo JBI a *scoping review* constitui uma estratégia metodológica de reconhecido valor no domínio da síntese do conhecimento, permitindo a identificação dos tipos de evidência existentes num determinado campo científico; a clarificação de conceitos e definições fundamentais; a descrição de intervenções e práticas clínicas; a identificação de lacunas na produção de conhecimento; a análise das abordagens metodológicas predominantes; e a orientação do desenvolvimento de futuras investigações com maior grau de profundidade e especificidade (Amendoeira, 2022). Pode ainda ser usada de modo

independente para examinar áreas amplas, para identificar falhas na evidência, clarificar conceitos e para reportar os tipos de evidência que baseiam a prática numa área específica (Arksey & O'Malley, 2005; JBI, 2015).

As *scoping reviews* são úteis para fornecer uma visão geral de quais as pesquisas que foram feitas e o que foi avaliado anteriormente, sendo uma ferramenta cada vez mais utilizada para sintetizar evidências. São utilizadas para abordar questões de investigação amplas e para mapear evidências de uma série de fontes (Pollock et al., 2021). Paralelamente, este tipo de estudo, possibilita a identificação de lacunas no conhecimento, contribuindo para orientar futuras pesquisas e o desenvolvimento teórico e prático na área em estudo (Arksey & O'Malley, 2005; Pollock et al., 2021).

2.3 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO / ESTRATÉGIA PCC

No decurso do desenho de uma investigação, a questão de investigação constitui um aspeto fulcral, visto que a sua definição deve refletir a ideia de pesquisa e o fenómeno de interesse.

Com base na estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), proposta pelo JBI (Aromataris et al. 2024) foi construída a seguinte questão de investigação:

Quais as intervenções dos enfermeiros na gestão alimentar da pessoa em fim de vida?

Sendo:

População – pessoa em fim de vida;

Conceito – intervenções de enfermagem na gestão alimentar

Contexto – Cuidados Paliativos.

Estipulada a questão de investigação e considerando tratar-se de uma *scoping review* delineou-se como objetivo: mapear as intervenções dos enfermeiros na gestão alimentar da pessoa em fim de vida em CP com base na evidência científica publicada entre 2021 e 2025.

2.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para a realização da presente *scoping review*, foram definidos critérios de inclusão e de exclusão, de modo a assegurar a transparência, a sistematização do processo de seleção e a adequação dos estudos ao objetivo estipulado.

Foram considerados elegíveis, estudos publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2021 e 30 de outubro de 2025. Incluíram-se estudos primários de natureza qualitativa, quantitativa, de metodologia mista bem como estudos secundários tais como revisões da literatura e estudos de caso.

Os estudos selecionados deveriam envolver enfermeiros enquanto participantes ou profissionais intervenientes e descrever intervenções relacionadas com a gestão alimentar em contexto de fim de vida, desenvolvidas no âmbito dos CP.

Foram excluídos artigos de conferência, editoriais, comentários, artigos de opinião, resenhas, livros e capítulos de livros, bem como teses, dissertações e relatórios técnicos. Excluíram-se igualmente estudos que não incluíssem enfermeiros ou que não explicitassem o seu papel nas intervenções descritas, assim como aqueles conduzidos fora do contexto de CP ou de fim de vida.

Esta delimitação permitiu mapear a evidência existente relativamente ao papel do enfermeiro na gestão alimentar no fim de vida, de acordo com os objetivos da *scoping review*.

2.5. FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A pesquisa para a presente *scoping review* foi realizada nas bases de dados PubMed, Web of Science e Scopus, no período compreendido entre 17 e 30 de novembro de 2025.

Inicialmente, procedeu-se a uma pesquisa exploratória no DeCS/MeSH com o objetivo de identificar descritores e palavras-chave relevantes, relacionados com CP, fim de vida, alimentação e enfermagem.

Com base nesta pesquisa preliminar, elaborou-se a seguinte estratégia de busca utilizando operadores booleanos, de forma a identificar estudos pertinentes ao objetivo da revisão:

Equação booleana base: (*“palliative care”* OR *“terminal care”* OR *“end of life”*) AND (*nutrition* OR *feeding* OR *“enteral nutrition”* OR *“artificial nutrition”* OR *“oral intake”* OR *hydration*)AND (*nurse** OR *“nursing care”* OR *“nursing intervention*”* OR *“nursing role”*)

Foram aplicados filtros de idioma e população adulta (≥ 19 anos), não tendo sido aplicado filtro temporal automático, sendo a seleção temporal realizada manualmente de acordo com os critérios definidos.

2.6 - PROCESSO DE EXTRAÇÃO DE DADOS E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A pesquisa efetuada nas três bases de dados resultou na identificação inicial de 113 registros tal como se indica no quadro 1:

Quadro 1 – Número de estudos encontrados por base de dados:

Base de Dados	Número de Estudos
PubMed	27
Web of Science	58
Scopus	28

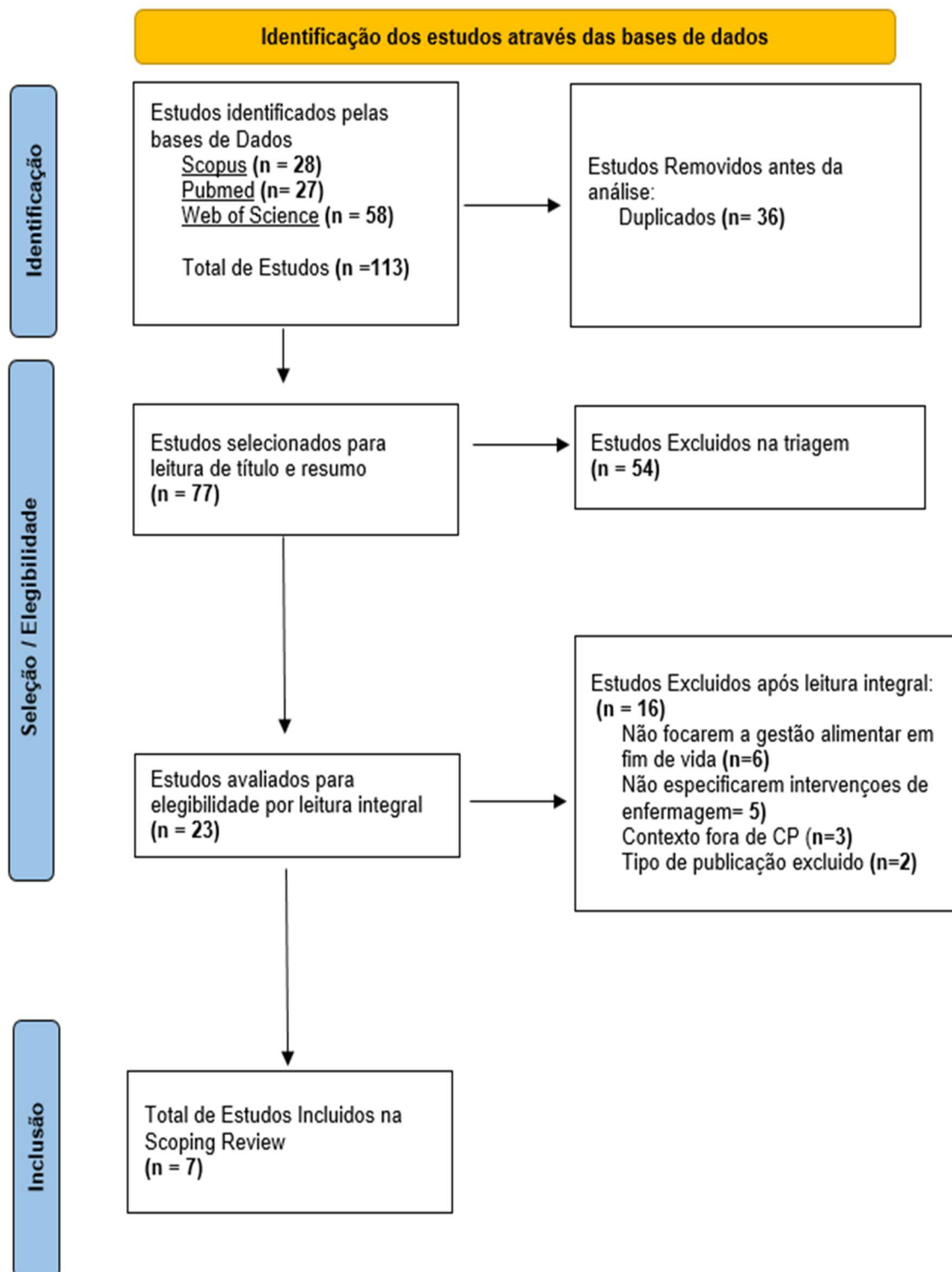
Após a remoção de 36 duplicados, 77 estudos permaneceram para triagem de títulos e resumos. Esta etapa preliminar teve como objetivo avaliar a pertinência dos estudos face aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, garantindo a seleção apenas de estudos relevantes ao objetivo da scoping review.

Dos 77 estudos triados, 23 foram considerados potencialmente elegíveis e selecionados para leitura integral. Esta análise completa permitiu uma avaliação mais detalhada da adequação metodológica, do contexto dos CP e do papel do enfermeiro nas intervenções relacionadas com a gestão alimentar em fim de vida. Durante esta fase, foram aplicados rigorosamente os critérios de elegibilidade, resultando na exclusão de 16 estudos, principalmente devido à ausência de enfermeiros como participantes, ao contexto fora dos CP ou à falta de descrição das intervenções de gestão alimentar.

Desta forma, a presente scoping review incluiu, finalmente, sete estudos que atenderam a todos os critérios definidos. Este processo estruturado e transparente assegura a relevância, qualidade e consistência da evidência selecionada.

O procedimento completo de identificação, triagem e inclusão dos estudos está representado no fluxograma PRISMA-ScR (figura 1), conforme recomendado para scoping reviews, garantindo a rastreabilidade e reprodutibilidade do processo de seleção (Tricco et al., 2018).

Figura 1 - Processo de seleção de estudos baseado no Fluxograma PRISMA



A abordagem adotada permitiu não apenas a seleção da literatura mais pertinente, mas também a construção de um mapeamento confiável do estado atual do conhecimento sobre as intervenções de enfermagem na gestão alimentar em fim de vida, fornecendo uma base sólida para a análise e síntese dos dados incluídos no estudo.

2.7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após todo o processo de seleção, os dados extraídos da pesquisa dos 7 estudos incluídos, foram apresentados num quadro (Quadro 2) no sentido a expor de forma sintetizada os estudos da scoping review.

Foram extraídos os seguintes dados: autor, ano, país, desenho do estudo, amostra/participantes e objetivo principal. A síntese dos dados foi realizada de forma narrativa e categorial.

Quadro 2 - Dados extraídos da pesquisa dos 7 estudos incluídos

Código	Título	Autor / Ano / País	Desenho do Estudo	Participantes	Objetivo Principal
E1	<i>Healthcare Professionals' Knowledge, Attitudes and Practices Toward Providing Artificial Nutrition and Hydration for Patients With Terminal Cancer</i>	Coetzee et al., 2025, África do Sul	Quantitativo transversal	176 profissionais de saúde (36,9% enfermeiros)	Avaliar conhecimentos e atitudes sobre NA em cancro terminal
E2	<i>Enhancing nutritional care in palliative care units: assessing nurse knowledge and quality</i>	Batu et al., 2024, Turquia	Quantitativo transversal	105 profissionais de saúde	Avaliar conhecimentos e percepção da qualidade da

	<i>perception in enteral nutrition practices</i>				nutrição entérica
E3	<i>Caring for patients with eating deficiencies in palliative care—Registered nurses’ experiences: A qualitative study</i>	Wallin et al., 2022, Suécia	Qualitativo	19 enfermeiros	Explorar experiências no cuidado a doentes com défices alimentares
E4	<i>Nurse and nursing students’ opinions and perceptions of enteral nutrition by nasogastric tube in palliative care</i>	Sánchez-Sánchez et al., 2021, Espanha	Quantitativo transversal	511 enfermeiros/estudantes de enfermagem	Analisar perceções sobre nutrição entérica em CP
E5	<i>The use of artificial nutrition at the end-of-life: a cross-sectional survey exploring the beliefs and decision-making among physicians and nurses</i>	Pala et al., 2025, Suíça	Misto	230 profissionais Enfermeiros - 50,4%	Explorar crenças e decisões sobre NA em fim de vida
E6	<i>Nurses’ perception of thirst in patients within palliative home care: a qualitative study</i>	Lythell et al., 2024, Suécia	Qualitativo	18 enfermeiros	Explorar perceções sobre o fenómeno “sede” em CP
E7	<i>Nutrition in Advanced Disease and End of Life Cancer Care</i>	Ferrell et al., 2025, EUA	Revisão + casos	Literatura e 3 casos	Analisar desafios nutricionais no cancro avançado

Os 7 estudos selecionados apresentam datas de publicação compreendidas entre 2021 e 2025. Verificamos que **1** estudo foi publicado em 2021, **1** estudo em 2022, **2** estudos em 2024 e **3** estudos foram publicados em 2025.

No que diz respeito ao tipo de estudos incluídos, constatou-se que maioritariamente se tratam de estudos de natureza quantitativa (3), 2 estudos de cariz exclusivamente qualitativo, 1 estudo utilizou uma metodologia mista e por último, 1 artigo diz respeito a uma revisão sistemática da literatura e estudos de caso.

Relativamente à nacionalidade, verificou-se que esta temática tem sido objeto de investigação em diversos países a nível mundial, designadamente na África do Sul, Turquia, Suécia (dois estudos), Suíça, Estados Unidos da América e Espanha, evidenciando uma preocupação transversal e de alcance internacional.

Seguidamente, são expostos no Quadro 3 os principais objetivos e resultados dos estudos incluídos à luz do objetivo da presente scoping review.

Quadro 3 - Principais objetivos e resultados dos estudos incluídos na scoping review

Código	Objetivos	Resultados
E1	Investigar o conhecimento e as atitudes de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) relativamente ao uso de NA em doentes com cancro terminal	Existe uma discrepância significativa entre o conhecimento geral e a prática clínica no que diz respeito à NA em pacientes com cancro terminal. O estudo provou que a formação prévia em CP está diretamente ligada a um melhor conhecimento e a atitudes mais realistas sobre a NA
E2	Determinar os níveis de conhecimento dos enfermeiros que trabalham em UCP relativamente às práticas de nutrição entérica, bem como as suas perceções sobre a qualidade dos	O nível de conhecimento dos enfermeiros sobre nutrição entérica é moderado, enquanto a perceção da qualidade dos cuidados

	cuidados nutricionais prestados nas suas unidades	nutricionais prestados nas unidades é considerada suficiente. A formação específica e a experiência prática frequente, elevam significativamente a competência técnica dos enfermeiros. A presença de equipas de consultoria nutricional melhora a perceção da qualidade dos cuidados prestados aos doentes terminais.
E3	Explorar as experiências dos Enfermeiros no cuidado a doentes com deficiências alimentares em contexto de CP	Embora os enfermeiros dominem as intervenções práticas para a gestão das deficiências alimentares, enfrentam dificuldades significativas em lidar com as dimensões existenciais e comunicacionais durante a transição para o fim de vida, num contexto onde a alimentação simboliza qualidade de vida para os profissionais e a própria vida para as famílias.
E4	Descrever as opiniões e perceções de enfermeiros e estudantes de enfermagem sobre a utilização de nutrição entérica através de sonda nasogástrica (SNG) em doentes adultos em CP	A aceitação da utilização de SNG diminui drasticamente quando a sobrevivência prevista é inferior a um mês. A autonomia do paciente é amplamente valorizada, sendo considerada essencial na tomada de decisões clínicas. Existem

		diferenças de percepção entre enfermeiros com mais experiência profissional e estudantes de enfermagem sugerindo que a visão sobre o impacto negativo de não alimentar doentes terminais evolui com a prática profissional.
E5	Descrever as crenças, o conhecimento e os processos de tomada de decisão de médicos e enfermeiros relativamente à introdução e interrupção da NA em doentes em fim de vida.	As decisões sobre a NA no fim de vida são frequentes, baseando-se mais nos desejos dos doentes e nas crenças pessoais dos profissionais do que em evidência científica robusta, sendo a experiência específica em cuidados paliativos o único fator que reduz significativamente estes enviesamentos e alinha as decisões com as recomendações clínicas.
E6	Explorar as percepções e experiências dos enfermeiros relativamente à sede em doentes sob CP.	Conclui-se que existe uma tendência para negligenciar ou desconsiderar a sede em CP, havendo frequentemente uma falha na distinção entre a sensação subjetiva de sede e a condição clínica xerostomia. Os cuidados orais para alívio da sede são aplicados de forma inconsistente, evidenciando a necessidade de formação especializada e de instrumentos de

		avaliação validados, para garantir o conforto físico dos doentes em CP
E7	Abordar os desafios nutricionais nos doentes com cancro em fase avançada e no fim da vida, analisando simultaneamente as suas implicações para a prática da enfermagem	Doentes, famílias e enfermeiros enfrentam desafios significativos ao equilibrar os objetivos de conforto com o desejo de prolongar a sobrevivência através do suporte nutricional. A NA é frequentemente vista pelas famílias como um ato de cuidado, amor e sobrevivência, o que pode gerar discrepâncias emocionais quando a intervenção já não é clinicamente indicada. O enfermeiro emerge como figura central, utilizando competências de comunicação, educação e apoio psicossocial para alinhar as expectativas familiares com a realidade clínica, garantindo que as decisões respeitam os valores do doente e promovam a sua qualidade de vida.

A análise dos estudos permitiu identificar cinco categorias de intervenções de enfermagem na gestão alimentar da pessoa em fim de vida em cuidados paliativos:

- 1. Tomada de decisão clínica e gestão técnica da nutrição artificial**
- 2. Controlo sintomático e cuidados centrados no conforto**
- 3. Mediação relacional e comunicação terapêutica com a família**
- 4. Ética do cuidado, autonomia e proporcionalidade terapêutica**
- 5. Cuidado existencial e humanização da experiência alimentar**

Estas categorias refletem a integração de competências técnicas, éticas, comunicacionais e existenciais na prática de enfermagem em CP: (Quadro 4)

Quadro 4 - Categorias de intervenções de enfermagem na gestão alimentar da pessoa em fim de vida em CP

Categoria	Objetivo	Intervenções de Enfermagem
Tomada de decisão clínica e gestão técnica da Nutrição Artificial	Segurança, eficácia e prevenção de complicações na utilização de dispositivos de NA	• otimizar os dispositivos de NA • administrar de forma segura fórmulas nutricionais e fármacos por SNG • calcular as necessidades hídricas • Conhecer e Prevenir as complicações associadas ao uso dos dispositivos e da NA
Controlo sintomático e cuidados centrados no conforto	Controlo sintomático como prioridade no conforto do doente na gestão alimentar	• praticar higiene oral frequente • utilizar estratégias de humedecimento da mucosa oral (gelo picado, substitutos salivares, sprays, óleos ou zaragatoas humedecidas) • Avaliar de forma subjetiva a sede através do relato do doente e sinais comportamentais • Controlar e gerir sintomas associados à digestão (náusea, vômito, dor,

		xerostomia, disfagia, mucosite)
Mediação relacional e comunicação terapêutica com a família	Mediação de significados, expectativas e emoções no conflito ético-emocional associado à alimentação.	• educar o doente/ família sobre o processo natural de perda de apetite no fim de vida • aplicar a abordagem REMAP (Reframe, Expect emotion, Map out, Align/Plan) • envolver a família nos cuidados de conforto ao doente • gerir as expectativas do doente/ família sobre a alimentação em fim de vida
Ética do cuidado, autonomia e proporcionalidade terapêutica	Defesa da dignidade, autonomia e proporcionalidade terapêutica	• respeitar a decisão do doente de recusar ou suspender NA • avaliar de forma contínua o benefício vs. dano do início e manutenção de NA • Envolver a equipa multiprofissional na gestão alimentar
Cuidado existencial e humanização da experiência alimentar	Significado simbólico e existencial da alimentação e presença terapêutica	• humanizar os momentos das refeições (preferências, pequenas quantidades, ambiente cuidado) • valorizar o prazer e a pertença social em detrimento do valor biológico da alimentação.

		• manter presença silenciosa e escuta compassiva
--	--	--

2.8. DISCUSSÃO

A alimentação é um cuidado central em pessoas em fim de vida, não apenas como suporte nutricional, mas como uma dimensão que integra aspetos clínicos, éticos, relacionais e existenciais. Em CP, a ingestão alimentar assume um papel simbólico e prático: representa vida, conforto e dignidade, ao mesmo tempo que envolve decisões complexas sobre NA, sobretudo quando a expectativa de vida é limitada (Ferrell et al., 2025; Wallin et al., 2022).

A literatura analisada nesta scoping review permitiu mapear as intervenções de enfermagem na gestão alimentar da pessoa em fim de vida em cuidados paliativos, identificando cinco categorias principais: **Tomada de decisão clínica e gestão técnica da gestão alimentar na Nutrição Artificial; Controlo sintomático e cuidados centrados no conforto; Mediação relacional e comunicação terapêutica com a família; Ética do cuidado, autonomia e proporcionalidade terapêutica e Cuidado existencial e humanização da experiência alimentar.**

Estas categorias, refletem a integração de competências técnicas, reflexão ética, habilidades comunicacionais e sensibilidade existencial, evidenciando a complexidade do cuidado alimentar neste contexto. (Ferrel, et al 2025, Batu et al 2024, Pala et al 2025). Por outro lado, a análise dos resultados dos estudos incluídos revela que esta temática é frequentemente influenciada por disparidades no conhecimento técnico, crenças enraizadas e a necessidade de uma comunicação multidimensional. (Batu et al 2024, Coetzee et al 2025, Pala et al 2025)

No que respeita à primeira categoria de intervenções de enfermagem identificada, esta prende-se com a **tomada de decisão clínica e gestão técnica da nutrição artificial.**

A NA é uma intervenção de elevado impacto, que exige avaliação contínua e proporcionalidade no que ao enfermeiro diz respeito. A administração de NA em doentes em fim de vida constitui uma das áreas mais controversas e desafiantes da prática de enfermagem em CP, precisamente porque envolve simultaneamente competências técnicas, avaliação prognóstica, julgamento ético e sensibilidade às preferências do doente

/ família.(Batu et al, 2024) O processo de decisão sobre o início, manutenção ou suspensão da NA não é linear nem universal; ele deve ser personalizado, baseado em evidência e orientado por uma compreensão apurada dos riscos, benefícios e objetivos de cuidado individualizados.

Os estudos incluídos sugerem que a expectativa de vida é um fator determinante na decisão de iniciar ou manter a NA: enquanto dispositivos invasivos para alimentação são frequentemente aceitos em doentes com prognósticos superiores a seis meses, para doentes em fase terminal (com menos de um mês de vida), a tendência é evitar a NA, por não acrescentar conforto ou qualidade de vida (Batu et al 2024; Sánchez-Sánchez et al 2021).

De acordo com os mesmos autores, as intervenções identificadas incluem manutenção da permeabilidade dos dispositivos, cálculo adequado das necessidades hídricas suplementares, monitorização da alimentação contínua, posicionamento do doente, administração segura de fármacos e prevenção de complicações associadas aos dispositivos de NA. (Batu et al., 2024; Sánchez-Sánchez et al., 2021).

Do ponto de vista técnico, a manutenção adequada das sondas de alimentação entérica por parte dos enfermeiros— incluindo lavagem regular para prevenir obstruções — é essencial para garantir segurança e eficácia na administração. A lavagem regular destes dispositivos com água ou solução isotónica é crucial para prevenir obstruções e garantir que os nutrientes e fármacos administrados não fiquem retidos ou causem bloqueios. Isso previne paragens no fornecimento nutricional, reduzindo de igual forma o risco de complicações mecânicas que podem causar desconforto e sofrimento.

