



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

---

# **A Espiritualidade em Cuidados Paliativos – Um imperativo no cuidar em Enfermagem**

Ana Sofia Meira Santos

---

**Fevereiro, 2023**

**Escola Superior de Saúde**



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Ana Sofia Meira Santos  
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Relatório de Estágio de Natureza Profissional  
A Espiritualidade em Cuidados Paliativos – Um imperativo no cuidar em  
Enfermagem

I Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa  
Trabalho efetuado sob a orientação de: Professora Doutora Albertina Marques  
Coorientação: Especialista Bruno Feiteira

Fevereiro de 2023

## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho só se tornou possível com o apoio de um conjunto de pessoas a quem quero dedicar algumas palavras de gratidão:

À Professora Doutora Albertina Marques e ao Enfermeiro Bruno Feiteira, pela orientação relativa ao Estágio de Natureza Profissional, ao relatório de estágio e à realização da *scoping review* e por todos os momentos de reflexão potenciadores de evolução ao longo do estágio.

À Enfermeira Esmeralda Pacheco, pelo acolhimento e por me ter dado a oportunidade de integrar a Equipa.

À Enfermeira Susana Costa e Renata Vieira pela paciência e aprendizagens ao longo do estágio.

A todos os profissionais, em especial à Dra. Márcia Oliveira e ao Dr. Ricardo Fernandes pelo carinho e pela grande importância que detiveram no desenvolvimento de competências.

Ao meu filho Gonçalo, aos meus pais e irmã por tornarem isto possível e por terem assumido parte das minhas responsabilidades.

Ao João, meu companheiro de vida, pelo encorajamento e palavras de incentivo.

Às minhas amigas Vera, Tânia e Diana pela força e ao meu amigo Bruno pela ajuda constante.

À equipa de Oncologia do Trofa Saúde Hospital Central e ao Enfermeiro Coordenador Nuno Venâncio pelo apoio e compreensão.

Aos meus colegas de curso, pelas partilhas de conhecimento e vivências tão positivas neste contexto de aprendizagem.

A todos aqueles que não fiz referência, mas que são igualmente fundamentais na minha vida.

Por último e não menos importante, a Deus.

Um bem-haja a todos!



## PENSAMENTO

“Tu és importante porque és tu!  
Tu és importante até ao último momento da tua vida e nós vamos  
fazer tudo o que pudermos não só para te ajudar a morrer em paz  
mas para viveres até morrer.”

Cicely Saunders (2013)

## RESUMO

O aumento da esperança média de vida leva a que haja uma maior prevalência das doenças crónicas e degenerativas, tornando-se premente a mudança do paradigma do cuidar. Assumindo a inevitabilidade do fim de vida, é essencial que passemos a olhar para a multidimensionalidade da pessoa que é portadora de uma doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, focando-nos naquilo que é a promoção do conforto, do bem-estar e da qualidade de vida. É neste contexto que emergem os Cuidados Paliativos (CP) que têm o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas em situação paliativa e suas famílias, considerando-a como um ser biopsicossocial e espiritual.

Quando a pessoa se depara com um diagnóstico sem perspectiva de cura, pode emergir o sofrimento espiritual, pela perda de sentido da vida, pelo que a abordagem da espiritualidade em CP é de grande relevo. Porém, a intervenção na dimensão da espiritualidade por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros em CP está, ainda, muito aquém daquilo que seria desejado.

Neste sentido, optou-se por realizar o estágio num serviço de cuidados paliativos de um hospital central com o objetivo de desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa. O presente relatório contempla a descrição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas e as competências adquiridas ao longo do Estágio de Natureza Profissional relativas à avaliação e intervenção dos enfermeiros à pessoa em situação paliativa, dando ênfase especial à dimensão da espiritualidade.

Das atividades e competências desenvolvidas destacam-se a realização de formação em contexto de trabalho subordinada ao tema “Espiritualidade em Cuidados Paliativos”; na área da gestão de cuidados destaca-se a realização de um projeto de intervenção designado por “Proposta de Parametrização em SClínico: A dimensão espiritual”. Face à não satisfação das necessidades espirituais das pessoas em situação paliativa e famílias, realizou-se uma *scoping review* relativa às dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual da pessoa em situação paliativa. No domínio do cuidar da pessoa em situação paliativa e família, sustentadas nas múltiplas atividades realizadas e experiências vividas, desenvolveram-se competências especializadas técnico-científicas, éticas e humanas atendendo às dimensões: comunicação, trabalho em equipa, gestão de sintomas e apoio familiar.

Este relatório transparece a necessidade premente de se investir na formação base dos enfermeiros em cuidado espiritual, assim como as instituições de saúde necessitam de

estar mais sensibilizadas para a importância da abordagem da dimensão espiritual das pessoas em situação paliativa e família.

**Descritores:** Cuidados Paliativos; Cuidados de fim de vida; Enfermagem; Espiritualidade; Cuidado Espiritual.

## ABSTRACT

The increase in average life expectancy leads to a higher prevalence of chronic and degenerative diseases, making it urgent to change the paradigm of care. Assuming the inevitability of the end of life, it is essential that we start looking at the multidimensionality of the person who has an incurable and/or serious, progressive and advanced disease, focusing on the promotion of comfort, well-being and the quality of life. It is in this context that Palliative Care (PC) emerges, which aims to improve the quality of life of people in a palliative situation and their families, considering them as a biopsychosocial and spiritual being.