A correta gestão hídrica é igualmente crítica, visto que fórmulas entéricas comuns contêm apenas cerca de 75% de água, tornando necessária a suplementação para prevenir desidratação e delírio, sintomas frequentes em fases avançadas da doença (Pala et al, 2025). Os estudos indicam que, apesar do domínio técnico geral, persistem lacunas em especial no que respeita à gestão hídrica, com menos de 25% dos enfermeiros a calcular de forma correta a quantidade de líquidos suplementares necessários, considerando a composição aquosa das fórmulas entéricas utilizadas (Batu et al., 2024; Sánchez-Sánchez et al., 2021).

Manter a cabeceira do doente elevada entre 30–45° durante e após a alimentação reduz o risco de broncoaspiração, promovendo conforto e proteção das vias respiratórias (Ferrell et al 2025).

A administração segura de fármacos por sonda — respeitando compatibilidade, diluição e velocidade de infusão — evita interações, bloqueios e efeitos secundários, o que reflete a importância de conhecimento técnico avançado aliado a julgamento clínico por parte dos profissionais de enfermagem (Coetzee et al, 2025).

Os enfermeiros assumem também um papel determinante na vigilância e gestão de sintomas associados à NA, quando esta é utilizada, nomeadamente distensão abdominal, diarreia, náuseas, secreções respiratórias ou complicações associadas a dispositivos invasivos. Esta evidência permite compreender que a presença ativa do enfermeiro na monitorização destes sintomas contribui para a tomada de decisão informada sobre a continuidade, adaptação ou suspensão da NA, alinhando as intervenções com os objetivos de cuidados e evitando medidas desproporcionadas (Berbée et al., 2024; HPNA, 2023). Além disso, a reavaliação contínua da necessidade de NA em função do prognóstico e dos objetivos de cuidado emerge como um ponto crítico a ser tido em conta pelos enfermeiros em CP. Os estudos sugerem que a NA, quando usada em fases muito avançadas, pode não oferecer benefícios clínicos significativos e até gerar desconforto, reforçando a necessidade de decisões técnicas integradas com reflexão ética. Este equilíbrio entre competência técnica e julgamento clínico reflete o desafio de manter intervenções seguras e eficazes sem comprometer o conforto do doente. A reavaliação periódica da NA garante que esta intervenção seja proporcional e alinhada com os objetivos de conforto e dignidade do doente, evitando obstinação terapêutica e sofrimento desnecessário (Wallin et al, 2022).

Enquanto a dimensão técnica assegura segurança e eficácia, o **controlo sintomático e cuidados centrados no conforto**, assumem um papel central nas intervenções de enfermagem na gestão alimentar do doente em fim de vida, uma vez que múltiplos sintomas físicos e psicossociais interferem direta e indiretamente com a ingestão alimentar, o conforto e a qualidade de vida. Sintomas como náuseas, vômitos, obstipação, dispneia, dor, disfagia, xerostomia, alterações do paladar, ansiedade e fadiga são frequentemente reportados nesta fase e constituem barreiras significativas à alimentação oral.

A literatura analisada converge no reconhecimento de que a insistência na ingestão alimentar, particularmente na presença destes sintomas pode agravar o sofrimento e comprometer a qualidade de vida, contrariando os princípios fundamentais dos CP (Farrer, 2023; Berbée et al., 2024, Eglseer et al., 2024). Intervenções de enfermagem ao nível da higiene oral frequente, aplicação de substitutos salivares, sprays, gelo picado e observação de sinais comportamentais para avaliar a sede, permitem aliviar desconfortos físicos significativos e promover dignidade, independentemente da ingestão calórica (Lythell et al., 2024; Ferrell et al., 2025). A sensação de sede nestes doentes está mais ligada à xerostomia do que ao défice volémico, sendo melhor gerida com higiene oral rigorosa do que com hidratação agressiva, que pode causar edema pulmonar e estertores (Duarte & Santos, 2022). Estes cuidados evidenciam a importância de considerar a experiência subjetiva do doente, reconhecendo que sinais fisiológicos nem sempre refletem o desconforto real, e que intervenções simples e consistentes podem gerar impacto significativo na qualidade de vida.

A categoria da **mediação relacional e comunicação terapêutica com a família** constitui outro eixo essencial da prática das intervenções de enfermagem na gestão alimentar da pessoa em fim de vida em CP, encontrando suporte na literatura como reconhecimento da alimentação como um fenómeno profundamente simbólico no contexto de fim de vida. Os estudos demonstram que, para muitas famílias, o ato de alimentar representa cuidado, esperança, continuidade da vida e manutenção do vínculo afetivo, sendo frequentemente percebido como uma das últimas formas possíveis de “fazer algo” pelo doente (Pinho-Reis, 2015; Pinho-Reis et al, 2017; Wallin et al, 2022). Esta dimensão simbólica explica, em grande parte, a angústia e resistência manifestadas pelas famílias perante a diminuição da ingestão alimentar ou a proposta de suspensão da NA.

Os resultados apontam que a transição da alimentação oral para métodos artificiais, bem como a posterior limitação ou cessação dos mesmos, é frequentemente interpretada pelos familiares como um sinal inequívoco de declínio irreversível e proximidade da morte, desencadeando sentimentos de perda, culpa e impotência (Hanson et al, 2013) Este processo afeta profundamente a identidade do familiar, que pode vivenciar a incapacidade de alimentar como um fracasso do seu papel, mesmo quando compreende racionalmente a irreversibilidade da situação clínica (Pinho-Reis et al., 2017; Wallin et al., 2022).

Face a esta complexidade, os estudos reforçam a importância de abordagens de comunicação estruturadas e empáticas, que permitam ao enfermeiro mediar expectativas familiares e facilitar decisões alinhadas com os valores e objetivos do doente nesta fase da vida. Modelos como o REMAP (Reenquadrar, Esperar emoção, Mapear o futuro, Alinhar com valores e Planear tratamentos), amplamente descrito na literatura de CP, oferecem uma estrutura que promove o reenquadramento da situação clínica, a validação explícita das emoções, a clarificação dos objetivos de cuidado e o planeamento conjunto de intervenções centradas no conforto (Ferrell et al, 2025; Wallin et al. 2022; Lythell et al. 2024). Estas abordagens são particularmente eficazes porque reconhecem que os desafios na gestão alimentar nesta etapa da vida se enquadram num processo gradual, que exige tempo, escuta ativa e repetição consistente da informação. Pelos mesmos autores, o envolvimento da família em cuidados de conforto ao doente, como a higiene oral, permite-lhes manter o papel de cuidadores sem reforçar práticas invasivas ou futilidade terapêutica. (Ferrell et al, 2025; Wallin et al. 2022; Lythell et al. 2024).

A explicação da evolução natural da doença e das alterações esperadas no padrão alimentar contribui para a desconstrução de mitos associados à alimentação e à hidratação no fim de vida. A escuta ativa das preocupações, crenças e valores da pessoa e da família permite alinhar os cuidados com os objetivos previamente definidos, promovendo decisões éticas, informadas e centradas na pessoa

Neste contexto, o enfermeiro assume um papel central como facilitador da comunicação contínua, estando frequentemente mais próximo da família e melhor posicionado para identificar dúvidas, medos e conflitos emergentes.

A categoria da **ética do cuidado, autonomia e proporcionalidade terapêutica** evidencia de forma particular o papel ativo do enfermeiro enquanto profissional que operacionaliza princípios éticos na prática clínica quotidiana em CP. Os estudos demonstram que o respeito pela autonomia do doente, a avaliação contínua da proporcionalidade das intervenções e a tomada de decisão partilhada não são conceitos abstratos, mas sim processos concretos que se materializam através de intervenções de enfermagem específicas e continuadas (Sánchez-Sánchez et al., 2021; Pala et al., 2025).

Neste contexto, uma das intervenções centrais do enfermeiro consiste na avaliação sistemática e contínua da adequação da NA face à evolução clínica do doente. Sánchez-

Sánchez et al. (2021) destacam que os enfermeiros, pela sua presença constante junto da pessoa em fim de vida, se encontram numa posição privilegiada para identificação de sinais de desconforto, intolerância à nutrição entérica, agravamento funcional ou ausência de benefício clínico, elementos fundamentais para questionar a proporcionalidade da intervenção. Esta vigilância clínica contínua permite ao enfermeiro sinalizar precocemente situações de potencial obstinação terapêutica e desencadear processos de reavaliação interprofissional.

Outra intervenção ética fundamental é a defesa ativa da autonomia do doente, particularmente em situações de conflito entre a vontade expressa pela pessoa e as expectativas da família. Pala et al. (2025) sublinham que o enfermeiro desempenha um papel-chave na tradução das preferências do doente para a equipa e para os familiares, assegurando que decisões relativas à alimentação respeitam os valores previamente expressos, seja através de diretivas antecipadas, planeamento antecipado de cuidados ou comunicação verbal anterior à perda de capacidade decisória. Esta intervenção inclui não apenas a transmissão de informação, mas também a validação ética da decisão de recusar ou suspender a NA, enquadrando-a como uma escolha legítima e clinicamente fundamentada.

A mediação ética em contexto interprofissional constitui igualmente uma intervenção central da enfermagem. Coetzee, et al, (2025) referem que decisões sobre NA em CP tendem a ser mais consistentes e eticamente sustentáveis quando resultam de processos deliberativos partilhados, nos quais o enfermeiro contribui com uma perspetiva centrada no cuidado, no conforto e na experiência subjetiva do doente. A participação ativa do enfermeiro nestes processos favorece decisões proporcionais, reduz discrepâncias entre discurso ético e prática clínica o que contribui para a coesão da equipa.

Para além disso, a enfermagem intervém diretamente na prevenção de sofrimento ético adicional, quer do doente, quer da família. A manutenção de NA sem benefício claro pode gerar desconforto físico, aumento de sintomas e prolongamento do processo de morrer, configurando situações de não-maleficência comprometida. Sánchez-Sánchez et al. (2021) referem que a identificação destas situações e a sua discussão ética com a equipa constituem intervenções essenciais para garantir cuidados alinhados com os princípios da beneficência e da dignidade humana.

Importa ainda salientar que a decisão de limitar ou suspender a NA não é entendida nos estudos analisados, como uma omissão de cuidados, mas como uma intervenção ética ativa, orientada para a maximização do conforto e a minimização do sofrimento. Pala et al. (2025) reforçam que o enfermeiro tem um papel determinante na explicação desta decisão à família, enquadrando-a como um cuidado centrado na pessoa e não como abandono terapêutico, o que contribui para reduzir sentimentos de culpa e conflito moral.

Assim, a evidência sugere que as intervenções de enfermagem no domínio ético da alimentação em fim de vida concretizam-se através da vigilância clínica contínua, da advocacia da autonomia, da mediação interprofissional e da comunicação ética com as famílias. Estas intervenções, permitem que as decisões sejam individualizadas, dinâmicas e alinhadas com os princípios éticos fundamentais, reforçando o papel do enfermeiro como garante da dignidade, do conforto e da coerência ética dos cuidados prestados.

Por fim, a categoria **cuidado existencial e humanização da experiência alimentar** amplia a compreensão das intervenções de enfermagem da gestão alimentar da pessoa em fim de vida em CP para além da dimensão clínica. Os estudos analisados evidenciam que a alimentação, mesmo quando simbólica ou mínima, pode constituir um espaço de relação, identidade e dignidade. A valorização do “estar” com o doente, da presença silenciosa e da adaptação do ambiente alimentar reforça uma abordagem existencial do cuidado, alinhada com conceitos como liminaridade e presença terapêutica. (Wallin et al. 2022) Segundo os autores, “estar” assume maior relevância do que “fazer”, reconhecendo que intervenções invasivas podem causar mais danos do que benefícios. Esta categoria evidencia uma mudança paradigmática na prática de enfermagem, reconhecendo que a ausência de intervenção técnica pode, em determinadas circunstâncias, representar a prática mais ética e humanizada. Descrevem a importância de ressignificar a alimentação como um espaço de pertença, prazer e dignidade, valorizando pequenas porções, preferências pessoais e a presença silenciosa do enfermeiro. (Wallin et al. 2022)

De forma integrada, estas categorias demonstram que a gestão alimentar em fim de vida exige do enfermeiro a capacidade de transitar entre o fazer técnico, o decidir ético, o comunicar terapêutico e o estar existencial. Esta articulação reflete a essência dos CP e reforça a necessidade de formação específica, suporte institucional e reconhecimento do

papel do enfermeiro como profissional central na promoção de conforto e dignidade no processo de morrer.

2.9. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM CP

A gestão alimentar na pessoa em fim de vida, no contexto dos CP, constitui uma área de intervenção avançada que convoca, de forma integrada, as competências clínicas, éticas, comunicacionais e reflexivas do enfermeiro especialista em CP, tal como definido pela Ordem dos Enfermeiros. Os resultados desta scoping review, comprovam que a alimentação, enquanto dimensão do cuidar, ultrapassa o domínio exclusivamente nutricional, assumindo um significado simbólico, relacional e existencial que impacta profundamente a experiência de sofrimento, conforto e dignidade da pessoa doente e da sua família.

À luz do perfil de competências do enfermeiro especialista, a evidência analisada demonstra que a tomada de decisão clínica relativa à gestão alimentar exige competências avançadas de avaliação global da pessoa, integrando a condição clínica, o prognóstico, a resposta às intervenções e os objetivos de cuidado expressos. O enfermeiro especialista, enquanto perito clínico, assume um papel determinante na vigilância contínua da proporcionalidade terapêutica, identificando precocemente situações de futilidade ou potencial maleficência e promovendo a reavaliação sistemática das intervenções em articulação com a equipa interprofissional. Esta atuação reflete a competência de gestão de cuidados complexos, centrados na pessoa e orientados para a maximização do conforto e da qualidade de vida.

A literatura reforça igualmente, que o enfermeiro especialista exerce um papel central na defesa da autonomia e dignidade da pessoa em fim de vida, operacionalizando princípios éticos fundamentais na prática clínica. A advocacia do doente, particularmente em situações de conflito com a família ou entre profissionais, emerge como uma intervenção nuclear, alinhada com a competência ética e de responsabilidade profissional definida pela OE. O enfermeiro especialista contribui ativamente para processos de decisão partilhada, assegurando que as escolhas relativas à alimentação respeitam os valores, preferências e a vontade previamente expressa pela pessoa, prevenindo sofrimento ético adicional.

No domínio do cuidado direto, os resultados desta revisão sublinham que, à medida que a ingestão alimentar se torna limitada ou deixa de ser benéfica, o foco do cuidado deve deslocar-se para intervenções avançadas de conforto, nomeadamente o cuidado oral rigoroso e a gestão da sede. Estas intervenções refletem a competência do enfermeiro especialista na avaliação e controlo de sintomas complexos, reconhecendo a experiência subjetiva da pessoa como elemento central do cuidado. A implementação consistente destas práticas contribui para a redução do sofrimento e para a preservação da dignidade, objetivos centrais dos CP.

A comunicação terapêutica e a mediação relacional com a família constituem igualmente áreas de atuação avançada do enfermeiro especialista. Esta evidência permite compreender que a alimentação assume um significado emocional profundo para a família, encontrando-se frequentemente associada à esperança, ao cuidado e ao papel identitário da família. Neste contexto, o enfermeiro especialista deve mobilizar competências avançadas de comunicação para facilitar a compreensão do processo de morrer, validar emoções, gerir expectativas e promover o alinhamento entre os objetivos de cuidado e os valores do doente. A utilização de modelos estruturados de comunicação, como o REMAP, traduz a competência do enfermeiro especialista na gestão de situações complexas e emocionalmente exigentes.

No âmbito da prática clínica, os resultados desta scoping review reforçam a necessidade do enfermeiro especialista assumir um papel de liderança clínica na gestão alimentar em fim de vida, promovendo práticas baseadas em evidência e eticamente sustentadas. Esta liderança concretiza-se através da elaboração e implementação de protocolos clínicos, da promoção da reflexão ética em equipa e da garantia de continuidade e coerência dos cuidados. A documentação rigorosa das decisões e preferências do doente constitui igualmente uma intervenção essencial para assegurar cuidados centrados na pessoa.

Ao nível da formação, os resultados apontam para a necessidade de reforçar conteúdos específicos sobre gestão alimentar em fim de vida nos programas de especialização em CP, em consonância com o perfil de competências da OE. A formação deve integrar ética clínica, tomada de decisão partilhada, comunicação avançada, gestão técnica da NA e cuidados de conforto oral, utilizando metodologias ativas que promovam o desenvolvimento de competências reflexivas. O enfermeiro especialista deve assumir

igualmente um papel formativo junto das equipas, contribuindo para a capacitação dos profissionais e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

No domínio da investigação, esta scoping review evidencia o papel do enfermeiro especialista enquanto produtor e utilizador de conhecimento científico, conforme preconizado pela OE. Persistem lacunas relevantes quanto à eficácia de intervenções de enfermagem específicas na gestão alimentar em fim de vida, justificando o desenvolvimento de investigação aplicada, liderada por enfermeiros especialistas. Estudos futuros deverão explorar o impacto das intervenções de conforto oral, da comunicação estruturada com famílias e dos modelos de apoio à decisão ética na experiência da pessoa doente e dos cuidadores, bem como compreender as vivências dos profissionais de CP acerca da temática da gestão alimentar, contribuindo para a consolidação da prática baseada na evidência em CP.

Em suma, a gestão alimentar em fim de vida constitui um domínio privilegiado de atuação do enfermeiro especialista em EMCEPSP, exigindo uma prática avançada, integrada e eticamente fundamentada. A articulação entre competência clínica, liderança, comunicação terapêutica e reflexão ética, sustentada por formação especializada e investigação contínua, é essencial para garantir CP de elevada qualidade, alinhados com o perfil profissional definido pela OE e orientados para a dignidade no final da vida.

**PARTE III – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS E COMUNS EM
CUIDADOS PALIATIVOS**

3. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O exercício profissional do enfermeiro especialista assenta na mobilização integrada de conhecimentos, competências e habilidades técnicas, científicas e humanas, aplicadas de forma consciente e reflexiva à prática clínica. Estas competências permitem identificar as necessidades do grupo alvo, intervir de forma dirigida, eficaz e fundamentada, e contribuir para a resolução de problemas de saúde complexos (Regulamento n.º 140/2019). A prática do enfermeiro especialista representa, assim, um nível avançado de desempenho profissional, sustentado por uma base de saber científico consolidado e por uma atuação ética, autónoma e reflexiva, orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Rocha & Trevizan, 2009).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista é reconhecido pela competência técnica, científica e humana na prestação de cuidados especializados, assumindo responsabilidades que vão além da execução de tarefas clínicas. Esta prática envolve múltiplas dimensões complementares, incluindo:

- Educação e capacitação da pessoa, família e comunidade;
- Orientação e aconselhamento dos pares e da equipa de saúde;
- Liderança e supervisão no planeamento e implementação dos cuidados;
- Produção, disseminação e aplicação da investigação científica, sustentando uma prática baseada na evidência (PBE) e promotora da excelência profissional (Melnik et al., 2014; Pereira, Cardoso & Martins, 2012).

O Regulamento n.º 140/2019 distingue ainda duas grandes dimensões no exercício profissional especializado:

- **Competências específicas:** dependentes da área de atuação do enfermeiro, traduzindo-se na capacidade de prestar cuidados diferenciados, ajustados às necessidades singulares da pessoa, da família e da comunidade, considerando o seu processo de vida e estado de saúde.
- **Competências comuns:** transversais a todas as áreas de especialização, relacionadas com a conceção, gestão e supervisão de cuidados, formação,

investigação e assessoria. Estas competências sustentam a prática especializada e asseguram a qualidade, a segurança e a coerência dos cuidados.

No caso do enfermeiro especialista em EMCEPSP, as competências específicas encontram-se regulamentadas pelo Regulamento n.º 429/2018. Este diploma define como objetivo central a prestação de cuidados à pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada e terminal, e à sua família, promovendo o alívio do sofrimento, o conforto, o bem-estar e a dignidade (OE, 2017).

A intervenção do enfermeiro especialista em EMCEPSP deve ser holística, abrangendo as dimensões física, psicológica, social e espiritual da pessoa, e extensiva à família e aos cuidadores significativos, reconhecendo-os como parte integrante da unidade de cuidados. A prática especializada deve estar sustentada em evidência científica atualizada, permitindo identificar de forma precisa necessidades, fontes de sofrimento e prioridades de intervenção, e deve desenvolver-se em contextos interdisciplinares, onde a colaboração entre profissionais favorece decisões clínicas éticas, partilhadas e centradas na pessoa (Castro, 2017; Lucas, 2021; National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2023).

Foi com base nestes pressupostos: ética, evidência científica e interdisciplinaridade, que se estruturou a prática desenvolvida durante o ENP na UCP. Todas as atividades foram desenhadas de forma a favorecer a aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMCEPSP.

Ao longo do estágio, a articulação entre teoria e prática revelou-se fundamental para sustentar decisões clínicas fundamentadas. Por exemplo, a avaliação contínua das necessidades físicas, emocionais e espirituais das pessoas em fim de vida permitiu aplicar intervenções baseadas em evidência científica, combinando conhecimento teórico com julgamento clínico e sensibilidade ética (Pereira, Cardoso & Martins, 2012; Melnyk et al., 2014). A reflexão crítica, realizada de forma sistemática através de registos diários, discussões de casos e análise das respostas da pessoa e da família, permitiu identificar fragilidades, reconhecer aprendizagens significativas e delinear estratégias de melhoria contínua.

Estas experiências reforçaram a compreensão de que o enfermeiro especialista atua como agente transformador, integrando dimensões técnicas, científicas, relacionais e éticas. A prática baseada na evidência revelou-se essencial para assegurar intervenções eficazes, seguras e centradas na pessoa, enquanto a reflexão crítica contínua permitiu consolidar competências de autoconhecimento, tomada de decisão ética e comunicação interpessoal (Carvalho & Lucas, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Em síntese, o ENP constituiu um espaço privilegiado de aprendizagem e desenvolvimento profissional. A conjugação entre prática, teoria, investigação e reflexão crítica permitiu aprofundar competências avançadas de liderança, supervisão, formação e cuidado especializado, consolidando a identidade profissional enquanto enfermeira especialista em EMCEPSP. Este percurso reforçou a capacidade de atuar de forma autónoma, ética e fundamentada, promovendo cuidados especializados, humanizados e centrados na pessoa e na família, e consolidou o compromisso com a melhoria contínua da qualidade e a humanização do cuidar (Rocha et al., 2009; Castro, 2017; Lucas, 2021; PEDCP, 2023–2024).

O presente capítulo pretende analisar e refletir criticamente sobre estas atividades, evidenciando o modo como contribuíram para o desenvolvimento profissional e para a consolidação das competências do enfermeiro especialista, tanto nas dimensões comuns — gestão, formação, investigação e melhoria contínua da qualidade — como nas dimensões específicas, relacionadas com o cuidar da pessoa e da família em situação paliativa.

3.1 ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DESENVOLVIDAS

No âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em EMCEPSP, é estabelecido que este profissional deve ser capaz de cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, bem como dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica. O principal objetivo consiste em aliviar o sofrimento, maximizar o bem-estar, promover o conforto e assegurar a melhor qualidade de vida possível (Regulamento n.º 429/2018).

Adicionalmente, compete ao enfermeiro especialista em EMCEPSP desenvolver e manter uma relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e, com os respectivos cuidadores e familiares. Essa relação, visa proporcionar suporte emocional e psicológico durante o processo de adaptação às perdas sucessivas, à proximidade da morte e no acompanhamento do luto (Regulamento n.º 429/2018).

A análise das exigências definidas nos Regulamentos n.º 429/2018 e n.º 140/2019 permite concluir que a intervenção do enfermeiro especialista em EMCEPSP é abrangente e centrada na pessoa em todas as suas dimensões: física, psicológica, social e espiritual, reconhecendo-a como parte integrante de um sistema familiar ou rede de pessoas significativas, igualmente alvo de atenção e cuidado.

A prática de cuidados especializados deve basear-se em evidência científica atualizada, que possibilite a identificação rigorosa das necessidades, problemas e fontes de sofrimento da pessoa e dos seus cuidadores. A resposta de enfermagem deve ser planeada e implementada no contexto de uma equipa interdisciplinar, de forma a promover o bem-estar, o conforto e a dignidade da pessoa.

Com vista ao desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMCEPSP foi definido como objetivo geral adquirir e consolidar competências técnico-científicas, éticas e humanas na conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem especializadas, centradas na pessoa em situação paliativa. De modo a levar a cabo a concretização deste objetivo, as competências a desenvolver ao longo do estágio foram estruturadas de acordo com os pilares dos CP, nomeadamente: a gestão de sintomas em CP; a comunicação e a relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa e a sua família e/ou cuidadores; o apoio à família e no processo de luto; e o trabalho em equipa interdisciplinar, enquanto elemento essencial para a prestação de cuidados integrais, seguros e de qualidade.

3.1.1 – Gestão de sintomas em cuidados paliativos

O termo *paliativo* deriva do latim *pallium*, que significa manta ou capa. Este conceito reflete a ideia de “cobrir” ou “proteger” os sintomas quando a causa da doença não pode ser curada, através de intervenções destinadas ao seu alívio e controlo (Twycross, 2003). O termo remete, assim, para uma abordagem holística, que transcende a dimensão física da pessoa, integrando igualmente os domínios psicológico, social e espiritual.

De acordo com Arantes (2019), os CP não se limitam à suspensão de tratamentos fúteis, mas traduzem-se numa assistência ativa, prestada por uma equipa interdisciplinar, que procura responder aos sofrimentos físicos, psicológicos, sociais e espirituais associados à progressão da doença ou às sequelas de tratamentos agressivos. Nesta perspetiva, o controlo sintomático assume um papel central na intervenção global sobre o sofrimento da pessoa com doença avançada e incurável, sendo considerado um dos quatro pilares fundamentais dos CP (Galriça Neto, 2016a).

Embora os princípios do controlo sintomático estejam amplamente consensualizados na literatura, a sua aplicação prática revela-se, por vezes, desafiante. A gestão de sintomas exige uma avaliação contínua e uma intervenção sistematizada, fundamentada na evidência científica, tanto ao nível dos CP básicos como especializados (Dziedzic & Albert, 2021).

A complexidade dos sintomas apresentados pelos doentes em CP, frequentemente simultâneos e inter-relacionados, requer uma intervenção especializada, na qual o enfermeiro especialista em EMCEPSP assume um papel central na identificação das necessidades, no planeamento de cuidados individualizados e na articulação com a equipa multiprofissional, com vista à promoção do conforto e da qualidade de vida.

Durante o ENP realizado, estes pressupostos ganharam relevo, tornando-se evidente que a gestão de sintomas em pessoas em situação paliativa exige uma avaliação e abordagem multidimensional. A comunicação aberta e eficaz entre a equipa de CP, o doente e a sua família revelaram-se fundamentais para a discussão dos sintomas, a definição do plano terapêutico e a tomada de decisão partilhada, respeitando os desejos e valores da pessoa em situação paliativa.

Segundo Ferreira & Angelo (2006), a avaliação sistemática é a base da prestação de cuidados em situações de complexidade clínica, como os CP, permitindo adaptar as intervenções às necessidades específicas do paciente. A avaliação e monitorização dos sinais e sintomas em CP, recorrendo a escalas validadas e sensíveis, é essencial para garantir uma abordagem centrada na pessoa (WHO, 2002).

Na UCP, a diversidade de diagnósticos clínicos (doenças oncológicas, insuficiências orgânicas, doenças neurodegenerativas e doenças pulmonares obstrutivas crónicas em fase avançada) reforçou a necessidade de abordagens individualizadas. Esta realidade encontra-se em consonância com o Plano Nacional de Saúde 2021–2030 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022), que identifica essas patologias como principais causas de mortalidade em Portugal.

A equipa interdisciplinar baseou-se em instrumentos validados, nomeadamente a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS), que integra a colheita inicial de dados e permite monitorizar a evolução dos sintomas ao longo do internamento. Esta escala avalia dor, cansaço, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, sensação de bem-estar e falta de ar, podendo ser complementada por outros sintomas conforme a necessidade clínica.

Uma gestão ineficaz ou tardia dos sintomas compromete a confiança na equipa e intensifica o sofrimento. Estudos demonstram que uma boa gestão sintomática está associada a uma melhor qualidade de vida, maior adesão ao tratamento e, em alguns casos, até à melhoria da sobrevida (Dziedzic & Albert, 2021; Henson et al., 2020; I. Neto, 2021; Twycross, 2003b).

Entre os sintomas mais prevalentes observados na UCP, para além da dor física destacaram-se a dispneia, os edemas e os sintomas gastrointestinais, nomeadamente a anorexia e a obstipação. Estes sintomas, mostraram-se frequentemente mais angustiantes do que a própria dor, tanto para os doentes como para os seus familiares. Azevedo (2010), reforça que “a dispneia é um sintoma muito frequente nos doentes terminais, podendo manifestar-se em qualquer fase, mas tendendo a ser mais prevalente à medida que ocorre a progressão da doença” (p. 193).

A experiência clínica demonstrou que a abordagem terapêutica da dispneia deve ser multifatorial, uma vez que o simples aumento do aporte de oxigénio ou da frequência de

broncodilatadores não é suficiente sem a compreensão da sua etiologia, fatores de agravamento e estratégias de alívio.

Durante o ENP, destacou-se o caso de Jorge (nome fictício), um homem de 34 anos, internado na UCP apenas há 3 dias com diagnóstico de neoplasia pulmonar e do cólon direito, com metastização cerebral, hepática e óssea. O doente apresentava um conjunto de sintomas complexos que condicionavam significativamente o seu bem-estar, autonomia e qualidade de vida.

Do ponto de vista físico, observava-se perda ponderal progressiva, recusa alimentar parcial associada à ausência de apetite e dificuldade em mastigar e deglutir devido à xerostomia. A dispneia, inicialmente desencadeada por esforços mínimos e posteriormente presente em repouso, era descrita pelo Jorge como “angustiante”, contribuindo para a fadiga, para a limitação da mobilidade e para a redução da ingestão alimentar, uma vez que o ato de comer exacerbava a sensação de falta de ar. A sua mobilidade encontrava-se de igual forma condicionada por uma dor persistente ao nível do membro inferior esquerdo, derivado da metastização óssea já descrita. Psicologicamente, Jorge manifestava ansiedade significativa, sobretudo associada aos episódios de dispneia, verbalizando medo de “não conseguir respirar”, o que agravava a recusa alimentar e o isolamento. Para além destes sintomas físicos, apresentava inicialmente uma postura interrogativa e exigente relativamente às intervenções realizadas.

Esta atitude, embora inicialmente desafiante, favoreceu o rigor técnico e científico das intervenções da equipa, reforçando a importância da comunicação e da continuidade de cuidados. A presença constante dos mesmos profissionais e a existência de registos clínicos detalhados facilitaram a coordenação interdisciplinar, em consonância com as orientações da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP, 2021).

De modo a ser efetuado um plano individualizado e personalizado dos cuidados no âmbito da gestão de sintomas, foi realizada inicialmente uma avaliação de sintomas, tendo por base a utilização da escala ESAS e o preenchimento dos dados contidos na avaliação inicial de admissão da UCP, associando uma avaliação que teve por base uma perspetiva multidimensional do sofrimento, permitindo compreender o impacto dos seus sintomas para além da sua expressão física.

A abordagem terapêutica foi constantemente ajustada às necessidades e evolução clínica do Jorge. Com base nesta avaliação abrangente, foi delineado um plano de cuidados centrado na gestão integrada dos sintomas. A intervenção ao nível da xerostomia incluiu cuidados de higiene oral frequentes e delicados, utilização de produtos hidratantes sem álcool e adaptação dos alimentos a texturas macias e húmidas, facilitando a deglutição e promovendo maior conforto oral. A abordagem à anorexia baseou-se no respeito pelas preferências do doente, na oferta de pequenas quantidades de alimentos ao longo do dia e na valorização do momento da refeição como espaço de conforto, sem imposições, reduzindo a pressão associada à ingestão alimentar. Estas pequenas alterações na dieta, tendo sido solicitadas ao serviço de nutrição da UCP, foram fundamentais para aliviar estes sintomas.

Relativamente à dispneia, foram implementadas medidas farmacológicas e não farmacológicas em articulação com a equipa médica, destacando-se o posicionamento adequado para facilitar a expansão torácica, a utilização de ventilação não invasiva de conforto conforme indicação clínica, técnicas de respiração controlada e a criação de um ambiente calmo e seguro durante os episódios mais agudos. Foi possível desempenhar um papel fundamental na antecipação e reconhecimento precoce dos sinais de agravamento da dispneia, bem como no apoio emocional durante as crises, utilizando comunicação terapêutica para reduzir a ansiedade e promover a sensação de controlo por parte do doente.

A insónia, sintoma de difícil controlo devido ao histórico de abuso de benzodiazepinas, foi eficazmente tratada através de perfusão subcutânea noturna de midazolam. Paralelamente, a introdução da musicoterapia, realizada duas vezes por semana na unidade, teve um impacto positivo significativo.

Amorós (2011) e Chung (2020) evidenciam que a musicoterapia contribui para o conforto emocional, a redução da ansiedade e o alívio da dor, através da libertação de endorfinas, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas em CP. No caso de Jorge, a sua formação musical potenciou o envolvimento nestas sessões, permitindo-lhe vivenciar momentos de serenidade e significado.

Após três semanas de internamento, Jorge faleceu, tendo sido assegurada uma gestão de sintomas adequada e centrada na pessoa. As competências especializadas em EMCEPSP

permitiram direcionar as intervenções de enfermagem para as necessidades específicas do doente, ajustando-as continuamente à sua evolução clínica, no respeito pelos princípios éticos e deontológicos definidos no Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A reflexão conjunta da equipa sobre este caso reforçou a importância da tomada de decisão partilhada, da personalização dos cuidados e do respeito pelos direitos fundamentais da pessoa em fim de vida — dignidade, privacidade, confidencialidade e autodeterminação (Barbosa, 2016a).

Esta experiência clínica evidenciou que a gestão de sintomas complexos em CP não pode ser fragmentada, sendo essencial compreender a forma como os diferentes sintomas se potenciam mutuamente e impactam todas as dimensões da vida da pessoa. O enfermeiro especialista em CP assume, neste contexto, um papel determinante na avaliação multidimensional, na integração de intervenções e na coordenação dos cuidados, promovendo uma abordagem holística, humanizada e centrada na dignidade da pessoa em fim de vida. A evidência científica sustenta que a atuação especializada do enfermeiro contribui de forma significativa para o controlo de sintomas como anorexia, xerostomia e dispneia, para a redução do sofrimento e para a melhoria da qualidade de vida em contexto paliativo (Harding et al., 2022; Singh et al., 2025).

O ENP realizado, permitiu assim, consolidar a compreensão de que a avaliação e gestão multidimensional dos sintomas constitui um eixo fundamental da prática avançada em CP, reforçando a importância do enfermeiro especialista como elemento-chave na resposta às necessidades complexas das pessoas em situação paliativa, especialmente em unidades da RNCCI

3.1.2. Comunicação e relação terapêutica em cuidados paliativos

A intervenção em CP pressupõe o domínio de competências específicas no tratamento e controlo de sintomas, mas também o desenvolvimento de competências avançadas nos domínios da comunicação e da relação terapêutica, reconhecidas como componentes estruturantes da prática paliativa contemporânea (Neto, 2020; World Health Organization [WHO], 2020). O controlo sintomático, a promoção da qualidade de vida e a serenidade

associada a uma morte digna refletem-se, em grande medida, na qualidade da comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde, a pessoa em situação paliativa e a sua família, sendo a comunicação eficaz um fator determinante para a redução do sofrimento e para o reforço da confiança no cuidado prestado (Buckman, 2005; Chochinov, 2007).

A escuta ativa, a validação emocional e a capacidade de resposta às dúvidas, receios e expectativas dos intervenientes assumem-se como elementos centrais dos CP, influenciando positivamente a vivência do processo de doença e a percepção de segurança e acompanhamento por parte da pessoa doente (Silva & Araújo, 2012; Pereira & Lopes, 2019). Neste contexto, a comunicação em CP constitui-se como um pilar essencial sobre o qual assenta a relação de ajuda, sustentando uma prática centrada na pessoa e orientada para o respeito pela sua dignidade, valores e preferências, conforme preconizado pelos princípios fundamentais dos CP (Neto, 2020; WHO, 2020).

Comunicar eficazmente no contexto dos CP é simultaneamente fundamental e desafiante, uma vez que implica lidar com situações de elevada complexidade emocional, como a progressão da doença, a incerteza prognóstica, o sofrimento existencial e a proximidade da morte, exigindo dos profissionais de saúde competências interpessoais avançadas e reflexivas (Gask, 2000, como citado em Querido, Salazar, & Neto, 2010; Clayton et al., 2007). A comunicação terapêutica, nestas circunstâncias, assume um papel mediador na tomada de decisão partilhada, na clarificação de objetivos de cuidado e na adaptação das intervenções às necessidades e preferências expressas pela pessoa e pela família (Back et al., 2014; Pereira & Lopes, 2019).

A comunicação em CP adquire, assim, uma dimensão profundamente existencial, na medida em que a palavra, o silêncio e a escuta se transformam em instrumentos terapêuticos essenciais para o alívio do sofrimento global, particularmente quando a cura já não é possível e o foco do cuidado se centra no conforto e na dignidade (Silva & Araújo, 2012; Chochinov, 2007). A presença terapêutica do enfermeiro, expressa através da disponibilidade, da atenção plena e da empatia, permite criar um espaço relacional seguro, no qual a pessoa se sente reconhecida na sua singularidade e apoiada na vivência da sua condição de finitude (Buckman, 2005; Clayton et al., 2007).

Deste modo, a qualidade da comunicação revela-se indissociável da qualidade global dos cuidados prestados, constituindo uma competência nuclear do enfermeiro especialista em CP cuja intervenção tem impacto direto no controlo sintomático, na satisfação da pessoa e da família e na promoção de uma experiência de fim de vida mais serena e humanizada (Neto, 2020; Pereira & Lopes, 2019; WHO, 2020). A comunicação terapêutica, sustentada na escuta ativa, no respeito pela autonomia e na resposta sensível às necessidades emocionais, afirma-se, assim, como um elemento essencial da prática avançada em CP.

● A comunicação como pilar da prática em Cuidados Paliativos

No contexto da UCP onde decorreu o estágio, a comunicação revelou-se como um eixo estruturante para a prestação de cuidados de elevada qualidade. Esta competência mostrou-se transversal a todas as dimensões do cuidar, sendo simultaneamente um meio de acesso ao doente e um veículo para promover a dignidade e a humanização dos cuidados. Tal como refere Querido, Salazar e Neto (2010), “o valor da comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para atender e aceder com dignidade todas as dimensões da pessoa doente” (p. 463).

Dada a amplitude do tema, destaca-se o caso clínico de Jorge (apresentado anteriormente), cuja complexidade clínica e emocional evidenciou o papel central da comunicação terapêutica na gestão dos cuidados. Jorge, manifestava uma postura questionadora e exigente, solicitando constantemente informações detalhadas sobre os seus sintomas e tratamentos. Perante a progressiva degradação do seu estado físico, expressava dúvidas e angústias relacionadas com a evolução da doença e a perceção da proximidade da morte.

A comunicação com Jorge exigiu assertividade, empatia e clareza. Foi aplicada a metodologia proposta por Buckman (2005), seguindo as etapas *Setting*, *Perception*, *Invitation*, *Knowledge*, *Empathy* e *Strategy*, que orientaram a nossa intervenção ao nível da transmissão de más notícias e na abordagem de situações emocionalmente delicadas. Assim, asseguramos um ambiente adequado (*Setting*), exploramos a perceção do Jorge sobre o seu estado (*Perception*), respondemos de forma empática às suas preocupações (*Empathy*), esclarecendo dúvidas (*Knowledge/Invitation*) e colaborando na definição de objetivos e planos de ação realistas (*Strategy*).

Esta abordagem possibilitou ao Jorge expressar emoções e participar nas decisões relativas ao seu plano de cuidados, reforçando o vínculo terapêutico e a confiança na equipa. Denotou-se que no decorrer do ENP, aumentou o seu grau de confiança nos profissionais, acabando por ser evidente o seu maior envolvimento nos cuidados, tendo sido conseguida uma relação terapêutica eficaz.

● A escuta ativa e a presença terapêutica

Em CP, a escuta ativa constitui uma das competências comunicacionais mais importantes, sendo reconhecida como instrumento central para o alívio do sofrimento emocional e espiritual da pessoa em fim de vida. Segundo Silva e Araújo (2012), ouvir atentamente permite ao profissional de saúde compreender as reais necessidades do doente, identificar preocupações não verbalizadas e adaptar a intervenção às suas preferências e valores. Gestos simples, como sentar-se ao lado do doente, demonstrar disponibilidade e mostrar genuíno interesse pela sua história de vida, assumem um valor terapêutico profundo, contribuindo para a construção de uma relação de confiança e de segurança emocional.

Durante o estágio na UCP, a comunicação com os doentes e as suas famílias foi continuamente orientada por estes princípios. As interações procuraram não apenas esclarecer dúvidas e fornecer informação, mas também aliviar a ansiedade, validar emoções e criar um ambiente acolhedor e de confiança. Esta abordagem reforçou o carácter humanizado e individualizado dos cuidados, favorecendo a autonomia da pessoa e o envolvimento ativo da família na tomada de decisão sobre o processo de cuidado, em consonância com o que é preconizado na literatura (Andrade, Costa, & Lopes, 2013; Almeida & Garcia, 2015; Back et al., 2014; Chochinov, 2007).

A escuta ativa, aliada à empatia e à presença terapêutica do enfermeiro especialista, revelou-se fundamental para estabelecer uma relação terapêutica sólida, que promove não apenas o bem-estar emocional, mas também facilita a gestão integrada de sintomas complexos, como dor, dispneia ou ansiedade, evidenciando o impacto direto da comunicação na qualidade da prática em CP (Clayton et al., 2007; Pereira & Lopes, 2019).

● Barreiras comunicacionais e estratégias de adaptação

O ENP decorreu num período pós-pandemia de COVID-19, durante o qual a utilização de equipamento de proteção individual (EPI), nomeadamente a máscara facial, representou um desafio adicional à comunicação interpessoal. Estudos de Hampton et al. (2020) e Bloomer e Walshe (2021) demonstram que o uso de EPI interfere na clareza do discurso, reduz a perceção de expressões faciais e pode dificultar a empatia e a compreensão emocional entre profissional e doente.

Para mitigar essas limitações, foram adotadas estratégias comunicacionais adaptativas, como o reforço da comunicação não verbal (gestos, contacto visual e toque terapêutico), a proximidade controlada durante o discurso e a validação frequente da mensagem recebida através de *feedback*. Estas estratégias mostraram-se eficazes para manter a qualidade da interação e a segurança comunicacional, conforme preconizado por Querido et al. (2016).

Em síntese, a comunicação em CP é um processo complexo e dinâmico, influenciado pelas dimensões cognitivas, emocionais e contextuais do emissor e do recetor. Como defende Goleman (2012), comunicar eficazmente implica autoconhecimento, inteligência emocional e consciência relacional. Durante o ENP, estas competências foram continuamente desenvolvidas, permitindo melhorar a qualidade da interação terapêutica e a capacidade de resposta às necessidades multidimensionais da pessoa em fim de vida.

O enfermeiro especialista em EMCEPSP, deve assim, utilizar a comunicação como ferramenta nuclear da sua prática. É através dela que se constroem relações terapêuticas baseadas em evidência científica, empatia, compaixão, verdade e respeito pela autonomia da pessoa (Barbosa, 2016a; Querido et al., 2016). A comunicação constitui, portanto, não apenas um meio técnico, mas um verdadeiro ato de cuidar.

3.1.3. Apoio à família e acompanhamento no processo de luto

A filosofia dos CP assenta numa visão holística e humanizada da pessoa, reconhecendo a família como unidade recetora e prestadora de cuidados. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020) define os CP como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças potencialmente fatais e das suas famílias, através da prevenção

e alívio do sofrimento, mediante identificação precoce, avaliação rigorosa e tratamento adequado da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Assim, o apoio à família constitui um dos pilares fundamentais dos CP, refletindo o reconhecimento de que a doença não afeta apenas o corpo da pessoa doente, mas repercute-se de forma profunda na sua dinâmica emocional, social e familiar. A família, enquanto estrutura primária de suporte, é simultaneamente fonte de segurança e de vulnerabilidade, podendo ver-se desorganizada perante a ameaça da perda e a exigência dos cuidados contínuos (Ferrell & Coyle, 2010; Galriça Neto, 2016a).

Quando um familiar adoece gravemente, a família é confrontada com a necessidade de redefinir papéis, adaptar rotinas e reconstruir significados. Frequentemente, esta readaptação é vivida com sobrecarga emocional e física, carecendo de apoio especializado da equipa de saúde. Compete, portanto, à equipa interdisciplinar de CP avaliar as necessidades familiares, oferecer suporte e promover estratégias de coping, através de uma comunicação terapêutica empática, clara e honesta (Fernandes, 2016; Neto, 2003a, 2016).

A literatura evidencia que o bem-estar familiar se repercute diretamente na experiência e qualidade de vida da pessoa doente (Pereira et al., 2021). Quando a família se sente apoiada e informada, manifesta maior serenidade, confiança e capacidade para cuidar, o que favorece o controlo sintomático, a adesão terapêutica e a aceitação da situação. Inversamente, famílias exaustas, desinformadas ou emocionalmente instáveis podem contribuir, ainda que involuntariamente, para o sofrimento da pessoa doente.

Segundo Pereira et al. (2021), “abraçar os familiares e dar suporte aos mesmos [...] favorece o alívio da dor e do sofrimento do paciente, atrelado a um bem-estar dos familiares, que necessitam de apoio emocional e psicológico” (p. 5). Deste modo, famílias satisfeitas e envolvidas refletem-se em pessoas doentes mais confortáveis e seguras, reforçando o carácter relacional e sistémico dos cuidados.

O apoio à família deve ser integrado no plano terapêutico individual, mediante uma avaliação das suas características, composição, dinâmica comunicacional, recursos internos e externos e grau de sobrecarga (Neto, 2003a, 2016). A equipa interdisciplinar tem, portanto, a função de ajudar a unidade familiar a reorganizar-se, reforçar competências de coping e criar um ambiente de confiança e partilha (Fernandes, 2016).

A inclusão ativa da família nos cuidados permite reduzir a ansiedade de separação, aumentar o sentimento de controlo e facilitar o processo de aceitação da doença e da morte (Twycross, 2003b). Este envolvimento é particularmente importante nas fases terminais, em que a família enfrenta uma crise emocional e existencial que pode, dependendo dos seus recursos, promover coesão ou desencadear conflitos (Figueiredo, 2011; Relvas, 1996).

Em coerência com o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP, 2023) e com Galriça Neto (2016a), o apoio à família deve assumir uma postura colaborativa e participativa desde o momento do diagnóstico, respeitando a autonomia, os valores e as crenças da pessoa doente. A família deve ser considerada parceira de cuidados, não apenas recetora de apoio.

O enfermeiro especialista em EMCEPSP, desempenha um papel central no apoio à família, promovendo a adaptação à doença e ao processo de morrer. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, na unidade de competência 1.2, cabe-lhe “assistir a pessoa e família na mobilização de recursos, uniformizando conhecimentos, objetivos e expectativas, de forma a facilitar a adaptação à situação de doença avançada”.

No âmbito da competência 2 do mesmo regulamento, o enfermeiro deve estabelecer relação terapêutica com a pessoa e família/cuidadores, reconhecendo-os como parceiros ativos no processo de cuidar, identificando fatores de risco para exaustão física e emocional e implementando estratégias para minimizar o sofrimento.

Durante o ENP, a intervenção junto da família foi estruturada com base nestes princípios. Apesar das limitações de tempo impostas pelos horários de visita, procurou-se otimizar cada momento de contacto, favorecendo o esclarecimento de dúvidas, a negociação de objetivos realistas e a gestão de expectativas.

Foram implementadas medidas para garantir a privacidade e o conforto emocional durante os encontros familiares, disponibilizando espaços tranquilos e reservados, em conformidade com a competência A2 do Regulamento n.º 140/2019, que determina que o enfermeiro especialista “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, incluindo o direito à informação, confidencialidade, privacidade e autodeterminação.

Esta postura contribuiu para fortalecer o vínculo de confiança entre a equipa, a pessoa doente e a família, criando condições para partilha de sentimentos, expressão de medo e alívio emocional. Cerqueira (2010) salienta que permitir à pessoa em fim de vida e à sua família expressar sentimentos promove o alívio do sofrimento e preserva a identidade relacional.

A integração ativa da família nos cuidados resultou numa maior compreensão do processo de doença, numa melhor adaptação emocional e num cuidar mais humanizado e centrado na relação, demonstrando o valor terapêutico do apoio familiar nos CP.

3.1.4. Trabalho em equipa

O trabalho em equipa constitui um dos pilares fundamentais dos CP, refletindo a necessidade de uma abordagem multidimensional e integrada das necessidades da pessoa em situação paliativa. Pela natureza complexa e multidimensional do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, a resposta clínica requer abordagens colaborativas que integrem perspetivas e competências diversas, orientadas para o bem-estar global da pessoa doente e da família/cuidadores (Bernardo, Rosado, & Salazar, 2016).

Esta mesma complexidade de sintomas, que frequentemente incluem dor, dispneia, fadiga, anorexia e sofrimento emocional, exige a colaboração de profissionais de diferentes áreas, como enfermagem, medicina, fisioterapia, psicologia, nutrição e serviço social, de forma coordenada e centrada na pessoa (World Health Organization [WHO], 2020; Harding et al., 2022). A comunicação eficaz entre os membros da equipa permite a troca de informação clínica, a tomada de decisões compartilhadas e a adaptação contínua do plano de cuidados às necessidades individuais do doente e da família, promovendo resultados mais consistentes e seguros.

Em CP, a equipa não se limita a somar atos técnicos: partilha uma conceção comum dos problemas, constrói planos terapêuticos integrados e atua de modo coordenado com a pessoa, a família, cuidadores formais e informais e recursos comunitários e sociais (Bernardo et al., 2016).

A colaboração multiprofissional em CP vai além da partilha de tarefas técnicas, envolvendo a discussão contínua de casos, a definição conjunta de objetivos de cuidado, reflexão sobre

intervenções e suporte mútuo entre os profissionais. Esta abordagem integrada permite antecipar complicações, ajustar rapidamente intervenções frente à evolução clínica e garantir que a pessoa em fim de vida e a sua família sejam apoiadas de forma holística e consistente. A prática em equipa também contribui para o desenvolvimento profissional, promovendo aprendizagem mútua, reflexão crítica e consolidação de competências avançadas, especialmente no que respeita à comunicação terapêutica, à gestão de sintomas complexos e à tomada de decisão ética (Back et al., 2014; Chochinov, 2007).

O sucesso dos cuidados prestados em CP, depende da capacidade da equipa de articular competências, experienciar decisões conjuntas e garantir uma abordagem centrada na dignidade, conforto e autonomia do doente, reforçando a importância do enfermeiro especialista em EMCEPSP, como elo estratégico e facilitador da integração multiprofissional.

● **Composição e qualificação da equipa**

A composição clássica de uma equipa de CP inclui, de forma mínima, médico, enfermeiro e assistente social, sendo desejável a incorporação de outros profissionais, de acordo com Twycross (2003). Orientações mais recentes recomendam uma abordagem interdisciplinar mais ampla, contemplando, pelo menos a existência de médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, podendo em UCP integrar ainda assistentes operacionais, assistente espiritual, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, entre outros (Pulga et al., 2019; Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos [PEDCP], 2023).

A UCP onde decorreu o ENP, conforme descrito no capítulo de apresentação do contexto de estágio, dispõe de uma equipa constituída por profissionais de múltiplas áreas de formação. Esta diversidade revelou-se uma mais-valia significativa para a riqueza conceptual da experiência de estágio, permitindo uma compreensão aprofundada da complementaridade e da interdisciplinaridade inerentes ao funcionamento da equipa. A interação e o cruzamento de competências entre os diferentes domínios profissionais manifestaram-se de forma particularmente benéfica na implementação de uma abordagem integral e coerente, refletindo a filosofia dos CP centrada na pessoa, na sua dignidade, conforto e qualidade de vida.

Do ponto de vista conceptual, a organização das equipas de CP distingue-se entre multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. A multidisciplinaridade caracteriza-se pela atuação de cada profissional dentro do seu âmbito específico, com articulação mínima entre áreas; a interdisciplinaridade pressupõe integração de planos e objetivos, com decisões partilhadas entre os membros da equipa; e a transdisciplinaridade envolve fronteiras flexíveis de papéis, com competências compartilhadas centradas na pessoa e na família (Pulga et al., 2019; Twycross, 2003). A interdisciplinaridade efetiva é o modelo preconizado em CP, pois permite alcançar ganhos coletivos na qualidade do cuidado que não seriam obtidos por intervenções isoladas.

Esta vivência prática no contexto da UCP, evidenciou como a colaboração interdisciplinar facilita decisões partilhadas, articula intervenções complexas e contribui para a prestação de cuidados humanizados e individualizados, reafirmando a importância de equipas coesas e coordenadas para a excelência no cuidado paliativo.

A qualificação académica e profissional dos membros da equipa constitui um elemento determinante na prestação de cuidados de elevada qualidade, sendo recomendada formação avançada ou especializada em CP. Na impossibilidade de cobertura total, estabelece-se que o médico coordenador detenha formação avançada (nível C), o enfermeiro coordenador possua especialização em CP, e os restantes elementos disponham de formação avançada ou intermédia, assegurando complementaridade de competências e cuidados sustentados em evidência atualizada (PEDCP, 2023). Tais requisitos estão presentes na equipa da UCP.

No âmbito da enfermagem, a prática em CP implica avaliação precoce e contínua das necessidades e problemas, implementação de intervenções autónomas decorrentes do raciocínio clínico e articulação com decisões de outros profissionais (Pereira, 2010). O enfermeiro acompanha a pessoa ao longo de todo o ciclo de vida, assumindo papel determinante na terminalidade e no processo de morrer, garantindo continuidade, coerência e individualização dos cuidados (Pereira, 2010). O enfermeiro especialista em EMCEPSP evidencia competências na identificação precoce de problemas, na antecipação de complicações e na implementação de intervenções eficazes, integrando a equipa e envolvendo a família na tomada de decisão (Regulamento n.º 429/2018). Em contextos de crise, tanto da pessoa como da família, a visão holística do enfermeiro

especialista permite-lhe atuar como agente ativo na resolução de problemas, promovendo a dignidade, o conforto e a integralidade do cuidado centrado na pessoa (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

A integração de equipas interdisciplinares, associada à atuação estratégica do enfermeiro especialista, constitui um fator determinante para a gestão eficaz de sintomas complexos, a humanização do cuidado e a promoção de uma morte digna. Esta abordagem evidencia-se na melhoria da qualidade de vida da pessoa em fim de vida e no suporte consistente prestado à família, reforçando o papel do enfermeiro especialista como elo central na coordenação e na qualidade global do cuidado em CP.

● **Processos de equipa: coordenação, continuidade e planeamento**

A UCP onde foi desenvolvido o ENP, integra uma equipa composta por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicóloga, assistente espiritual, terapeuta ocupacional, assistentes operacionais e outros profissionais. A atuação destes profissionais ocorre de acordo com as necessidades da pessoa e da família, de forma multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, conforme a complexidade clínica apresentada. Os enfermeiros e assistentes operacionais asseguram a continuidade dos cuidados em regime 24/7, garantindo a monitorização constante e a execução do plano individualizado de cuidados, enquanto todos os elementos da equipa contribuem para a tomada de decisão clínica integrada, promovendo uma abordagem holística e centrada na pessoa.

A prática quotidiana na UCP incluiu a intervenção autónoma do enfermeiro, articulada de forma contínua com a equipa, permitindo a participação ativa nos cuidados e no planeamento individual de cada doente.

As passagens de turno estruturadas e as reuniões semanais, que envolvem médico, enfermeiro chefe, enfermeira coordenadora, assistente social e psicóloga, constituem dispositivos nucleares do trabalho colaborativo. Durante estes momentos, os casos clínicos são revistos, estratégias de intervenção são definidas e objetivos mensuráveis são estabelecidos, sustentando a coordenação das intervenções e promovendo aprendizagem em contexto clínico (Monteiro et al., 2021). Estes encontros contribuem também para a melhoria da comunicação interprofissional e para a deliberação ética em situações de fim de vida, permitindo reconhecer e integrar a diversidade de perceções entre os profissionais,

promovendo aprendizagem interprofissional e decisões mais seguras e ajustadas (Hirakawa, Chiang, Muraya, Andoh, & Aoyama, 2020).

A participação ativa nestes processos de trabalho em equipa favoreceu o desenvolvimento profissional, permitindo consolidar competências colaborativas, como comunicação, negociação de objetivos e coordenação de intervenções. Além disso, tornou evidente como a integração de diferentes perspetivas profissionais se traduz em planos de cuidado centrados na pessoa e na família, potenciando decisões mais adequadas e individualizadas. Esta articulação estruturada da equipa contribuiu igualmente para o bem-estar e equilíbrio dos profissionais, fatores reconhecidos por estarem associados a melhores resultados na experiência de cuidados e na qualidade de vida do doente.

Em síntese, o trabalho em equipa em CP revela-se estruturante e determinante para a qualidade assistencial. Exige uma composição adequada de profissionais, formação diferenciada, processos colaborativos bem definidos (como reuniões clínicas e passagens de turno qualificadas) e liderança clínica de enfermagem especializada. Quando estes elementos se articulam de forma harmoniosa, a equipa é capaz de responder eficazmente à complexidade clínica, promovendo dignidade, alívio do sofrimento e resultados positivos em saúde para a pessoa em fim de vida e para a sua família.

3.2 - ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS COMUNS DESENVOLVIDAS

No seio das competências comuns do enfermeiro especialista, identificam-se quatro domínios: o da responsabilidade profissional, ética e legal; o da melhoria contínua da qualidade, o da gestão de cuidados e formação e o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas competências devem pautar o exercício profissional do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019).

3.2.1. Competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal

A prática de enfermagem em CP é indissociável de uma reflexão ética contínua, uma vez que envolve decisões complexas que afetam diretamente a vida, o sofrimento e a dignidade da pessoa (Deodato, 2020). O mesmo autor, descreve o processo de construção e tomada

de decisão ética em enfermagem como composto por várias etapas: identificação do problema ético, envolvimento da pessoa doente e da família no processo deliberativo, articulação em equipa, consulta de fundamentos éticos e científicos, tomada de decisão final e concretização da ação escolhida.

Na prática clínica, os profissionais de saúde confrontam-se frequentemente com dilemas éticos de elevada complexidade, agravados por vezes pela ausência de estratégias estruturadas de deliberação ética ou pelo limitado envolvimento dos enfermeiros nos processos decisórios (Deodato, 2015). Em CP, em que o sofrimento, a finitude e a autonomia da pessoa assumem particular relevância, exige-se uma reflexão moral fundamentada e informada.

O Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2005) estabelece que o enfermeiro deve defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que o acompanhem na fase terminal da vida; respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente, pela família ou por pessoas próximas; e assegurar respeito pelo corpo após a morte (art. 87.º). Assim, a responsabilidade ética do enfermeiro centra-se na promoção do bem-estar, no alívio do sofrimento e na preservação da dignidade humana, criando um ambiente seguro, confortável e sereno para a pessoa e sua família (Barbosa, 2016b).

A deliberação ética em cuidados de saúde deve assentar nos quatro princípios fundamentais da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (Beauchamp & Childress, 1999; Pereira, 2008). Estes princípios encontram-se consagrados na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Decreto-Lei n.º 52/2012), que estabelece que os cuidados devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana. O princípio da autonomia constitui um eixo central da filosofia dos CP, garantindo que a pessoa doente seja informada e envolvida em todas as decisões relativas ao seu plano terapêutico. Respeitar a autonomia implica reconhecer a pessoa como um fim em si mesma — livre, racional e capaz de se autogovernar —, assegurando que as decisões sejam esclarecidas, informadas e livres de coação (Nunes, 2008).

Durante o ENP verificou-se que, apesar do reconhecimento teórico da autonomia, persistem traços de paternalismo clínico e ocultação da verdade em algumas práticas. Em

determinadas situações, familiares ou profissionais optam por não revelar informação completa com a intenção de proteger o doente. No entanto, tal conduta, ainda que bem-intencionada, pode aumentar o sofrimento, gerar confusão e impedir o exercício do direito a decisões informadas. Na prática dos CP, a conspiração do silêncio — definida como a omissão ou ocultação deliberada de informações sobre diagnóstico ou prognóstico entre pacientes, familiares e profissionais — pode comprometer a autonomia dos pacientes e a qualidade das decisões clínicas, exigindo estratégias de comunicação aberta e formação específica das equipas de saúde para mitigá-la eficazmente (Ferreira, Alvarenga & Rego, 2024).

Um exemplo ilustrativo ocorreu quando uma filha solicitou à equipa que não revelasse à mãe o diagnóstico oncológico, receando que a informação desencadeasse depressão. A doente, contudo, expressava repetidamente dúvidas sobre o seu estado e demonstrava consciência da gravidade da situação. Após reflexão ética e diálogo com a família, foi possível evidenciar que o ocultamento da verdade agravava o sofrimento da mãe. A equipa optou, então, por respeitar o princípio da autonomia, permitindo que a doente recebesse informação verdadeira, participasse nas decisões e alcançasse maior serenidade e aceitação. Este episódio evidencia a importância de comunicar com transparência e empatia, integrando a família como parceira no cuidado e esclarecendo-a sobre os fundamentos éticos do direito à informação.

Ao longo do ENP, emergiram múltiplos dilemas éticos complexos, nomeadamente decisões relativas a: início de sedação paliativa; suspensão de terapêuticas fúteis ou invasivas; referenciação hospitalar em contexto de agudização; e interrupção de alimentação ou hidratação artificiais. Estas situações foram analisadas em equipa interdisciplinar, ponderando dimensões clínicas, éticas, legais e emocionais, com o objetivo de garantir cuidados humanizados e a proteção dos valores e da dignidade da pessoa doente (Deodato, 2015; Barbosa, 2016b).

O princípio da beneficência orienta que a ação moralmente correta é aquela que maximiza o benefício e minimiza o dano, considerando as consequências individuais e sociais (Deodato, 2015). Por sua vez, o princípio da justiça relaciona-se com a distribuição equitativa de recursos e o acesso universal a cuidados adequados. Nunes, Amaral e Gonçalves (2005) referem que a justiça distributiva se concretiza na alocação eficiente de

recursos humanos e materiais. Todavia, a realidade portuguesa ainda evidencia desigualdades no acesso aos CP, com cobertura insuficiente e desigualdade regional, carências de equipas comunitárias e número limitado de camas de internamento, dificultando a resposta às necessidades reais da população (Capelas & Coelho, 2020).

O enfermeiro especialista, consciente destas limitações estruturais, deve pautar a sua atuação pelo princípio da justiça, assegurando cuidados equitativos, humanizados e proporcionais às necessidades de cada pessoa, respeitando a dignidade humana (Deodato, 2014).

A responsabilidade ética e deontológica constitui, assim, um alicerce da prática do enfermeiro especialista EMCEPSP, exigindo vigilância constante sobre conflitos éticos, recolha de informação abrangente sobre a pessoa e o seu contexto, e recurso a modelos estruturados de deliberação ética. Este compromisso promove uma prática reflexiva, responsável e moralmente consistente, traduzindo o papel da Enfermagem como promotora de excelência clínica, humanização e respeito pelos direitos da pessoa em fim de vida.

3.2.2. - Competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade

Nas últimas décadas, as instituições de saúde têm sido confrontadas com exigências crescentes no sentido de assegurarem cuidados de elevada qualidade, conciliando a otimização de recursos com a sustentabilidade do sistema de saúde (Rocha et al., citado por Correia, 2016). Esta realidade torna-se particularmente evidente no contexto dos CP, onde a complexidade clínica se articula com uma elevada exigência ética, relacional e humana. Neste cenário, o enfermeiro assume um papel fulcral, uma vez que, pela proximidade e continuidade dos cuidados prestados, se encontra numa posição privilegiada para identificar necessidades, expectativas e perceções da pessoa em situação paliativa e da sua família relativamente à qualidade dos cuidados (Rocha & Trevizan, 2009).

A realização do ENP permitiu aprofundar a compreensão da melhoria contínua da qualidade enquanto processo estruturante da prática em CP. Foi possível reconhecer que a qualidade não se limita ao cumprimento de normas ou indicadores, traduzindo-se na

capacidade de prestar cuidados adequados, oportunos e centrados na pessoa, respeitando a sua dignidade, valores e preferências. A melhoria contínua da qualidade revelou-se, assim, um processo dinâmico e reflexivo, que integra avaliação sistemática, planeamento, implementação e monitorização das intervenções, exigindo uma postura crítica e responsável por parte do enfermeiro especialista.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2001; revistos em 2012), constituíram um referencial fundamental durante o ENP, orientando a prática clínica e a análise crítica dos cuidados prestados. As seis áreas preconizadas: satisfação do utente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem, permitiram compreender a qualidade de forma integrada e multidimensional, indo além da dimensão técnico-assistencial.

A publicação, em 2017, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Paliativa, reforçou a importância da prática especializada como garante de cuidados seguros, éticos e humanizados. Ao longo do ENP, foi possível compreender e assimilar que a aplicação destes padrões exige não apenas conhecimento técnico-científico, mas também competências comunicacionais, relacionais e éticas, fundamentais na resposta às necessidades complexas da pessoa em fim de vida e da sua família.

No contexto dos CP, a melhoria contínua da qualidade é reconhecida como um eixo estratégico prioritário do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2023–2024, que define qualidade como a satisfação das necessidades e expectativas do beneficiário, com vista a proporcionar uma experiência positiva de cuidado (PEDCP, 2023). A análise deste referencial possibilitou refletir criticamente sobre a importância de uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa, em que a qualidade se expressa não apenas nos resultados clínicos, mas também na experiência subjetiva de cuidado vivida pela pessoa e pela família.

No decurso do ENP, foi possível constatar que a qualidade em CP se materializa na prestação de cuidados adequados, no momento certo, de forma coordenada e integrada, procurando minimizar sofrimento evitável e promover conforto e dignidade. Esta vivência levou-me a reconhecer que, perante a vulnerabilidade da pessoa em situação paliativa, a

ausência de cuidados de qualidade pode traduzir-se em sofrimento acrescido, reforçando a responsabilidade ética do enfermeiro especialista na defesa da dignidade humana (Castro, 2017; Lucas, 2021).

A observação das práticas implementadas na UCP possibilitou identificar diversos indicadores de qualidade alinhados com o PEDCP, nomeadamente a existência de fármacos essenciais em CP, o registo estruturado da avaliação inicial das necessidades da pessoa doente, a realização de conferências familiares, a promoção de reuniões multidisciplinares semanais e o apoio ao luto assegurado pela psicóloga da instituição. Estas práticas evidenciam uma cultura organizacional orientada para a segurança, continuidade e personalização dos cuidados. No entanto, a análise crítica destas dinâmicas permitiu igualmente reconhecer áreas passíveis de melhoria, reforçando a importância da avaliação contínua da prática.

Um aspeto particularmente relevante identificado durante o diagnóstico de necessidades, foi a inexistência de formação específica em CP por parte de uma parte significativa dos profissionais da equipa. Esta lacuna formativa conduziu a refletir sobre o impacto direto que o conhecimento e a capacitação profissional têm na qualidade dos cuidados prestados. Sem formação adequada, a aplicação consistente de práticas baseadas na evidência torna-se limitada, podendo comprometer a segurança e a qualidade dos cuidados.

Perante esta realidade, a organização e dinamização de um curso básico em CP, conjuntamente com os restantes estudantes a realizar estágio, constituiu uma intervenção concreta no âmbito da melhoria contínua da qualidade no âmbito da formação. Esta experiência permitiu desenvolver competências de liderança, planeamento e educação em saúde, ao mesmo tempo que contribuiu para o reforço dos conhecimentos e competências clínicas, comunicacionais e relacionais da equipa. A avaliação informal do impacto da formação revelou uma maior segurança na abordagem da pessoa em situação paliativa e uma maior consciencialização da importância do trabalho em equipa interdisciplinar.

Esta experiência reforçou a perceção de que a formação contínua é um pilar essencial da melhoria da qualidade, assumindo-se como uma responsabilidade ética do enfermeiro especialista. Ao longo do estágio, foi consolidada a convicção de que a melhoria contínua da qualidade não depende apenas de estruturas organizacionais, mas também da atitude crítica, reflexiva e proativa dos profissionais de saúde.

Deste modo, considera-se que o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade representa um compromisso intrínseco à prática do enfermeiro especialista em EMCEPSP. Este compromisso traduz-se no aperfeiçoamento permanente das competências técnicas, científicas e relacionais, na identificação sistemática de oportunidades de melhoria e na implementação de estratégias sustentadas na evidência científica. Ao promover uma cultura de qualidade centrada na segurança, dignidade e satisfação da pessoa e da família, o enfermeiro especialista afirma-se como agente ativo de mudança, contribuindo para a excelência dos cuidados, a humanização das práticas e a sustentabilidade do sistema de saúde.

3.2.3. - Competências no âmbito da gestão e da formação

O domínio da gestão de cuidados constitui uma área nuclear da prática do enfermeiro especialista, assumindo particular relevância na coordenação, supervisão e otimização das respostas de enfermagem e das equipas de saúde. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, compete ao enfermeiro especialista “gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (p. 4748). Esta competência traduz-se na capacidade de assegurar cuidados seguros, eficazes e de qualidade, integrando dimensões clínicas, organizacionais, éticas e relacionais.

Durante o ENP desenvolvido numa UCP teve oportunidade de compreender a complexidade inerente à gestão de cuidados num contexto altamente especializado. Enquanto unidade pertencente à Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), criada pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012), a UCP cumpre os pressupostos legislativos definidos pela Portaria n.º 50/2017 e pela Portaria n.º 66/2018, que regulam o funcionamento, a articulação interinstitucional e os critérios de qualidade destas unidades. Este enquadramento legal revelou-se fundamental para compreender as exigências organizacionais e os padrões de qualidade que orientam a prática assistencial em CP.

A direção técnica da UCP é assegurada por um enfermeiro com formação avançada em CP, responsável pela implementação e monitorização dos programas de gestão da qualidade, pela promoção da formação contínua, pela integração de novos profissionais e

pela valorização da humanização dos cuidados. A supervisão das atividades da equipa é partilhada com as enfermeiras responsáveis das unidades de internamento, às quais são delegadas tarefas específicas de gestão e coordenação. Esta delegação ocorre em conformidade com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), implicando supervisão contínua das tarefas delegadas, de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

O contacto direto com este modelo de organização permitiu refletir criticamente sobre o papel do enfermeiro especialista enquanto gestor de cuidados. Compreendeu-se que a gestão eficaz não se limita à distribuição de recursos humanos ou materiais, mas exige competências estratégicas, éticas e relacionais que sustentem uma tomada de decisão fundamentada, responsável e orientada para a qualidade dos cuidados e o bem-estar da equipa (Carvalho & Lucas, 2020).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista deve gerir equipas e práticas de cuidados promovendo a dignidade, segurança e privacidade da pessoa; colaborar na construção e implementação de protocolos; integrar equipas de auditoria e melhoria da qualidade; assegurar condições de trabalho seguras; avaliar o desempenho da equipa; e garantir práticas que respeitem a autonomia e os direitos da pessoa. Ao longo do estágio, reconhece-se a forma como estas competências se articulam no quotidiano da prática, sustentando a gestão clínica e operacional em enfermagem.

Durante o ENP, acompanhei de forma próxima o enfermeiro diretor técnico e a enfermeira responsável da UCP, com observação direta e participação progressiva em atividades de gestão, nomeadamente na organização dos recursos humanos, gestão de escalas, supervisão de consumos clínicos e farmacêuticos, previsão de vagas, planeamento de missões e apoio à coordenação da equipa interdisciplinar. Este envolvimento permitiu desenvolver uma visão mais abrangente da gestão de cuidados, compreendendo o impacto direto das decisões organizacionais na continuidade, segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação paliativa.

A enfermeira responsável, que acumulava também a função de responsável de turno, assumia um papel central na assessoria à equipa e na resolução de problemas assistenciais e organizacionais. Nos períodos em que esta profissional não se encontrava presente, a responsabilidade recaía sobre um enfermeiro especialista ou, na sua ausência,

sobre o profissional mais experiente, assegurando a continuidade da liderança e a coerência das práticas. Esta dinâmica reforçou a percepção de que a liderança em enfermagem é um processo partilhado, sustentado na competência, na experiência e na confiança da equipa.

A vivência destes contextos possibilitou reconhecer o enfermeiro gestor como um elo integrador entre a direção técnica, a equipa e os utentes, desempenhando um papel determinante na articulação das diferentes dimensões do cuidado e na promoção de um ambiente terapêutico, colaborativo e seguro. Considero que esta experiência foi essencial para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura enfermeira especialista, nomeadamente no que respeita à tomada de decisão, à comunicação e à liderança em contextos de elevada complexidade.

A formação profissional contínua emergiu, ao longo do estágio, como uma vertente indissociável da gestão de cuidados e como uma obrigação ética e deontológica do enfermeiro. O Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015) estabelece que a formação contínua constitui um dever profissional e um instrumento de valorização da profissão, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados. O Regulamento n.º 140/2019 reforça este papel, atribuindo ao enfermeiro especialista a responsabilidade de atuar como facilitador de processos de aprendizagem e promotor da reflexão crítica sobre a prática.

Na UCP, o enfermeiro diretor técnico, enquanto responsável pela formação, mantinha um plano formativo alinhado com a missão, valores e objetivos da instituição. Observou-se uma atitude globalmente recetiva por parte da equipa, com participação ativa em ações de formação interna, beneficiando de dispensa parcial de horário, o que promovia o envolvimento e o desenvolvimento profissional. Ainda assim, no diagnóstico de necessidades formativas realizado durante o ENP, identificou-se que uma parte da equipa interdisciplinar não possuía formação específica em CP, o que poderia constituir um fator limitador à qualidade dos cuidados prestados.

Perante esta realidade, a organização e implementação de um Curso Básico de Cuidados Paliativos revelou-se uma intervenção estratégica no âmbito da gestão e da formação. O curso, com a duração de 25 horas, decorreu entre 20 de junho e 5 de julho de 2022, tendo sido estruturado em quatro módulos, de acordo com as áreas prioritárias identificadas.

Assumiu-se a responsabilidade pela lecionação do Módulo 4 – Gestão de Sintomas em Cuidados Paliativos, centrado nos sintomas digestivos e nas questões relacionadas com alimentação e hidratação em fim de vida.

Esta experiência permitiu desenvolver competências pedagógicas, comunicacionais e de liderança, ao mesmo tempo que reforçou o conhecimento científico e a capacidade de transmitir conteúdos complexos de forma clara e fundamentada. A metodologia utilizada, combinando abordagem expositiva, demonstrativa e interrogativa, promoveu o envolvimento dos formandos e a reflexão crítica sobre a prática clínica. (Apêndice)

A avaliação de satisfação, realizada através de questionário, evidenciou resultados maioritariamente muito bons, tendo sido identificadas sugestões de melhoria relacionadas com a metodologia e o horário da formação, realizado em período pós-laboral. Este feedback constituiu uma oportunidade de aprendizagem, permitindo-me reconhecer a importância da avaliação contínua e do ajustamento das estratégias formativas às necessidades e constrangimentos dos profissionais.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (p. 4749), o enfermeiro especialista “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação”. À luz deste enquadramento, considera-se que a experiência enquanto formadora contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento das competências profissionais, reforçando o compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e com a valorização da prática baseada na evidência científica.

3.2.3. Competências no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A prática de enfermagem baseada na evidência constitui um dos pilares fundamentais da profissão de enfermagem, assumindo-se como uma abordagem estruturada, segura e eticamente responsável para a tomada de decisão clínica. Esta prática resulta da integração do melhor conhecimento científico disponível, da experiência clínica do enfermeiro e dos valores, crenças e preferências da pessoa e da sua família (Pereira, Cardoso & Martins, 2012).

No contexto dos CP, onde as decisões clínicas envolvem frequentemente elevada complexidade técnica, emocional e ética, a prática de enfermagem baseada na evidência revelou-se um instrumento essencial de suporte à prática clínica e à tomada de decisão consciente. Ao longo do ENP, a aplicação da prática de enfermagem baseada na evidência foi progressivamente integrada no quotidiano profissional, permitindo sustentar as intervenções de enfermagem em fundamentos científicos sólidos e atualizados.

No entanto, este processo não foi linear. Em diversas situações, sentiu-se a tensão entre o conhecimento teórico e a realidade concreta do cuidar, particularmente quando as recomendações científicas necessitavam de ser adaptadas à singularidade da pessoa, à sua história de vida e às suas preferências. Esta vivência levou-me a compreender que a prática de enfermagem baseada na evidência não se traduz numa aplicação rígida de guidelines, mas numa prática reflexiva e contextualizada, onde o julgamento clínico e a sensibilidade humana assumem um papel determinante.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, uma das competências fundamentais do enfermeiro especialista consiste no autoconhecimento, entendido como a capacidade de reconhecer as próprias competências, limitações, valores pessoais e reações emocionais, bem como o impacto que estes exercem na relação terapêutica e no trabalho em equipa. Durante o ENP, este processo de autoconhecimento assumiu especial relevância, uma vez que o contacto continuado com a pessoa em situação paliativa e com a sua família me confrontou com a finitude, o sofrimento e a perda, exigindo um posicionamento profissional consciente, ético e emocionalmente equilibrado.

Ao longo do estágio, reconheceram-se momentos de insegurança, dúvida e vulnerabilidade, sobretudo perante situações de sofrimento intenso, tomada de decisões complexas ou comunicação de más notícias. Estas experiências levaram-me a refletir profundamente sobre os meus limites pessoais e profissionais, bem como sobre a importância de desenvolver estratégias de autocuidado e de suporte emocional, essenciais para uma prática sustentável em CP. Compreendi que reconhecer limites não fragiliza o exercício profissional, mas constitui um passo fundamental para o crescimento e para a prática responsável. O desenvolvimento das aprendizagens profissionais configurou-se, assim, como um processo dinâmico e contínuo, resultante da integração entre o saber teórico, a experiência prática e a reflexão crítica sobre a ação. A consolidação destas

aprendizagens revelou-se essencial para o exercício autónomo e competente da enfermagem especializada, permitindo-me evoluir de uma prática mais dependente da orientação para uma atuação progressivamente mais segura, fundamentada e consciente das suas implicações éticas.

Durante o ENP, todas as atividades desenvolvidas foram orientadas para o aprofundamento de competências técnicas, científicas e relacionais necessárias à prestação de cuidados especializados à pessoa em situação paliativa. A participação ativa nos domínios da gestão de cuidados, da formação, da melhoria contínua da qualidade e da responsabilidade ética e legal contribuiu de forma significativa para o meu desenvolvimento profissional, permitindo-me compreender a prática do enfermeiro especialista de forma integrada e sistémica. A articulação entre a prática clínica e os conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Paliativa revelou-se fundamental para sustentar a tomada de decisão clínica. Em várias situações, recorri aos conteúdos teóricos como suporte à análise das situações vivenciadas, o que permitiu intervir de forma mais segura e consciente. Paralelamente, o desenvolvimento do trabalho de investigação e a experiência enquanto formadora no Curso Básico de Cuidados Paliativos estimularam o pensamento crítico e científico, desafiando o questionamento da prática e a fundamentar as intervenções. Estas experiências possibilitaram a consolidação de saberes multidimensionais, promovendo a capacidade de integrar teoria e prática e de atuar de forma fundamentada e humanizada junto da pessoa e da família.

Progressivamente, foi sendo adquirida uma maior confiança na tomada de decisão clínica, reconhecendo a importância da reflexão crítica como ferramenta essencial de aprendizagem e melhoria contínua. A reflexão crítica constituiu uma dimensão transversal a todo o percurso formativo. De forma sistemática, realizei registos reflexivos sobre as situações vivenciadas, analisando não apenas as respostas da pessoa e da família, mas também as minhas próprias reações, decisões e emoções. Esta prática permitiu identificar fragilidades, reconhecer conquistas e delinear estratégias de desenvolvimento pessoal e profissional. Compreendi que refletir sobre a prática é um exercício exigente, mas essencial para a construção de uma identidade profissional sólida e consciente.

A aprendizagem experiencial, aliada à evidência científica e à interação com a equipa interdisciplinar, revelou-se determinante na transformação do conhecimento teórico em saberes significativos e contextualizados. O contacto com profissionais experientes permitiu-me aprender não apenas através da observação, mas também da partilha de experiências, do questionamento e da reflexão conjunta, reforçando a importância do trabalho em equipa como espaço privilegiado de aprendizagem. Deste modo, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais reflete o compromisso do enfermeiro especialista com a excelência, a atualização científica e a melhoria contínua do exercício profissional.

O percurso desenvolvido no ENP constituiu um momento decisivo de crescimento pessoal e profissional, marcado pela consolidação de competências avançadas, pelo aprofundamento do autoconhecimento e pela construção de uma prática mais consciente, ética e humanizada. Este processo traduziu-se no fortalecimento da minha identidade profissional enquanto enfermeira especialista em EMCEPSP, na consolidação da autonomia e na aquisição de competências que considero essenciais para uma prática centrada na pessoa, sensível à sua singularidade e orientada para a dignidade no fim de vida. Reconheço este percurso como um marco fundamental no meu desenvolvimento enquanto profissional de enfermagem, comprometida com a qualidade dos cuidados e com a humanização do cuidar.

CONCLUSÃO GERAL

A experiência vivenciada durante o ENP na UCP, constituiu um marco determinante no processo de formação enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Paliativa. Este percurso possibilitou o aprofundamento integrado de competências técnico-científicas, relacionais e reflexivas, promovendo uma compreensão mais sólida da essência dos CP, alicerçada em princípios humanistas, éticos e científicos.

A prática clínica cotidiana na UCP permitiu vivenciar de forma concreta os pilares estruturantes dos CP, nomeadamente a gestão complexa de sintomas, a comunicação terapêutica, o apoio à família, o acompanhamento do processo de luto e o trabalho interdisciplinar. Estes elementos, revelaram-se fundamentais para assegurar uma resposta holística e centrada na pessoa em fim de vida e no seu sistema de suporte. Esta experiência reforçou a compreensão de que o cuidado de qualidade transcende a execução técnica de procedimentos, integrando uma abordagem humanizada que reconhece e valoriza a singularidade da experiência vivida pela pessoa doente e pela sua família.

A integração na equipa interdisciplinar constituiu um espaço privilegiado de aprendizagem colaborativa, no qual a partilha de saberes, a discussão de casos e a reflexão conjunta sobre estratégias terapêuticas favoreceram processos de decisão mais coerentes, consistentes e centrados na pessoa. Paralelamente, a organização de um curso básico de CP possibilitou o desenvolvimento de competências no domínio da liderança educativa, evidenciando a relevância da promoção de práticas baseadas na evidência científica e a necessidade de colmatar lacunas formativas nesta área. Esta necessidade encontra respaldo na literatura, que sublinha a importância da formação especializada em CP para a melhoria da qualidade da comunicação e do cuidado prestado (Ferreira et al., 2024).

No plano profissional e pessoal, esta experiência contribuiu significativamente para o fortalecimento da identidade enquanto futura enfermeira especialista, consolidando atributos essenciais como a resiliência, a capacidade de análise crítica e a tomada de decisão fundamentada em evidência científica. Observou-se um crescimento expressivo na capacidade de gerir situações complexas, de articular conhecimentos técnicos com valores humanistas e de intervir com maior consciência ética. Compreendeu-se que a humanização do cuidado constitui simultaneamente uma competência técnica e uma

atitude profissional, expressa através da atenção aos detalhes, do respeito pelas preferências da pessoa e da sensibilidade para responder às suas necessidades singulares.

A reflexão crítica sobre os desafios vivenciados ao longo do ENP evidenciou igualmente a relevância do enfermeiro enquanto líder clínico e agente de mudança no contexto dos CP. A literatura científica enfatiza o papel central do enfermeiro na comunicação sobre metas de cuidado e planos antecipados, reconhecendo-o como profissional privilegiado na discussão de preferências, valores e expectativas da pessoa doente e da sua família, bem como na construção de planos de cuidados individualizados e centrados no doente. Esta perspetiva reforça a motivação para o desenvolvimento contínuo de competências nesta área e para a promoção de uma cultura organizacional que valorize a comunicação estruturada, empática e centrada na pessoa.

Por sua vez, a experiência do ENP confirmou a necessidade de continuidade na investigação aplicada em CP, nomeadamente no estudo de intervenções de enfermagem que promovam ganhos em saúde, melhoria dos resultados clínicos e maior satisfação da pessoa doente e da família. Do mesmo modo, destaca-se a pertinência de modelos educativos inovadores que reforcem a competência clínica, comunicacional e ética dos profissionais. A integração da investigação na prática clínica constitui um instrumento fundamental para a otimização dos cuidados e para a produção de conhecimento que sustente e legitime a prática especializada, contribuindo para a evolução do campo dos CP.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio permitiram o contacto com uma diversidade de situações de elevada complexidade, nas quais as competências adquiridas se revelaram determinantes, promovendo a adaptação de comportamentos profissionais e a transformação da prática numa perspetiva construtiva e crítico-reflexiva. Este processo traduziu-se na prestação de cuidados mais diferenciados, avançados e adequados às necessidades reais das pessoas assistidas.

Ao longo de todo o ENP, procurou-se maximizar a experiência formativa através da consulta sistemática de evidência científica atualizada e da sua aplicação sustentada na prática clínica. A reflexão crítica e a discussão de casos constituíram uma constante, permitindo aprofundar a interpretação das situações e melhorar a capacidade de resolução

de problemas complexos. Este investimento refletiu-se na implementação de intervenções mais ajustadas às necessidades da pessoa doente e da sua família.

O ENP possibilitou ainda, o desenvolvimento de competências específicas e comuns definidas para o enfermeiro especialista em EMCEPSP. Em todas as dimensões formativas, as atividades realizadas convergiram para a promoção de cuidados de qualidade, orientados pela melhoria contínua, pela segurança e pela resposta efetiva às necessidades da pessoa doente e da sua família. Destaca-se a consolidação de competências associadas aos quatro pilares dos CP: controlo sintomático, apoio à família, comunicação eficaz e trabalho em equipa. Foi possível aprender a reconhecer, avaliar e intervir de forma adequada perante os sintomas emergentes, com impacto direto no bem-estar da pessoa doente e dos seus cuidadores; integrar a família como objeto e parceira de cuidados; utilizar estratégias de comunicação terapêutica eficaz; e articular intervenções com os diferentes elementos da equipa interdisciplinar, promovendo um propósito comum e uma intervenção integrada.

No domínio da investigação, a realização do estudo intitulado “Intervenções de enfermagem na gestão alimentar da pessoa em fim de vida em CP: uma Scoping Review” constituiu uma experiência de elevada relevância formativa, permitindo o desenvolvimento de competências no âmbito metodológico e analítico, e capacitando para responder a futuras problemáticas emergentes da prática clínica ou da sua organização. As intervenções de enfermagem na gestão alimentar da pessoa em fim de vida em CP desempenham um papel central na promoção do conforto, da dignidade e do bem-estar, permitindo adequar a alimentação às necessidades, preferências e limitações de cada indivíduo e família. Durante o ENP, a prática direta destas intervenções possibilitou avaliar e planear estratégias nutricionais individualizadas, acompanhar a tolerância e a resposta do doente à alimentação e fornecer orientação aos familiares, consolidando competências clínicas e éticas essenciais. Este contacto prático fortaleceu a capacidade de comunicação, o julgamento profissional e a tomada de decisões centradas no doente e famílias, destacando a importância da gestão alimentar como componente vital do cuidado integral ao final da vida.

Na elaboração do presente relatório de estágio, procurou-se integrar as dimensões pessoais e profissionais, articulando os conhecimentos teóricos, as aprendizagens práticas

e as competências desenvolvidas ao longo do percurso académico e do ENP. Este documento assume-se, assim, como um exercício de pensamento crítico e reflexivo, destinado a evidenciar o percurso formativo realizado e as mais-valias dele decorrentes.

Deste modo, considera-se que a avaliação global do ENP é francamente positiva, traduzindo-se num incremento significativo do *saber estar* e do *saber ser* enquanto enfermeira especialista em EMCEPSP. As dificuldades e limitações vivenciadas foram transformadas em oportunidades de aprendizagem e de amadurecimento profissional, contribuindo para uma prática mais fundamentada, organizada e crítica. Destacou-se, como desafio relevante, a necessidade de conciliação entre a vida pessoal, familiar, profissional e académica.

O apoio recebido por parte da equipa de enfermagem, dos colegas de estágio e da orientadora revelou-se determinante para o desenvolvimento de competências especializadas, sustentadas pelo empenho, resiliência e dedicação contínuos, essenciais à excelência do cuidar. As competências adquiridas nesta formação especializada constituem os alicerces para um percurso de aperfeiçoamento permanente e para a construção de uma enfermagem que cuida, respeita e dignifica a pessoa doente na sua totalidade.

Em síntese, este percurso formativo consolidou a formação académica e profissional, fortalecendo a prática ética e clínica e preparando para o exercício enquanto enfermeira especialista com rigor técnico, sensibilidade humana e compromisso com a dignidade da pessoa e da sua família até ao término natural da vida.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, T. S., Ramos, A. R., & Charepe, Z. (2019). Alimentação na pessoa em fim de vida: análise de conceito [Feeding in the end-of-life person: Concept analysis]. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 42–49. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5282>
- Almeida, M., Costa, M., & Lopes, P. (2014). A presença da família em cuidados paliativos: Perspetiva da equipa interdisciplinar. *Revista Portuguesa de Enfermagem Oncológica*, 18(3), 44–51.
- Almeida, M., & Garcia, A. (2015). A comunicação terapêutica em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Enfermagem Oncológica*, 21(2), 45–52.
- Alves, M. L. G. (2013). Cuidados de enfermagem na alimentação da pessoa em fim de vida: Perspetivas de familiares e profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 918–924. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600006>
- Alves, P. V. (2013). Intervenção do enfermeiro que cuida da pessoa em fim de vida com alterações do comer e beber. *Pensar Enfermagem*, 17(1).
- Amendoeira, J. (2022). Revisão sistemática de literatura: A scoping review. Repositório.
- Amoros, B. (2011). Musicoterapia en el paciente oncológico. *Cultura de los cuidados*, 29.
- Andrade, A., Costa, M., & Lopes, M. (2013). Comunicação eficaz entre enfermeiro e família em contexto de fim de vida. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(9), 91–100.
- Arantes, A. (2019). *A morte é um dia que vale a pena viver*. Editora Sextante.
- Araújo, M. M. T. (2006). Quando uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento: Necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos [Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo]. Repositório da Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/D.7.2006.tde-02102006-144115>

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JB I Manual for Evidence Synthesis*. <https://synthesismanual.jbi.global>

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). (2012). Equipas de cuidados paliativos. <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/equipasdecuidadospaliativos.html>

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. (2022). Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 46(1), 12–41. <https://doi.org/10.1002/jpen.2267>

Azevedo, M. (2010). *Cuidados paliativos: Conceitos e práticas clínicas*. Lidel.

Baracos, V. E., Coats, A. J., Anker, S. D., Sherman, L., Klompenhouwer, T., International Advisory Board, & Regional Advisory Boards for North America, Europe, and Japan. (2022). Identification and management of cancer cachexia in patients: Assessment of healthcare providers' knowledge and practice gaps. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 13(6), 2683–2696.

Barbosa, A. (2016a). *Ética e decisão clínica em cuidados paliativos*. Lidel.

Barbosa, A. (2016b). *Ética e decisão clínica em cuidados paliativos*. Lidel.

Barbosa, A., & Neto, I. G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Batu, Z., Yılmaz, M., & Acaroğlu, R. (2024). Enhancing nutritional care in palliative care units: Assessing nurses' knowledge and quality perception in enteral nutrition practices. *BMC Nursing*, 23, 112.

Beauchamp, T., & Childress, J. (1999). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). Oxford University Press.

Berbée, C., Danel, M., Filbet, M., & Guirimand, F. (2024). Parenteral nutrition in palliative care: A single-centre observational study. *Palliative & Supportive Care*, 22(1), 45–52.

Bernardo, A., Rosado, A., & Salazar, A. (2016). Trabalho em equipa em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 3(2), 45–52.

Bloomer, M. J., Endacott, R., O'Connor, M., & Cross, W. (2013). Bereaved relatives' perspectives of the patient's oral intake towards the end of life: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 27(2), 117–123. <https://doi.org/10.1177/0269216312457416>

Bloomer, M., & Walshe, C. (2021). Communication in palliative care during COVID-19: Barriers and adaptations. *Palliative Medicine*, 35(7), 1235–1243.

Braga, E., Ferracioli, K., Carvalho, R., & Figueiredo, G. (2010). Cuidados paliativos: A enfermagem e o doente terminal. *Investigação*, 10(1), 26–31.

Buckman, R. (2005). Breaking bad news: The SPIKES strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138–142.

Buckman, R. (2005). *How to break bad news: A guide for health care professionals*. Johns Hopkins University Press.

Capelas, M. L., Coelho, P., & et al. (2020). Cobertura e caracterização das equipas e profissionais das equipas de cuidados paliativos. In *OPCP, Relatório Outono 2019* (pp. 4–43). Lisboa: Universidade Católica Editora. <https://doi.org/10.34632/9789725407158.1>

Cardoso, A., Bernardo, A., Carvalho, C., Fradique, E., Gonçalves, F., & Pires, M. (2007). *Proposta de revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2008–2016)*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Carvalho, M., & Lucas, M. (2020). Liderança e gestão em enfermagem: desafios da prática clínica contemporânea. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 6(2), 45–58.

Cerqueira, M. (2010). A família em cuidados paliativos: Perspetivas da enfermagem. Lidel.

Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: The A, B, C, and D of dignity-conserving care. *BMJ*, 335(7612), 184–187. <https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650926.47>

Clayton, J. M., Hancock, K., Parker, S., Butow, P. N., Walder, S., Carrick, S., ... Tattersall, M. H. N. (2007). Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families. *Journal of Clinical Oncology*, 26(15), 228–235. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.13.0829>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). Normas e orientações para a prática clínica em cuidados paliativos. Ministério da Saúde.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos.

Coetzee, B., Nel, D. G., & Visser, J. (2025). Healthcare professionals' knowledge, attitudes and practices toward providing artificial nutrition and hydration for patients with terminal cancer. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jhn.70060>

Correia, M. M. (2016). Satisfação profissional dos enfermeiros [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Aberto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18161/1/manuela%20veloso%2028%20%281%29.pdf>

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (5th ed.). Sage Publications.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho de 2006. (2006). *Diário da República*, I Série A, nº 109, 3856–3865.

Deodato, S. (2014). Justiça e ética na decisão em saúde. *Revista Portuguesa de Bioética*, 11(3), 33–42.

Deodato, S. (2015). A beneficência e a decisão moral em saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), 45–53.

Deodato, S. (2020). *Ética e deliberação em enfermagem: Princípios e prática reflexiva*. Coimbra: Universidade Católica Editora.

Direcção-Geral da Saúde. (2004). Circular normativa n.º 14 - Programa Nacional de Cuidados Paliativos. [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)

Duarte, S., & Santos, M. (2022). Decisão ética em cuidados paliativos: A nutrição artificial em fim de vida. *Revista Portuguesa de Bioética / Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*.

Dziedzic, K. L., & Albert, R. H. (2021). Management of Intractable Symptoms in Oncologic Care. *Current oncology reports*, 23(8), 93. <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01082-2>

Eglseer, D., Halfens, R. J. G., & Schols, J. M. G. A. (2024). Malnutrition management and the application of medical nutrition therapy in end-of-life patients: A narrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 33(3–4), 1120–1129. <https://doi.org/10.1111/jocn.169xx>

European Association for Palliative Care. (2014). *White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care*.

European Society for Medical Oncology (ESMO). (2021). *Clinical Practice Guidelines for Palliative Care*.

Farrer, K. (2023). Nutritional support in palliative care. *Nutrition Research Reviews*, 36(1), 90–101. <https://doi.org/10.1017/S0954422422000xxx>

Fearon, K. C. H., Strasser, F., Anker, S. D., Bosaeus, I., Bruera, E., Fainsinger, R. L., Jatoi, A., Loprinzi, C., MacDonald, N., Mantovani, G., Davis, M., Muscaritoli, M., Ottery, F., Radbruch, L., Ravasco, P., Walsh, D., Wilcock, A., Kaasa, S., & Baracos, V. E. (2011). Definition and classification of cancer cachexia: An international consensus. *The Lancet Oncology*, 12(5), 489–495. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(10\)70218-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70218-7)

Fernandes, M. (2016). A comunicação terapêutica na relação enfermeiro–família em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(9), 71–80.

Ferreira, D., Matos, A., & Borges, R. (2014). Desafios da família em fim de vida: Uma abordagem interdisciplinar. *Revista de Cuidados Paliativos*, 1(2), 33–41.

Ferreira, A. C. da S., Alvarenga, M. I. F., & Rego, M. F. M. P. da S. (2024). Conspiração do Silêncio nos Cuidados Paliativos Oncológicos: Perspectivas e Estratégias da Equipe de Saúde. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 70(1), e–214543. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n1.4543>

Ferrell, B., & Coyle, N. (2010). *Oxford textbook of palliative nursing* (3rd ed.). Oxford University Press.

Ferrell, B., Co, N., & Rosa, W. E. (2024). Nutrition in advanced disease and end of life cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 41(1), Article 151793. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151793>

Figueiredo, M. (2011). *Dinâmica familiar e doença crônica*. Coimbra Editora.

Fitch, M. (2006). Necessidades emocionais de pacientes e cuidadores em cuidados paliativos. In C. Pimenta, D. Mota, & D. Cruz (Eds.), *Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia* (pp. xx–xx). São Paulo, Brasil: Manole.

Forte, D., & Delponte, V. (2010). Cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. In F. S. Santos (Ed.), *Cuidados paliativos: Diretrizes, humanização e alívio dos sintomas* (pp. xx–xx). Atheneu, Rio de Janeiro: Brasil.

Galriça Neto, I. (2016a). *Cuidados paliativos: Saber cuidar*. Lidel.

Gask, L. (2000). A patient-centred approach to communication. *BMJ*, 320(7234), 772–775.

Gask, L. (2000). Communication in palliative care (as cited in Querido, Salazar, & Neto, 2010).

Gillespie, L., & Raftery, A. M. (2014). Nutrition in palliative and end-of-life care. *British Journal of Community Nursing, Suppl*, S15–S20. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.Sup7.S15>

Goleman, D. (2012). *Inteligência emocional*. Temas e Debates.

Hampton, T., Crunkhorn, R., Lowe, N., & Harrison, S. (2020). The impact of PPE on communication in healthcare. *BMJ Open Quality*, 9(4),

Hanson, L. C., Ersek, M., Lin, F. C., & Carey, T. S. (2013). Outcomes of feeding problems in advanced dementia in a nursing home population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(10), 1692–1697.

Hirakawa, Y., Chiang, C., Muraya, T., Andoh, N., & Aoyama, A. (2020). Ethical challenges in end-of-life decision-making: Perspectives of multidisciplinary teams. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00628-3>

Hospice & Palliative Nurses Association. (2023). Position statement: Medically administered nutrition and hydration. <https://advancingexpertcare.org>

Hanson, L. C., Ersek, M., Lin, F. C., & Carey, T. S. (2013). Outcomes of feeding problems in advanced dementia in a nursing home population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(10), 1692–1697.

Hui, D., et al. (2018). Concepts and definitions for “Palliative Care Specialist” and “Generalist”.

Joanna Briggs Institute. (2013). JBI Levels of evidence. JBI. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

KNMG – Royal Dutch Medical Association. (2024). Caring for people who stop eating and drinking to hasten the end of life. <https://www.knmg.nl>

Koffman, J., Yorganci, E., Murtagh, F., Yi, D., Gao, W., Barclay, S., Pickles, A., Higginson, I., Johnson, H., Wilson, R., Bailey, S., Ewart, C., & Evans, C. (2019). The AMBER care

bundle for hospital inpatients with uncertain recovery nearing the end of life: The ImproveCare feasibility cluster RCT. *Health Technology Assessment*, 23(55), 1–150. <https://doi.org/10.3310/hta23550>

Kovács, M. J. (2006). Comunicação em cuidados paliativos. In C. Pimenta, D. Mota, & D. Cruz (Eds.), *Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia* (pp. xx–xx). São Paulo, Brasil: Manole.

Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro de 2012. (2012). Lei de bases dos cuidados paliativos. *Diário da República*, 1ª série, nº 172, 5119–5124.

Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Código Deontológico do Enfermeiro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 179.

Lythell, C., Schaller, A. S., Jaarsma, T., & Friedrichsen, M. (2024). Nurses' perception of thirst in patients within palliative home care: A qualitative study. *BMC Nursing*, 23, Artigo 516. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01985-y>

Machado, M. C., Couceiro, L., Alves, I., Almendra, R., & Cortes, M. (2011). *A morte e o morrer em Portugal*. Coimbra, Portugal: Almedina.

Marques, A., Golçalves, E., Salazar, H., Neto, I., Capelas, M., Tavares, M., et al. (2009, outubro). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*, 32–38.

Matos, A., & Borges, R. (2018). Apoio à família em cuidados paliativos: Desafios e estratégias de intervenção. *Revista de Enfermagem Paliativa*, 3(1), 15–26.

Monteiro, A., Silva, M., Rodrigues, P., & Sousa, L. (2021). Reuniões clínicas como dispositivo organizador do trabalho em equipa. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 101–110.

Moritz, R. (2005). Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética*, 13(2), 51–63.

Moura, R. B. B. de, Barbosa, J. M., Gonçalves, M. C. R., Lima, A. M. C., Mélo, C. B., & Piagge, C. S. L. D. (2021). Intervenções nutricionais para idosos em cuidados paliativos: Uma revisão de escopo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 24(5), e220063. <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.220063.pt>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Nutrition support for adults: Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (Clinical guideline CG32). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32>

Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Investigação em enfermagem: Teoria e prática*. Lidel — Enfermagem.

Neto, I. (2003a). A comunicação com o doente e família em fase terminal. *Revista Portuguesa de Enfermagem Oncológica*, 9(2), 31–38.

Neto, I. G. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed., pp. xx–xx). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. G. (2010). Agonia. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed., pp. xx–xx). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. (2016). *Família e doença: Encontros e desafios em cuidados paliativos*. Lidel.

Neto, I. G. (2020). *Cuidados paliativos: Princípios e prática* (2.ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Nunes, R. (2008). *Bioética: Princípios e fundamentos*. Porto Editora

Nunes, R., Amaral, M., & Gonçalves, J. (2005). Ética e justiça na prática clínica. *Revista Portuguesa de Bioética*, 4(1), 63–70.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código deontológico do enfermeiro. OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem. OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica – Área da pessoa em situação paliativa. OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018, de 14 de junho – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Diário da República, 2.ª série, n.º 113.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 15 de fevereiro – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 33.

Pala, C., Gamondi, C., Eychmuller, S., Herrmann, F., & Pautex, S. (2025). The use of artificial nutrition at the end-of-life: A cross-sectional survey exploring the beliefs and decision-making among physicians and nurses. *Supportive Care in Cancer*, 33, Artigo 287. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09310-2>

PEDCP. (2023). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2023. Ministério da Saúde.

Pereira, A., Costa, M., Silva, R., & Andrade, F. (2021). Apoio emocional à família em cuidados paliativos: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), e20200716.

Pereira, C. (2008). Bioética e cuidados de saúde. Coimbra: Almedina.

Pereira, C. (2010). Processo de tomada de decisão em enfermagem. Lidel.

Pereira, F., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Prática de enfermagem baseada na evidência: fundamentos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 161–170.

Pereira, S. M., & Lopes, M. J. (2019). Comunicação terapêutica em cuidados paliativos: desafios para a prática de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(21), 145–154. <https://doi.org/10.12707/RIV19027>

Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista Bioética*, 10(2). https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/214

Pessini, L. (2006). Bioética e cuidados paliativos: Alguns desafios do cotidiano aos grandes dilemas. In C. Pimenta, D. Mota, & D. Cruz (Eds.), *Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia* (pp. xx–xx). São Paulo, Brasil: Manole.

Pessini, L., & Bertachini, L. (2005). Novas perspectivas em cuidados paliativos: Ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*, 28(3), 491–509.

Pimenta, C., Mota, D., & Cruz, D. (Eds.). (2006). *Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia*. São Paulo, Brasil: Manole.

Pinho-Reis, C. (2015). A alimentação em cuidados paliativos: Significados, decisões e práticas [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa].

Pinho-Reis, C., & Capelas, M. (2025). Refusal of oral feeding and nutrition or a way to speed up dying: Voluntary stopping of eating and drinking. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 18, 1–14. <https://doi.org/10.14422/rib.i18.y2025.xxx>

Pinho-Reis, C., Coelho, A., & Capelas, M. L. (2017). Da alimentação oral à nutrição artificial em cuidados paliativos: Perspetivas dos cuidadores. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15), 87–96.

Pinho Reis, & Coelho. (2014). Significado da alimentação em cuidados paliativos. *Revista Cuidados Paliativos*, 1(2), 14–22.

Pinto, P. V. (1999). *Saúde para todos: Desafios para uma ação pastoral*. Apelação, Portugal: Paulus.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Pollock, D., Davies, E. L., Peters, M. D. J., Tricco, A. C., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., Khalil, H., & Munn, Z. (2021). Undertaking a scoping review: A practical guide for nursing and midwifery students, clinicians, researchers, and academics. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 2102–2113. <https://doi.org/10.1111/jan.14743>

Pulga, V., Martins, A., & Costa, M. (2019). Configurações de equipas em cuidados paliativos: Composição e competências. *Acta Médica Portuguesa*, 32(9), 654–661.

Querido, A., Salazar, A., & Neto, I. (2010). A comunicação em cuidados paliativos: Reflexões teórico-práticas. *Revista Portuguesa de Enfermagem Oncológica*, 16(3), 459–466.

Querido, A., Salazar, A., & Neto, I. (2016). Comunicação e empatia em contextos paliativos. *Revista de Cuidados Paliativos*, 2(1), 33–40.

Querido, A., Salazar, H., Neto, I. G. (2010). Comunicação. Em Barbosa, A., Neto, I. G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*, (2ª ed.), Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Radbruch, L., et al. (2009). European Association for Palliative Care Recommendations.

Regulamento n.º 429/2018, de 14 de junho. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 113,

Regulamento n.º 140/2019, de 15 de fevereiro. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 33.

Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica. Afrontamento*

Resende, A. R. P. (2019). Alimentar no final de vida: Transição do familiar cuidador para a recusa alimentar [Tese de mestrado, Universidade Aberta].

<https://hdl.handle.net/10400.2/1430>

Rocha, E., & Trevizan, M. (2009). Quality management at a hospital's nursing service. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 240–245.

Rodrigues, I. G. (2004). Cuidados paliativos: Análise do conceito [Tese de mestrado, Universidade de São Paulo, Escola Superior de Enfermagem de Ribeirão Preto].

Sánchez-Sánchez, E., García-López, M., Díaz-García, C., & Pérez-García, A. (2021). Enteral nutrition by nasogastric tube in adult patients under palliative care: A systematic review. *Nutrients*, 13(5), 1562. <https://doi.org/10.3390/nu13051562>

Sánchez-Sánchez, E., Ramírez-Vargas, G., Peinado-Canas, A., Martín-Estrada, F., Díaz-Jimenez, J., & Ordonez, F. J. (2021). Nurse and nursing students' opinions and perceptions of enteral nutrition by nasogastric tube in palliative care. *Nutrients*, 13(2), 402. <https://doi.org/10.3390/nu13020402>

Sand, L., Strang, P., & Sjogren, B. (2013). Feeding the family at the end of life: An ethnographic study on the role of food and eating practices for families facing death in Portugal. *Journal of Palliative Care*, 29(3), 166–173.

<https://doi.org/10.1177/0825859713484832>

Santana, J., Campos, A., Barbosa, B., Baldessari, C., Paula, K., Rezende, M., & Dutra, B. (2009). Cuidados paliativos aos pacientes terminais: Percepção da equipe de enfermagem. *Bioethikos*, 3(1), 77–86. <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>

Santos, F. S. (2010). *Cuidados paliativos, diretrizes, humanização e alívio dos sintomas*. Atheneu, Rio de Janeiro: Brasil.

Silva, M. J. P. da, & Araújo, M. M. T. de. (2012). Comunicação em cuidados paliativos. In R. T. Carvalho & H. A. Parsons (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed., pp. 75–85). Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

Silva, R., & Araújo, L. (2009). A escuta terapêutica no cuidar em fim de vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 735–742.

Smith, T. J., Cassel, J. B., & Meier, D. E. (2011). Hydration and nutrition at the end of life: Emotional impact, perceptions, and decision making among patients, family, and health care staff: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(6), 892–902. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.008>

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (s.d.). Historia de los cuidados paliativos & el movimiento hospice. <http://www.secpal.com/presentacion/MovHospice.pdf>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

Twycross, R. (2003b). *Introducing palliative care* (4th ed.). Radcliffe Medical Press

van der Riet, P., Good, P., Higgins, I., & Sneesby, L. (2008). Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(3), 145–151. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2008.14.3.28895>

WeCare Saúde Mutivaze. (2011). Plano estratégico de formação interna. WeCare Saúde.

World Health Organization (WHO). Palliative care [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Health Organization. (2020). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240009283>

Wallin, V., Mattsson, E., Omerov, P., & Klarare, A. (2022). Caring for patients with eating deficiencies in palliative care—Registered nurses' experiences: A qualitative study.

Journal of Clinical Nursing, 31(21–22), 3165–3177. <https://doi.org/10.1111/jocn.16149>

WeCare Saúde Mutivaze. (2011). Plano estratégico de formação interna. WeCare Saúde.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*.

World Health Organization (WHO). (2020). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Health Organization. (2020). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240009283>

APÊNDICES

**APENDICE 1 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA FORMAL DO DIRETOR TÉCNICO DA UNIDADE
PARA IMPLEMENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES**

Exmo.º Sr.º Enfermeiro João Castro,

Somos um grupo de enfermeiros a frequentar o I Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Nesse sentido, insere-se no nosso plano curricular um estágio de natureza profissional que nos encontramos a realizar na WeCare Saúde. O nosso objectivo actual prende-se com a elaboração de um diagnóstico de situação que nos permita identificar as problemáticas e necessidades na área de gestão e formação.

Por conseguinte, vimos, por este meio, solicitar a sua colaboração no nosso projeto, proporcionando acesso à listagem de profissionais e contactos de email (enfermeiros e assistentes operacionais) para aplicação de um questionário.

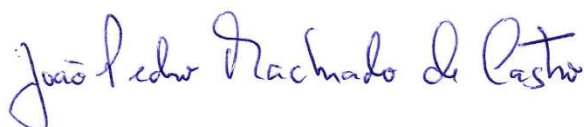
Desde já asseguramos que a finalidade deste diagnóstico de saúde visa unicamente uma mais-valia para a WeCare Saúde, salvaguardando a confidencialidade dos profissionais, não expondo a sua identidade.

Agradecemos a sua colaboração e aguardamos a sua resposta com a maior brevidade possível.

Os alunos de Mestrado:

Ana Moreno
Filipa Turiel
Paulo Pereira
Vera Rodrigues

Póvoa de Varzim, 29 de Março de 2022



**APENDICE 2 – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DA
EQUIPA**

Questionário de Identificação de Necessidades de Formação

Caro colega, O presente questionário surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP) do "I Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa" da Escola Superior de Saúde Viana do Castelo, a realizar-se na Unidade de Cuidados Paliativos da Wecare em Póvoa de Varzim. Tem como objetivo identificar as necessidades de formação junto da equipa de enfermagem da referida Unidade e inclui 8 questões de caracterização sócio-demográfica e 2 questões de identificação das necessidades de formação a desenvolver neste ENP. Garantimos o anonimato do questionário, respeitando os princípios da confidencialidade. O tempo estimado de resposta deste questionário é de cerca 2 minutos.

Gratos pela disponibilidade e colaboração.

O grupo de estagiários:

Ana Moreno

Filipa Gonçalves

Paulo Pereira

Vera Rodrigues

*Obrigatório

1. Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito responder a este questionário: *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

Caraterização sócio-demográfica

2. Género: *

Marcar apenas uma oval.

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Idade: *

Marcar apenas uma oval.

☐ 20-29 anos

☐ 30-39 anos

☐ 40-49 anos

☐ 50-59 anos

☐ 60 anos ou mais

4. Habilitações académicas: *

Marcar apenas uma oval.

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Outra: _____

5. Possui formação específica em Cuidados Paliativos? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

6. Se sim:

Marcar apenas uma oval.

☐ Formação básica (18-45 horas)

☐ Formação pós-graduada (90-280 horas)

☐ Formação especializada (superior a 280 horas)

7. Vínculo contratual: *

Marcar apenas uma oval.

☐ Tempo inteiro

☐ Tempo parcial

8. Anos de experiência profissional: *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1 a 5 anos

☐ 6 a 10 anos

☐ 11 a 20 anos

☐ 20 anos ou mais

9. Anos de atividade profissional na Wecare: *

Marcar apenas uma oval.

☐ Menos de 1 ano

☐ 1-2 anos

☐ 2-4 anos

☐ 4-8 anos

☐ 8-11 anos

Necessidades de formação

10. Identifique até 5 (cinco) áreas de formação prioritárias para melhor desempenho profissional enquanto enfermeiro em funções na UCP da Wecare: *

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Gestão e controlo de sintomas no doente em Cuidados Paliativos (gestão e controlo da dor, sintomas respiratórios, sintomas digestivos, sintomas neuropsíquicos e perturbações do sono, fadiga, astenia, prurido, administração de fármacos por via subcutânea)

☐ Comunicação em Cuidados Paliativos (comunicação de más notícias, conspiração do silêncio, conferências familiares e Estratégias de comunicação terapêutica)

☐ Cuidados nas últimas horas e dias de vida

☐ Alimentação/hidratação em Cuidados Paliativos

☐ Sofrimento

☐ Feridas malignas

☐ Emergências em Cuidados Paliativos

☐ Apoio ao luto

☐ Espiritualidade

☐ Trabalho em equipa

☐ Apoio à família

☐ Sedação paliativa

11. Outras áreas de formação que possam ser contributos importantes para a Unidade:

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE 3 – PLANIFICAÇÃO DO CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS

CURSO BÁSICO EM CUIDADOS PALIATIVOS

(No âmbito do Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em situação Paliativa)

Fundamentação:

A formação em cuidados paliativos constituiu-se numa mais-valia para os Cuidados de Saúde a nível Nacional e para a Região. Trata-se efetivamente de um espaço promotor do desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas assente na evidência científica, promovendo deste modo melhores cuidados à pessoa que enfrenta o final de vida e sua família.

Objetivos

Gerais	Específicos (Operacionais)
▪ Aprofundar/ desenvolver saberes teóricos, práticos de forma a potenciar a promoção da excelência da prática especializada em cuidados paliativos ▪ Ajudar a Tomar decisões que orientem o exercício profissional autónomo, centrado na comunidade, com enfoque em grupos vulneráveis em situações de grande complexidade	▪ Compreender os valores, os pilares e os princípios fundamentais inerentes aos cuidados paliativos; ▪ Compreender a comunicação como um pilar fundamental em cuidados paliativos e as estratégias de comunicação na relação com o doente/família/cuidador

	▪ Avaliar e tratar sintomas tendo em conta as múltiplas dimensões do doente, incluindo a física, psicológica, social e espiritual ▪ Identificar e agir no processo de luto
--	---

Destinatários:

Nº Formandos/Ação	Grupos Profissionais/Público-alvo
33	Enfermeiros, auxiliares e técnicos superiores de saúde

Realização Física:

Módulos	Temas	Data Início	Data Fim	Carga Horária	Horário
MÓDULO 1 - Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos Total 2h	Conceito, Princípios, Pilares e filosofia dos Cuidados Paliativos	20.06.2022	20.06.2022	2	15h30- 17h30
MÓDULO 2 - Comunicação em Cuidados Paliativos Total: 8 h	Princípios Fundamentais da comunicação	21.06.2022	21.06.2022	2	15h30- 17h30
	Comunicação de más notícias	21.06.2022	21.06.2022	2	17h30- 19h30
	Conferências familiares	20.06.2022	20.06.2022	2	17h30- 19h30
	Workshop “Utilização do Humor em Cuidados Paliativos”	01.07.2022	01.07.2022	2	11h30- 13h30 15h30- 17h30

MÓDULO 3 – Sofrimento e Luto Total 4h	Sofrimento	27.06.2022	27.06.2022	2	15h30- 17h30
	Luto	27.06.2022	27.06.2022	2	17h30- 19h30
MÓDULO 4 - Gestão de sintomas em cuidados paliativos Total 10h	Controlo de sintomas digestivos	04.07.2022	04.07.2022	3	15h30- 18h30
	Via Subcutânea e técnica de hipodermóclise	04.07.2022	04.07.2022	2	18h30- 20h30
	Dor e controlo de sintomas respiratórios	05.07.2022	05.07.2022	3	17h30- 20h30
	Cuidados à boca e cuidados nos últimos dias e horas de vida	05.07.2022	05.07.2022	2	15h30- 17h30

Formadores:

- Manuela Cerqueira
- Aurora Pereira
- Mark Mekelburg
- Filipa Gonçalves
- Bruno Feiteira
- Paulo Pereira
- Ana Moreno
- Vera Rodrigues
- Vera Mesquita

Metodologia Geral

Formação	Avaliação
Teórica – 18 h	Avaliação formativa
Prática – 6 h	

	Avaliação de reação pelos formandos e pelo formador, através de registo em questionário, efetuado pelos próprios
Recursos Físicos e Pedagógicos: Sala de Formação; meios audiovisuais: projetor multimédia, computador portátil.	

Viana do Castelo, 17 de Maio de 2022

A Coordenadora de Curso

Maria Manuela Amorim Cerqueira

APÊNDICE 4 –PLANO DE SESSÃO: MÓDULO GESTÃO DE SINTOMAS DIGESTIVOS

PLANO DE SESSÃO

Entidade:	WeCare Saúde		
Atividade:	Curso Básico de Cuidados Paliativos		
Tema:	Gestão de Sintomas Digestivos		
Local:	WeCare Saúde- Povia de Varzim		
-Horário:-	15:30-18:30	Regime:	Presencial

Público-alvo:	Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Paliativos da WeCare		
Equipa	Estudantes do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, ESS-IPVC		
Data	04 de Julho de 2022	Nº Horas:	3
Objetivo Geral:	Dotar de conhecimentos científicos e técnicos sobre gestão dos principais sintomas digestivos de acordo com a filosofia e os princípios dos Cuidados Paliativos		

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Apresentação do formador	• Introdução ao tema e objetivos do módulo		5	Expositivo	Computador Apresentação em PowerPoint
Apresentação dos temas a abordar	• Anorexia e Caquexia • Náuseas e Vômitos • Disfagia • Obstipação • Oclusão Intestinal • Anorexia / Caquexia • Alimentação e Hidratação do Doente em Fim de Vida		5'	Expositivo	
Anorexia / Caquexia	• Conceito de anorexia e caquexia' • Fisiopatologia • Etiologia • Manifestações clínicas • Medidas gerais e específicas como estratégia terapêutica nutricional		30'	Expositivo	
Náuseas e Vômitos	• Conceito náusea e vômitos • Fisiopatologia • Etiologia • Avaliação clínica		40'	Expositivo	

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
	• Princípios gerais e atitudes no controlo das náuseas e vômitos • Terapêutica Farmacológica				Computador
Disfagia	• Conceito de disfagia • Impacto da Disfagia no Doente • Fisiopatologia • Etiologia • Avaliação clínica • Tratamento farmacológico • Medidas gerais de controlo da disfagia		30'	Expositivo	
Obstipação	• Definição de obstipação • Fisiopatologia • Etiologia • Medidas gerais na abordagem ao doente com obstipação • Medidas Farmacológicas: - Tipo de laxantes e sua seleção • Manobras mecânicas e massagem abdominal		40'	Expositivo	Apresentação em powerpoint
Oclusão intestinal	• Conceito de Oclusão e Subocclusão intestinal • Incidência da obstrução Intestinal em Cuidados Paliativos		30'	Expositivo	

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
	• Etiologia • Diagnóstico • Tratamento farmacológico e de conforto • Algoritmo de estratégia terapêutica da oclusão intestinal				
Alimentação e hidratação do doente em fim de vida	• Abordagem dos conceitos e significados da alimentação e hidratação • Aspectos éticos da alimentação e hidratação do doente em fim de vida • Alimentação e hidratação artificiais • Iniciar ou Suspender a Alimentação no Doente em fim de vida		30'	Expositivo Interativo	
Encerramento	• Partilha de experiencias • Retirar duvidas		15'	• Interativo	

Metodologia de
Avaliação

Grelha de avaliação Wecare

Data

Responsável pela Atividade

**APÊNDICE 5 – MODULO GESTÃO DE SINTOMAS DIGESTIVOS_ CURSO BÁSICO DE
CUIDADOS PALIATIVOS**

GESTÃO DE SINTOMAS DIGESTIVOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS
Waglau-Saúde Mortuária - Pólya da Vozes - 04/10/2022

1

Sumário

- Náuseas e vômitos
- Disfagia
- Obstipação
- Oclusão Intestinal
- Anorexia / Caquexia
- Alimentação e Hidratação em Cuidados Paliativos



2

NÁUSEAS E VÔMITOS



3

NÁUSEAS E VÔMITOS

NÁUSEA

- Sensação desagradável da necessidade de vomitar, podendo acompanhar-se de sintomas autonômicos (sudorese, taquicardia, palidez cutânea)

VÔMITO

- Eliminação forçada de conteúdo gástrico pela boca

Manual de Cuidados Paliativos, 2022

4

NÁUSEAS E VÔMITOS

São sintomas frequentes nos doentes em cuidados paliativos (30-60%) com impacto significativo na qualidade de vida:

- Efeitos diretos e indiretos;
- Isolamento social e às refeições;
- Ansiedade por não comer (doente e família)



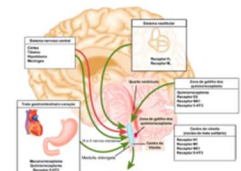
A abordagem destes sintomas baseia-se na relação interpessoal com os doentes e as suas famílias, na avaliação cuidada e individualizada das necessidades sentidas e no conhecimento profundo dos mecanismos envolvidos

5

NÁUSEAS E VÔMITOS - Fisiopatologia

As náuseas e os vômitos são controlados pelo centro do vômito na formação reticular e pela zona trigger dos quimiorreceptores.

Os principais neurotransmissores envolvidos na ativação central e periférica destes reflexos são a dopamina (D2), a serotonina (5HT3), a acetilcolina (AChM) e a histamina (H1).



6

NÁUSEAS E VÔMITOS - Etiologia

As náuseas e os vômitos podem ter uma única etiologia, mas também podem surgir como resultado de várias causas, definindo uma síndrome multifatorial:



7

NÁUSEAS E VÔMITOS - Etiologia

Comparison of nausea etiology in elderly palliative care patients with various life-threatening diseases

	Cancer	Cardiac failure	Chronic obstructive pulmonary disease	End-stage renal failure	Dementia
Disease	Liver metastases, bowel obstruction	Edema of gastrointestinal tract	Post-hepatic resection	Uremia	-
Treatment	Chemotherapy, opioids, NMDA	Hypotension, oliguria, hyponatremia	Antibiotics, morphine	Dialysis, peritoneal	Cholinesterase inhibitors
Dehydration	Constipation, esophageal candida, anxiety, cachexia	Constipation, esophageal candida, anxiety, cachexia	Constipation, esophageal candida, anxiety, cachexia	Constipation, esophageal candida, anxiety, cachexia	Constipation, esophageal candida, anxiety, cachexia
Unrelated	Metastatic: ischemia, infection, cholangitis, Myer's disease gastroenteritis	Metastatic: ischemia, infection, cholangitis, Myer's disease gastroenteritis	Metastatic: ischemia, infection, cholangitis, Myer's disease gastroenteritis	Metastatic: ischemia, infection, cholangitis, Myer's disease gastroenteritis	Metastatic: ischemia, infection, cholangitis, Myer's disease gastroenteritis

Abbreviations: NMDA, non-muscle relaxant; anti-inflammatory drugs

Chen, S., Hsu, C., Hsu, T., & Tsai, S. (2011)

8

NÁUSEAS E VÔMITOS - Avaliação Clínica

Tratando-se de um sintoma subjetivo e dinâmico, a expressão da náusea é variável de doente para doente devendo a avaliação ser sistemática e contínua:



9

NÁUSEAS E VÔMITOS - Medidas Gerais

Tratando-se de sintomas com origem fatorial, a abordagem deve inicialmente ir no sentido de eliminação das causas subjacentes

- Rotação de opioides (se forem estes os responsáveis pela emese), de modo a manter o controlo da dor;
- Revisão terapêutica com suspensão de fármacos que possam estar na origem da náusea e vômitos (Antibióticos, AINES, mucolíticos, etc.)
- Correção das alterações metabólicas;
- Profilaxia da obstipação;
- Radioterapia ou corticoterapia no caso de metástases cerebrais

SONDA NASOGÁSTRICA



10

NÁUSEAS E VÔMITOS - Medidas Gerais

- Manter ambiente confortável;
- Evitar odores fortes dos alimentos;
- Fazer pequenas refeições, fracionadas ajustadas aos hábitos e gostos do doente;
- Reduzir o tamanho dos pratos e dos alimentos;
- Optar por dietas pobres em gorduras e por alimentos mais secos e de fácil digestão como tostas, bolachas e arroz;
- Ingestão adequada de líquidos de acordo com tolerância - Gelo, gengibre, caldos e gelatinas são boas opções - evitando a ingestão de líquidos durante as refeições (minimiza a pressão no estômago e refluxo)
- Manter uma boa higiene oral.

11

NÁUSEAS E VÔMITOS - Tratamento Farmacológico

- A escolha do antiemético baseia-se no mecanismo etiopatogénico, podendo haver necessidade de se associar mais do que um fármaco.
- É importante iniciar um fármaco de cada vez, na menor dose possível, com titulação lenta
- Os fármacos antieméticos são predominantemente bloqueadores de neurotransmissores.

FÁRMACOS MAIS UTILIZADOS

- Actua na Trigger Zone:
 - Levomepromazina
 - Haloperidol
- Actua a nível periférico:
 - Metoclopramida
 - Domperidona
- Outros:
 - Butilscopolamina
 - Corticosteróides
 - Betahistidina

12

NÁUSEAS E VÔMITOS - Tratamento Farmacológico

ANTICOLINÉRGICOS

Usados na profilaxia das situações da náusea associada ao movimento. Efeitos laterais: xerostomia, tonturas, distúrbios da visão, retenção urinária, taquicardia.

Butilscopolamina

- 20mg 6/6h ou 8/8h, SC ou EV (ou perfusão contínua)

Escopolamina

- 1,5 mg, 72/72h, TD

13

NÁUSEAS E VÔMITOS - Tratamento Farmacológico

ANTI HISTAMÍNICOS

Usados nos distúrbios do movimento. Efeito lateral: sedação

Difenidramina

- 25 a 50 mg, 6/6h, PO
- 10 a 50 mg, EV ou IM

Dimenidrinato

- 50 mg, 4/4h, PO

Cicizina

- 50 mg, 4/4h, PO ou IM
- 100 mg, 4/4h, via rectal
- 75-150mg, 24h, SC

Meclizina

- 25 a 50 mg, 24/24h, PO

Prometazina

- 12,5 a 25 mg, 4/4h, PO ou IM
- 12,5 a 25 mg, 12/12h, via rectal

14

NÁUSEAS E VÔMITOS - Tratamento Farmacológico

ANTAGONISTAS DOS RECEPTORES DA DOPAMINA

Dividem-se em 3 classes: fenotiazinas, butirofenonas e benzamidas.

Fenotiazinas

Efeitos laterais: manifestações extrapiramidais, particularmente distonia e discinesia tardia; hipotensão, principalmente nos idosos e administrações ev. A difenidramina (25 a 50 IM) e o biperideno (2,5 a 5mg IM ou EV, máximo 4 tomas) são eficazes na reversão da distonia aguda em doentes sob tratamento com fenotiazinas e butirofenonas.

Clorpromazina

- 10 a 25 mg, 4/4h a 6/6h, PO
- 25 mg, 3/3h a 4/4h, IV

15

NÁUSEAS E VÔMITOS - Tratamento Farmacológico

ANTAGONISTAS DOS RECEPTORES DA DOPAMINA

Dividem-se em 3 classes: fenotiazinas, butirofenonas e benzamidas.

Butirofenonas

Potenciam o efeito dos opioides. Efeito lateral: sedação.

Droperidol

- 1,25 a 5 mg, IM

Haloperidol

- 1,5 a 10 mg, em 24h, PO
- 5 mg, 24h, SC ou EV

16

NÁUSEAS E VÔMITOS - Tratamento Farmacológico

ANTAGONISTAS DOS RECEPTORES DA DOPAMINA

Dividem-se em 3 classes: fenotiazinas, butirofenonas e benzamidas.

Benzamidas

Efeitos laterais: acatisia, distonia e discinesia tardia, sendo mais evidentes em doentes idosos e quando administrados em altas doses. Ao contrário da metoclopramida, a trimetobenzamida e a domperidona não atravessam a barreira hematoencefálica, pelo que as manifestações extra-piramidais podem ser evitadas com o recurso a estes fármacos.

Metoclopramida

- 10 a 20 mg, 6/6h a 8/8h, PO
- 30 a 120 mg, 24h, SC ou EV

Domperidona

- 10 a 20 mg, 6/6 ou 8/8h, PO

Trimetobenzamida

- 250 mg, 6/6h a 8/8h, PO
- 200 mg, 6/6h a 8/8h, IM ou via retal

17

NÁUSEAS E VÔMITOS - Tratamento Farmacológico

CORTICÓIDES

Prevenção das náuseas e vômitos pós-quimioterapia. A sensação de maior energia e apetite é um dos seus efeitos (sintomas úteis no contexto dos doentes em fase terminal). Efeitos laterais: insónia e alterações do humor.

Dexametasona

- 8 a 20 mg, PO, SC ou EV ou SC

Prednisolona

- Converter a dose de dexametasona, tendo em conta que 0,75mg desta correspondem a 4mg de prednisolona

18

NÁUSEAS E VÔMITOS - Tratamento Farmacológico

BENZODIAZEPINAS

Importantes pela sua acção ansiolítica. Isoladamente o seu efeito anti-emético é reduzido, mas podem ser muito importantes associadas aos corticóides ou à metoclopramida, reduzindo a ansiedade e a acatisia. Úteis nas náuseas antecipatórias.

Lorazepam

- 1 a 2,5 mg, 8/8h, PO ou SL

19

NÁUSEAS E VÔMITOS - Tratamento Farmacológico

ANTAGONISTAS DOS RECEPTORES DA SEROTONINA

Os mais eficazes na emese secundária a quimioterapia, particularmente quando são utilizados agentes de potencial emético moderado a elevado. Efeitos laterais: cefaleias ligeiras, astenia, obstipação e tonturas.

Ondansetron

- 16 a 24 mg, 24/24h, PO, SC ou EV

Granisetron

- 1 a 9 mg, 24/24h, PO, SC ou EV

Dolasetron

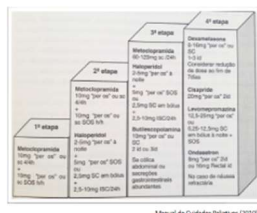
- 100 mg, PO

Palonosetron

- 0,25 mg, EV

20

NÁUSEAS E VÔMITOS - Tratamento Farmacológico



PROPOSTA DE ORIENTAÇÃO FARMACOLÓGICA

Manual de Cuidados Paliativos (2010)

21

NÁUSEAS E VÔMITOS - Tratamento Farmacológico

0	NÁUSEAS E VÔMITOS	19-12-2019	19-12-2019	19-12-2019
1807130	Metoclopramida 10 mg/ml Sol inj 10 ml 2 ml 2x/d	VIA SUBCUTÂNEA	SOL. INJ.	1,000
1807130	Ondansetron 4 mg/ml Sol inj 10 ml 2 ml 2x/d	VIA SUBCUTÂNEA	PO 100 mg	1,000
1807130	Palonosetron 0,25 mg/ml Sol inj 10 ml 0,25 mg 1x/d	VIA SUBCUTÂNEA	SOL. INJ.	1,000

Protocolo de Náuseas e Vômitos - VetsCare (2018)

22

DISFAGIA



DISFAGIA

Dificuldade ou a sensação de dificuldade em fazer passar os alimentos através da faringe ou do esôfago, que ocorre na altura ou 10 a 20 segundos após a deglutição

Do grego "phagia" - comer - e "dys" - dificuldade

23

24

DISFAGIA

A disfagia representa um impacto negativo tanto ao nível do ato de comer, como na vida em sociedade.

Uma pessoa que apresente dificuldade em engolir, restringe todas as suas atividades em que tem de haver relação com outras pessoas, criando uma barreira à sua própria qualidade de vida.



25

DISFAGIA - Fisiopatologia

A deglutição é composta por 3 fases:

FASE ORAL – Começa na boca, sendo o alimento processado e preparado com o fecho dos lábios e a mastigação. É consciente e voluntária.

FASE FARÍNGEA – passa pela faringe – consciente e involuntária. E, assim, é direcionado para o estômago

FASE ESOFÁGICA – inconsciente e involuntária.



26

DISFAGIA - Etiologia

- As doenças neuromusculares são a causa de cerca de 80% de disfagia orofaríngea.
- Cerca de 65% de casos de disfagia esofágica são secundários a lesões da parede do esófago.
- Os sintomas que ocorrem entre 2 a 3 segundos após a deglutição são devidos a uma alteração orofaríngea, enquanto que os que ocorrem mais tarde são devidos a lesões esofágicas.
- As lesões obstrutivas causam inicialmente disfagia para sólidos e depois progressivamente para líquidos, enquanto que as lesões neuromusculares provocam disfagia para sólidos e líquidos em simultâneo.
- Os tumores da boca e da faringe superior são sintomatologia muito cedo, enquanto que os da faringe inferior ou esófago, só muito tardiamente apresentam sintomas.

27

DISFAGIA - Etiologia



28

DISFAGIA - Etiologia

- OBSTRUÇÃO FARÍNGEA**
 - Resultante de pressão intrínseca do tumor, edema inflexão ou de pressão extrínseca do tumor ou nódulos.
- OBSTRUÇÃO ESOFÁGICA**
 - INTRÍNSECA** - provocada pelo carcinoma, estenose ou bloqueio do tubo de Atkinson
 - EXTRÍNSECA** - nódulos mediastínicos de grandes dimensões
- CANDIDÍASE ESOFÁGICA**
 - Produz um quadro de dor, assim como dificuldade ao engolir com sintomatologia semelhante a hérnia do hiato ou refluxo gastro-esofágico
- DISFUNÇÃO NEUROMUSCULAR**
 - Por doença do neurónio motor ou miopatias

29

DISFAGIA - Etiologia

- DISFAGIA OROFARÍNGEA**
 - Dificuldade em transferir o bolo alimentar da boca para o esófago.
- DISFAGIA ESOFÁGICA**
 - Os doentes conseguem transferir a comida da boca para o esófago superior, mas experimentam uma sensação de que a comida pára após ter sido engolida.

30

DISFAGIA - Avaliação Clínica

Questões a considerar na avaliação da disfagia:

DOI AO ENGOLIR? ONDE?

- Dor faríngea ao engolir sugere um processo inflamatório, tipo candidíase.
- Dor retro-esternal severa sugere espasmo esofágico

HA MAIS DIFICULDADE A ENGOLIR SÓLIDOS OU LÍQUIDOS?

- Nas obstruções mecânicas, a disfagia para sólidos precede habitualmente a disfagia para líquidos;
- Nas alterações neuromusculares é mais difícil engolir líquidos

SENTE QUE A COMIDA PARA NUM LOCAL ESPECÍFICO? SE SIM, APONTE.

- Habitualmente indica obstrução mecânica. 2/3 dos doentes conseguem indicar exatamente o local da obstrução

31

DISFAGIA - Avaliação Clínica



SINAIS DE ALERTA

- Dificuldade em deglutar a saliva
- Esforço ou tempo excessivo para mastigar e engolir;
- Saída de alimentos ou saliva pelas comissuras labiais;
- Tosse antes, durante ou após as deglutições;
- Deglutições múltiplas;
- Voz "molhada" após a deglutição
- Resíduos alimentares no interior da boca
- Engasgos frequentes.

32

DISFAGIA - Avaliação Clínica

Examinar a boca e a garganta cuidadosamente, procurando sinais de:

- ☐ Candidíase;
- ☐ Mucosite;
- ☐ Inflamação faríngea;
- ☐ Obstrução por massas.

33

DISFAGIA - Tratamento

DISFAGIA OROFARÍNGEA

- Tratando-se de compressão extrínseca ou disfunção dos pares cranianos recomenda-se a corticoides;
- Se existe produção de saliva em excesso, deve usar-se um anticolinérgico

DISFAGIA ESOFÁGICA

- Se a disfagia é devida a obstrução tumoral, responde de início, muito bem ao uso de corticoides, e à subsequente radioterapia.
- Se o tumor é intrínseco ao esôfago, pode ser exequível fazer a sua recessão através de laser endoscópico.

O tratamento depende do local e da causa da obstrução, assim como do estado físico do paciente.

34

DISFAGIA - Tratamento

CAUSAS DA DISFAGIA	TRATAMENTO
CANDIDÍASE	Analgésia + Cetoconazol (200mg por dose) Fluconazol (150mg 1x dia) Nistatina (3-6ml 3x/dia)
MUCOSITE APÓS QUIMIOTERAPIA	Dietas rídes Não dar comidas quentes
MUCOSITE APÓS RADIOTERAPIA	Indometacina (25mg 2 a 3x dia)
INFILTRAÇÃO PERINEURAL	Dexametasona (8mg PO)
OBSTRUÇÃO MECÂNICA	Dexametasona Radioterapia / quimioterapia STENT expansível de metal
OBSTRUÇÃO TOTAL	Reduzir as secreções Succupan 20mg

35

DISFAGIA – Objetivos da dieta

- PREVENIR QUE O DOENTE ASPIRE, SUFOQUE OU SE ENGASGUE COM O ALIMENTO OU LÍQUIDO;
- FACILITAR A DEGLUTIÇÃO, TORNANDO-A SEGURA E INDEPENDENTE, DIMINUINDO ASSIM O RISCO DE ENGASGAMENTOS E ASPIRAÇÃO
- FORNECER NUTRIENTES NECESSÁRIOS, MANTER E RECUPERAR O ESTADO NUTRICIONAL DO DOENTE, EVITANDO E CORRIGINDO A DESNUTRIÇÃO
- PROMOVER PREPARAÇÕES ALIMENTARES AGRAVÁVEIS, SABOROSAS, NA CONSISTÊNCIA SEGURA.

36

DISFAGIA – Medidas Gerais

O ALIMENTO MAIS FÁCIL E SEGURO DE ENGOLIR CARACTERIZA-SE POR:

- TER UMA CONSISTÊNCIA HOMOGÊNEA;
- NÃO SE SEPARAR EM PEQUENAS PARTÍCULAS;
- SER AGRAVÁVEL DE ASPECTO, SABOR E TEXTURA
- NÃO ADERIR AOS DENTES, LÍNGUA, BOCHECHAS E FARINGE.

37

DISFAGIA – Medidas Gerais

- Garantir que a pessoa está bem desperta e acordada;
- A refeição deve ser feita na posição de sentado – as costas devem estar direitas e a cabeça levemente inclinada para a frente;
- As refeições devem ser fracionadas e frequentes;
- Dar pequenas quantidades de comida, devagar e em pequenos pedaços;
- Nunca retirar a prótese dentária. Se a tiver, mastigar muito bem e engolir devagar.

38

DISFAGIA – Medidas Gerais

- Não comer comidas secas ou gelatinosas ou que libertem líquidos quando são mastigadas, como certas frutas;
- É aconselhável que se utilize uma colher, se possível pequena, porque é mais fácil engolir uma quantidade pequena de comida;
- Os alimentos devem ter uma consistência macia e homogênea, como purês;
- Não comer pão mole;
- Aumentar a ingestão de líquidos, se necessário com espessante

39

OBSTIPAÇÃO



40

OBSTIPAÇÃO

Em Cuidados Paliativos há 2 aspetos a ter em conta para a definição de obstipação:

Sintomas mensuráveis

→ Frequência das defecções e características das fezes

Perceção do doente sobre a obstipação

→ Desconforto subjetivo e alterações nos hábitos intestinais

41

OBSTIPAÇÃO



Eliminação de matérias fecais duras, difíceis de expulsar, em menor número do que se considera habitual, persistindo por vezes a sensação de necessidade de evacuar ou de ter efetuado um esvaziamento incompleto, acompanhado de mal-estar abdominal e outros sintomas gerais entre os quais se destaca a cefaleia.

Manual Cuidados Paliativos, 2012

42

OBSTIPAÇÃO

Classificação de Obstipação Funcional segundo os Critérios de Roma III

- Deve incluir ≥ 2 sintomas
 - Esforço em $\geq 25\%$ das defecações
 - Fezes duras e pequenas em $\geq 25\%$ das defecações
 - Sensação de evacuação incompleta em $\geq 25\%$ das defecações
 - Sensação de obstrução ou bloqueio ano-rectal em $\geq 25\%$ das defecações
 - Manobras manuais para facilitar em $\geq 25\%$ das defecações
 - <3 defecações por semana
- Raramente fezes soltas sem o uso de laxantes
- Critérios insuficientes para o diagnóstico de SCI

Presença dos critérios nos últimos 3 meses e instalação dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico (SCI Síndrome do Cólon Irritável)

43

OBSTIPAÇÃO

A obstipação causa sofrimento significativo ao nível do possível desenvolvimento de outros sintomas tais como:

- Distensão abdominal;
- Anorexia;
- Náuseas e vômitos;
- Halitose;
- Dor abdominal e retal;

Em idosos, a obstipação pode estar associada ao desenvolvimento de impação e/ou incontinência fecal, que pode muitas vezes ser confundida com diarreia.

O impactamento fecal pode resultar em retenção urinária; desenvolvimento de fissuras, ulceração da mucosa anal, sangramentos e anemia

44

OBSTIPAÇÃO - Prevalência

A obstipação é um problema significativo dos doentes em cuidados paliativos, afetando 41% dos doentes sem doença oncológica de base; 35-50% em doentes com doença oncológica e 87-90% de doentes que tomam opioides

© C. Imaizumi: Professional Palliative Symptom Management Guidelines, 2019

45

OBSTIPAÇÃO - etiologia

Nos doentes com doença avançada e progressiva, a obstipação é usualmente **multifatorial**.

Ainda assim, a doença e idade avançadas, a diminuição da atividade física, uma dieta pobre em fibras, depressão e deterioração cognitiva são alguns dos fatores de risco mais importantes.



46

OBSTIPAÇÃO - Etiologia

Causas de Obstipação mais significativas em Cuidados Paliativos

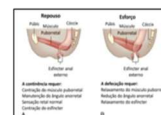
Tumores	Ação direta: obstrução intestinal por tumor ou compressão extrínseca, lesão da medula espinal lombossagrada, cauda equina ou plexo pélvico, hipercalcémia Ação indireta: ingestão diminuída de alimentos, dieta pobre em fibras, desidratação, fraqueza, aletargamento, depressão, confusão, incapacidade de se deslocar ao quarto de banho
Fármacos	Opióides, antidepressivos tricíclicos, antiparkinsonianos, diuréticos, anticonvulsivantes, ferro, anti-ácidos (à base de cálcio e alumínio), anti-éméticos, antagonistas dos canais de cálcio, AINES, quimioterapia (alcalóides da vinca, talidomida)
Comorbilidades	Diabetes mellitus, urémia, insuficiência cardíaca, hipotireoidismo, hipocalcémia, neuropatia autonómica, fissura ou estenose anal, hemorroidas, diverticulose, colite

Guia Prático de Cuidados Simptomáticos, 2012

47

OBSTIPAÇÃO - Fisiopatologia

O cólon tem como funções a absorção de água e eletrólitos, a condução de resíduos da digestão e a sua acumulação em reservatório (sigmoide e reto) para a preparação da defecação. Esta resulta da ação coordenada dos esfíncteres, músculos do pavimento pélvico e aumento da pressão abdominal por ação voluntária.



Fonte: Goldman & Ausiello, 2014

48

OBSTIPAÇÃO - Fisiopatologia

O prolongamento do tempo de transito cólico, por qualquer tipo de causa subjacente, vai induzir uma maior absorção de água, tornando o material em reservatório no cólon esquerdo mais duro e seco, menos volumoso e consequente mais difícil de evacuar.

Este processo sofre influência de fatores extrínsecos:

- Fármacos
- Sedentarismo;
- Diminuição de ingestão de líquidos;
- Dieta pobre em fibras
- ...

49

OBSTIPAÇÃO - Atitudes e Estratégias

Quanto mais precoces forem as intervenções, maiores são as possibilidades de se evitar o instalar de quadros de obstipação ou mesmo oclusão intestinal. É fundamental adotar estratégias profiláticas a fim de antecipar as consequências de uma obstipação grave.



50

OBSTIPACÃO - Medidas Gerais

- Em casos de agitação ou dor, considerar a obstipação como causa hipotética;
- Explicar ao doente e família, a normal diminuição da frequência das defecações (ter presente o ritmo eliminatório prévio do doente);
- Rever tratamento farmacológico, para que se possível se restrinjam fármacos causadores de obstipação;
- Garantir se possível a hidratação adequada do doente;
- Respeitar os hábitos de eliminação do doente – Pudor, intimidade

51

OBSTIPACÃO - Medidas Gerais

- Evitar se possível a imobilidade – sensibilizar para a importância do exercício (se tolerado) - favorecer a alternância de posição, deambulação e atividade física o máximo de tempo possível;
- Dar a beber sumo fresco em jejum (sumo de ameixa tem grande efeito laxativo) - de acordo com a tolerância do doente;
- Recomendar a diminuição da ingestão de alimentos obstipantes (arroz, queijo, bananas, chocolate) sugerindo listas de alimentos ricos em fibras e com efeito laxativo (cereais, grão, frutos secos, ameixas, uvas, óleos vegetais, maçãs, etc...)

ATENÇÃO SEMPRE AOS GOSTOS DO DOENTE E OBJETIVOS TERAPÊUTICOS



52

OBSTIPAÇÃO - Medidas Gerais



Sempre que possível, permitir o uso de coisas boas ou fazer uso de coisas ruins.



Evitar o uso de anestésico



Aproveitar o reflexo gastro-cólico das refeições para proceder à evacuação.



Ter um registo do funcionamento intestinal



Após 3 dias sem
dejeções, deve-se iniciar
um programa de
reabilitação.

53

OBSTIPAÇÃO - Medidas Farmacológicas

A escolha do tipo de laxante depende da causa da obstipação, características das fezes e aceitação do doente.

Fezes duras requerem um agente amolecedor, ao passo que um estimulante do peristaltismo é preferível quando as fezes são moles.

A combinação de ambos os tipos de laxante é muitas vezes mais eficaz (nunca esquecendo que nenhum fármaco é estritamente amolecedor ou indutor da peristaltismo).



54

OBSTIPAÇÃO - Medidas Farmacológicas

Sabe-se que 80% dos doente em fim de vida e quase a totalidade dos doentes sob terapêutica opióide necessitam de laxantes.

O objetivo do tratamento com laxantes deverá ser tornar a defecação confortável e não estabelecer uma determinada frequência.

55

OBSTIPAÇÃO - Medidas Farmacológicas

Indústria do	Ativos passivos amortizáveis do fluxo	Classificação	Farmacos	Observações	Nome comercial
		Laboratórios	Paracetamol	Contra a febre e dor	Paracetamol
Farmacêutica	Laboratórios	Lactulose			Aspirin®
		Paracetamol			Paracetamol®
	Exposições de volume	Metformina		Insulina	Insulina
		Paracetamol		Contra a febre e dor	Paracetamol®
	Químicos	Lactulose		Contra a febre e dor	Lactulose®
		Paracetamol		Contra a febre e dor	Paracetamol®
	Salinas	Paracetamol		Contra a febre e dor	Paracetamol®
		Paracetamol		Contra a febre e dor	Paracetamol®
	De Capital Empreendedor	Sereno		Contra a febre e dor	Sereno®
		Paracetamol		Contra a febre e dor	Paracetamol®

TIPOS DE LAXANTES

56

OBSTIPAÇÃO - Medidas Farmacológicas

- Quando se iniciar um laxante oral isolado e não ocorrer trânsito intestinal dentro de 3 dias, dever-se-á ponderar iniciar a combinação de laxantes
- Recomenda-se, ainda, titular doses diariamente ou em dias alternados até ocorrerem dejeções (1 dejeção a cada 2 a 3 dias). Se surgir diarreia, suspender laxantes durante 24 horas e reiniciar em doses mais baixas.

57

OBSTIPAÇÃO - Medidas Farmacológicas

- Os expansores de volume tem pouco a oferecer no tratamento da obstipação induzida por opioides e por vezes chegam a piora-la.
- Muitos doentes aos quais se prescreve lactulose para obstipação induzida por opioides mantem-se obstipados;
- Cerca de 1/3 dos doentes que tomam morfina necessitam do uso de meios retais (supositórios, enemas, evacuação digital), de forma regular ou intermitente;

58

OBSTIPAÇÃO - Manobras Mecânicas

- Apenas usadas quando há impactação de fezes ao nível do reto e cólon distal e após tratamentos não eficazes com laxantes.
- No caso extremo de impactação fecal, pode ser necessário recorrer à evacuação manual, sempre com analgesia (lubrificante anestésico) e/ou mesmo sedação
- A massagem abdominal pode ser um bom coadjuvante ao tratamento com laxantes ao poderem ajudar a progressão do bolo fecal e das fezes do tubo digestivo

59

OBSTIPAÇÃO - Medidas Farmacológicas

0	PROTÓTIPO DE OBSTIPAÇÃO	09-12-2019	10-12-2019	11-12-2019	12-12-2019
000120	Obstipação 1 mg Comp	OP ORAL	COMPROMISSO	LUBR	15 de obstipação superior a 3 dias, até 7 meses de
000121	Obstipação 10 mg Sol	OP RECTAL	SUPPOSITÓRIOS	LUBR	15 de obstipação inferior a 3 dias, até 7 meses de
000122	Obstipação 10 mg Sol	OP RECTAL	SUPPOSITÓRIOS	LUBR	15 de obstipação inferior a 3 dias, até 7 meses de

Protocolo Obstipação - 19/12/2019

60

OCCLUSÃO INTESTINAL



61

OBSTRUÇÃO INTESTINAL

Não progressão do conteúdo gastrointestinal, através do tubo digestivo

A oclusão pode ser **total** ou **parcial**, por obstrução do lúmen ou perturbação do peristaltismo, afetando mais frequentemente o intestino delgado do que o cólon e, em 20% dos casos, ambos, variando a probabilidade de oclusão consoante a localização afetada.

Guia Prático do Conselho Nacional de Saúde, 2011

62

OBSTRUÇÃO INTESTINAL - Incidência

- Complicação frequente do cancro avançado, principalmente nos tumores de origem intra-abdominal, complicando entre 5 a 51% das neoplasias do ovário e 10 a 28% das neoplasias do cólon.
- Entre as neoplasias extra-abdominais, as do pulmão, da mama e o melanoma são os responsáveis pela maioria dos casos.

Guia Prático do Conselho Nacional de Saúde, 2011

63

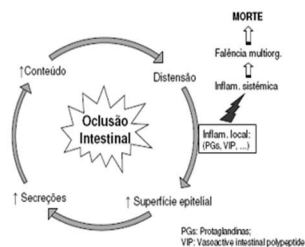
OBSTRUÇÃO INTESTINAL - Etiologia



Guia Prático do Conselho Nacional de Saúde, 2011

64

OBSTRUÇÃO INTESTINAL - Fisiopatologia



65

OBSTRUÇÃO INTESTINAL - Manifestações Clínicas

O nível da obstrução e a velocidade de instalação determinam os sintomas e a severidade.

Obstruções mais altas levam a sintomas mais severos e sinais menos evidentes; oclusões agudas são mais facilmente identificáveis,

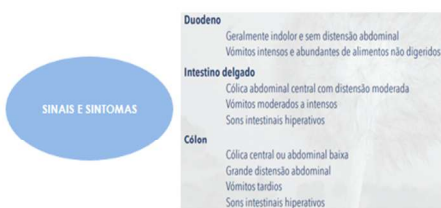
A oclusão intestinal maligna na maioria dos casos apresenta instalação insidiosa ao longo de semanas ou meses.

Geralmente os doentes apresentam queixas de dor contínua com episódios de dor tipo cólica sobrepostos.

A diarreia paradoxal pode também ocorrer, por sobre crescimento bacteriano e fezes líquidas sobre o bolo fecal no local da obstrução

Rev. Bras. de Control. Autom. 2012

OBSTRUÇÃO INTESTINAL - Manifestações Clínicas



Costa Rica: Oficina de Control Sistemático, 2002.

67

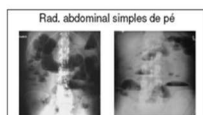
OBSTRUÇÃO INTESTINAL - Manifestações Clínicas



68

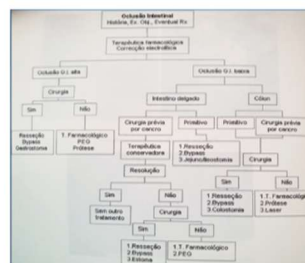
OBSTRUÇÃO INTESTINAL - Diagnóstico

- A história clínica e o exame objetivo, cuidadosos, devem ser os elementos mais importantes do diagnóstico.
- O RX abdominal em pé é um dos exames complementares de diagnóstico mais utilizados no diagnóstico de obstrução intestinal



69

OBSTRUÇÃO INTESTINAL - Tratamento



Manual de Cuidados Políticos (2020)

70

OBSTRUÇÃO INTESTINAL – Tratamento

CIRURGIA

Nos doentes com cancro avançado a decisão de submeter o doente a uma **intervenção cirúrgica** não é fácil; deve ser analisado cada caso cuidadosamente, tendo em conta o estado global do doente, os seus desejos, assim como **fatores de mau prognóstico**:

- Mau estado geral
- Idade avançada
- Ascite maciça que refaz rapidamente
- Massa abdominal palpável (carcinomatose)
- Obstrução em múltiplos locais
- História prévia de RT/CR abdomino-pélvica

71

OBSTRUÇÃO INTESTINAL – Tratamento

STENT METÁLICO EXPANSÍVEL

São cada vez mais utilizados em doentes com obstrução do cólon, estômago terminal ou intestino delgado proximal.

São colocados por radiologia de intervenção ou endoscopia

Apresenta baixa morbidade

Contra-indicações - Estenoses múltiplas ou carcinomatose peritoneal

72

OBSTRUÇÃO INTESTINAL – Tratamento

SONDA NASOGÁSTRICA

A **SNG** pode ser importante, numa primeira abordagem, tendo em conta que por si só, alivia a dor abdominal e a sensação de enfiamento e as náuseas. Geralmente não se recomenda a longo prazo:

- Stress psicológico;
- Não evita totalmente o vômito;
- Agrava refluxo gastroesofágico;
- Aumenta o risco de aspiração pulmonar, dor e aparecimento de epistaxis;
- Deslocação da SNG.

Pesar risco/benefício com o doente

73

OBSTRUÇÃO INTESTINAL – Tratamento

GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA

A **PEG** pode ser utilizada para tratamento paliativo de uma situação de oclusão intestinal baixa.

É mais aceitável que a SNG a médio-longo prazo.

Permite a ingestão confortável pela boca, drenando quando necessário. Controla náuseas e vômitos em 83-93% dos casos.

Contraindicações:

- ascite de grande volume, úlcera gástrica ativa, HT Portal

74

OBSTRUÇÃO INTESTINAL – Tratamento

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento farmacológico com intuito paliativo é o mais utilizado, em doentes com doença oncológica avançada, sendo o principal objetivo diminuir os sintomas associados à oclusão intestinal

- Morfina - controlo da dor abdominal
- Butilscopolamina - controlo da cólica abdominal e diminuição das secreções intraluminais
- Dexametasona – controlo do edema peri-tumoral e adjuvante da dor
- Haloperidol – controlo das náuseas
- Octreotido – diminuição das secreções intraluminais

75

ANOREXIA / CAQUEXIA



76

ANOREXIA / CAQUEXIA

ANOREXIA

- Diminuição da vontade de comer;
- Presente em cerca de 15 a 25% dos doentes oncológicos aquando do diagnóstico, agravando-se com os tratamentos e progressão da doença

CAQUEXIA

- Tipo de malnutrição caracterizada por uma situação de magreza, perda muscular, falta de forças e astenia
- Habitualmente associada com mau estado geral ou doenças como o cancro e tuberculose

77

ANOREXIA / CAQUEXIA

Altamente prevalente (**80-90% dos doentes em situação de doença avançada**)

Pode surgir em doenças crónicas como:

- **Cancro** - Mais frequentes - neoplasias do esófago, estômago, pâncreas e de pequenas células do pulmão. - Mais raro em neoplasias do testículo, da mama, do ovário e nos sarcomas.
- **Infeção VIH-SIDA**
- **Insuficiências crónicas de órgão** – cardíaca, hepática e renal, assim como doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)
- **Tuberculose**
- **Artrite reumatóide**

78

ANOREXIA / CAQUEXIA

O Síndrome de anorexia-Caquexia contribui de forma significativa para uma pior qualidade de vida, maior morbilidade e mortalidade.



79

ANOREXIA / CAQUEXIA - Fisiopatologia

- A regulação do apetite e do metabolismo envolve mecanismos gastrointestinais, hormonais e neurológicos;
- No cancro e outras doenças crónicas há aumento de diversas citocinas, que inibem a resposta normal do hipotálamo aos sinais de déficit de energia, resultando em anorexia, aumento do gasto energético e perda de peso;
- Em alguns doentes a anorexia é o resultado de vários processos catabólicos, mais do que a causa da caquexia, sendo na sua maioria apenas um sintoma da caquexia.



80

ANOREXIA / CAQUEXIA - Etiologia



81

ANOREXIA / CAQUEXIA - Medidas terapêuticas

A estratégia terapêutica deve ser definida tendo como objetivo o bem estar do doente. As medidas a adotar devem ser tomadas no sentido de:

- Favorecer a adaptação a uma redução na ingestão de alimentos;
- Manutenção no prazer e satisfação na comida e na bebida



82

ANOREXIA / CAQUEXIA - Medidas terapêuticas

CAUSAS	ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS
AUMENTOS POUCO APERITOSOS	Buscar os alimentos pelo doente
EXCESSO DE ALIMENTOS	Pequenas refeições
ALTERAÇÕES NO PALADAR	Adaptar o prato e o tempo da refeição
NÁUSEAS E VÔMITOS	Antieméticos: evitar a ingestão de líquidos durante as refeições
DISSÉPSIA	Antídotos antitumorais, prokinéticos
SACIEDADE PRECOCE	Refeições pequenas e frequentes
XEROSTOMIA	Aumento da ingestão de líquidos; hidratação da cavidade oral; substitutos de saliva
DIARRÉIA	Alimentação preferencialmente pobre em fibras e gorduras; aumento da ingestão de líquidos. A reposição será necessária.
OBSTIPAÇÃO	Medidas de controle da constipação: laxantes; aumento de alimentos ricos em fibras e ingestão de líquidos
ANSIEDADE / DEPRESSÃO	Antidepressivos; apoio psicológico

83

ANOREXIA / CAQUEXIA - Medidas Gerais

- Privilegiar a alimentação oral;
- Eliminar as restrições dietéticas, que limitam as opções;
- Estabelecer um horário para a alimentação consistente com as preferências do doente;
- Proporcionar pequenas refeições (usar pratos mais pequenos) e de aspecto agradável;
- Permitir as bebidas alcoólicas se o doente está habituado;
- Incentivar o uso de suplementos orais se o doente o desejar;
- Orientar para nutricionista de acordo com a vontade do doente;
- Gerir o ambiente físico;
- Permitir, se isso for a sua vontade, a presença de familiares para comer com o doente;
- Proporcionar higiene oral antes e após as refeições;
- Não forçar a alimentação e evitar a "batalha das refeições"

84

ANOREXIA / CAQUEXIA - Medidas farmacológicas

Os Estimulantes do apetite são adequados apenas para um pequeno número de doentes com anorexia. A sua administração deve ser bem vigiada e devem ser suspensa caso não se observem melhorias 1 a 2 semanas após o início da terapêutica

CORTICOSTEROIDES	
Prednisolona 15-30mg de manhã	Efeito inibitório da atividade das prostaglandinas e pela síntese diminuída do TNF e IL-1
Dexametasona 2-4mg de manhã	Memória transitória do apetite, ingestão alimentar e sensação de bem estar. Útil em cerca de 50% dos doentes Efeito dura apenas algumas semanas

85

ANOREXIA / CAQUEXIA - Medidas terapêuticas

PROGESTAGÊNIO	
Acelato de Megestrol 140-800mg de manhã	Estimulante do apetite com atividade glucocorticóide e diminuição das citocinas
	Memória do apetite, aumento de peso e sensação de bem estar e redução da fadiga
	Sem efeito na sobrevivência do doente
	Efeito dura alguns meses. Útil se sobrevivência estimada superior a 4 semanas Pode aumentar o risco de eventos tromboembólicos, hipertensão arterial e insuficiência supra renal

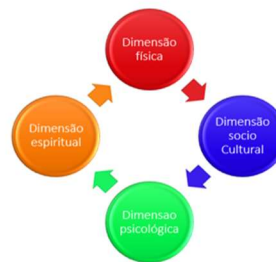
86

ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS



87

Alimentação e Hidratação em Cuidados Paliativos



88

Alimentação e Hidratação em Cuidados Paliativos

"No doente em Cuidados Paliativos, os objetivos do tratamento a nível nutricional são diferentes: não é o da recuperação imunológica e nutricional, nem evitar complicações da desnutrição induzida pelo jejum, sem agravar a condição clínica e, muito menos, melhorar os resultados, mas sim, **garantir a melhor qualidade de vida possível**, tanto para o doente como para os seus familiares, **deve proporcionar prazer, conforto emocional, diminuição da ansiedade e aumento da autoestima, além de permitir maior integração e comunicação com os seus familiares.**"

(Santos, 2011).

SE A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA E O ALÍVIO DO SOFRIMENTO NÃO PODEM SER EVITADOS POR MEIO DA ALIMENTAÇÃO, ELA PASSA A SER FÚTIL NESSE CONTEXTO.

89

Alimentação e Hidratação em Cuidados Paliativos

"A família associa habitualmente os líquidos e os alimentos ao conforto, ao cuidado, à compaixão, ao carinho, à saúde, à vida, ao amor e à preocupação com os seus entes queridos, demonstrando geralmente um maior interesse por questões relativas à alimentação do que por outras questões médicas.

(Santos, 2011).

A recusa de alimentos sólidos e líquidos constitui uma grande preocupação para a família que associa a falta de alimentos ao declínio e à morte da pessoa

90

Alimentação e Hidratação em Cuidados Paliativos

O doente, pode sentir-se culpado por não comer a comida preparada, ou experimentar medo dos sintomas associados à alimentação, afetando a sua capacidade de os consumir e evitando-os como meio de controle dos sintomas.

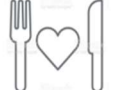
A hora da refeição constitui-se habitualmente como um momento importante e de ansiedade para o próprio e para a família, e um desafio para os profissionais de saúde

91

Alimentação e Hidratação em Cuidados Paliativos

ALIMENTAÇÃO DE CONFORTO

A alimentação de conforto é a alimentação fornecida ao utente, por via oral, respeitando a sua vontade e tolerância. O objetivo é maximizar conforto e não aporte nutricional.



92

Alimentação e Hidratação em Cuidados Paliativos

ASPETOS ÉTICOS DE SUSPENSÃO E NUTRIÇÃO ARTIFICIAL E HIDRATAÇÃO

- Antes de se tomar qualquer tipo de decisão, o esclarecimento deve ser feito.
- Trata-se de uma medida de suporte para doentes gravemente doentes e a sua utilização, sempre que possível, deve ter em conta as preferências do doente e/ou família/cuidadores.
- Devem ser, em fim de vida, preferidas medidas menos invasivas tanto de nutrição como de hidratação.
- Tanto a nutrição como a hidratação tratam-se de procedimentos invasivos, quer seja:
 - ✓ PELO TUBO DIGESTIVO (SNG ou PEG)
 - ✓ POR VIA ENDOVENOSA (com a colocação de acessos periféricos venosos ou centrais)
 - ✓ POR VIA SUBCUTÂNEA (com a necessidade de cateter subcutâneo - hipodermólise)

93

Alimentação e Hidratação em Cuidados Paliativos

ASPETOS ÉTICOS DE SUSPENSÃO E NUTRIÇÃO ARTIFICIAL E HIDRATAÇÃO

- Podem surgir complicações importantes como infeção e sépsis, pneumonites/pneumonias de aspiração, alteração do trato gastrointestinal (ex: diarreia a dietas comerciais), úlceras de pressão, perda de integridade cutânea, agravamento da agitação e confusão.
- Trata-se de uma questão sensível para a maior parte dos doentes, familiares e cuidadores (formais e informais).
- Deve ser interpretada à luz da ética (autonomia, princípios da não maleficência e beneficência). Devem ser respeitadas diretivas antecipadas de vontade.
- A cessação voluntária (quer hídrica, quer alimentar) pode ser legítima (ética, legal e medicamente), mas deve ser sempre interpretada numa tela de valores (incluindo os religiosos)

94

Alimentação e Hidratação em Cuidados Paliativos

ASPETOS ÉTICOS DE SUSPENSÃO E NUTRIÇÃO ARTIFICIAL E HIDRATAÇÃO

- Desde que aplicável, deve ser perguntado ao doente o motivo e tentar otimizar a situação com ele e com os cuidadores.
- A decisão de suspender é multidisciplinar e inclui o doente e a família.
- **Trabalhar mitos, desinformações e medos.**

A equipa multidisciplinar deve fazer tudo o que deve, mas não tudo o que pode.

95



OBRIGADA PELA ATENÇÃO

ana.oliveira.moreno@gmail.com

96