When the person faces a diagnosis with no prospect of cure, spiritual suffering can emerge, due to the loss of meaning in life, which is why the approach to spirituality in PC is of great importance. However, intervention in the dimension of spirituality by health professionals, more precisely by Palliative Care nurses, is still far below what would be desired.

In this sense, it was decided to carry out the internship in a palliative care service of a central hospital with the objective of developing common and specific competences of a specialist nurse in the area of nursing for the person in a palliative situation. This report includes the description and critical-reflective analysis of the activities carried out and the skills acquired during the Professional Internship related to the assessment and intervention of nurses in palliative care, with special emphasis on the dimension of spirituality.

Of the activities and competences developed, emphasis should be given to the work-related training on the theme "Spirituality in Palliative Care"; in the area of care management an intervention project called "Proposal for Parameterization in SCLinico: The spiritual dimension" stands out. In view of the non-satisfaction of the spiritual needs of people in a palliative situation and their families, a *scoping review* was carried out regarding the nurses' difficulties in providing spiritual care for people in a palliative situation. In the field of caring for people in critical situations and their families, supported by the multiple activities carried out and lived experiences, specialized technical-scientific, ethical and human skills were developed, taking into account the dimensions: communication, teamwork, symptom management and family support.

This report shows the urgent need to invest in the basic training of nurses in spiritual care, as well as health institutions need to be more aware of the importance of approaching the spiritual dimension, especially in sick people and families in Palliative Care.



Descriptors: Palliative Care; End-of-life care; Nursing; Spirituality; Spiritual Care.

## **SIGLAS/ACRÓNIMOS**

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

DL – Decreto-Lei

DR – Diário da República

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos

ENP – Estágio de Natureza Profissional

JBI – Joanna Briggs Institute

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPO - Instituto Português de Oncologia

MESH – Medical Subject Headings

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDCA – Plan, Do, Check, Act/Adjust

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

RNCI - Rede Nacional de Cuidados Integrados

SIE – Sistemas de Classificação em Enfermagem

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	6
1. OS CUIDADOS PALITIVOS – CONCEITOS E PRESSUPOSTOS .....	7
2. A ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	13
2.1. O CONCEITO DE ESPIRITUALIDADE .....	13
2.2. A ANGÚSTIA ESPIRITUAL.....	16
2.3. O BEM-ESTAR ESPIRITUAL .....	17
2.4. PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDAR ESPIRITUAL EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	19
CAPÍTULO 2 – O CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL .....	24
1. O PERCURSO ATÉ AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS .....	25
1.1. O ESTÁGIO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	25
1.2. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	27
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO .....	31
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR.....	31
2.2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO - EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	32
2.3.1. A dinâmica da EIHSCP .....	33
2.3.2. Caracterização das pessoas em situação paliativa assistidas na EIHSCP.....	35
3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	39
3.1. ANÁLISE DOCUMENTAL DE PROCESSOS DE ENFERMAGEM .....	39
3.2. QUESTIONÁRIO AOS ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	40
3.3. ENTREVISTA A INFORMANTE PRIVILEGIADO .....	44

CAPÍTULO 3 – ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	47
1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E FAMÍLIA .....	48
1.1. A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO COM OS INTERVENIENTES NO PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E FAMÍLIA .....	49
1.2. TRABALHO EM EQUIPA EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	58
1.3. O CONTROLO DE SINTOMAS DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA ..	61
1.4. APOIO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA.....	68
1.5. ÉTICA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS .....	71
2. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS E DESENVOLVIDAS NO DOMÍNIO DA FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO .....	76
3. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO DOMÍNIO DA GESTÃO.....	81
4. INVESTIGAÇÃO EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS .....	87
CONCLUSÕES .....	91
BIBLIOGRAFIA .....	95
APÊNDICES .....	112
APÊNDICE A - Extração de dados para caracterização das pessoas referenciadas para a EIHS CP.....	113
APÊNDICE B – Focos com intervenções parametrizadas em SClínico: “Crença” e “Crença Espiritual” .....	119
APÊNDICE C – Questionário de Identificação de Necessidades.....	121
APÊNDICE D – Questionário da entrevista ao informante privilegiado.....	125
APÊNDICE E - Declaração de consentimento informado livre e esclarecido.....	127
APÊNDICE F – Certificado de Formação sobre Comunicação .....	129
APÊNDICE G –Atividade formativa “Espiritualidade em Cuidados Paliativos” .....	132
APÊNDICE H – Plano de sessão da atividade formativa.....	135

APÊNDICE I – Ficha de inscrição da formação.....	138
APÊNDICE J - Questionário de Avaliação da Sessão .....	141
APÊNDICE L – Cartaz para divulgação da formação pelos serviços .....	146
APÊNDICE M – Apresentação PowerPoint utilizada na formação.....	148
APÊNDICE N – Categorização das respostas dos formandos acerca do conceito de espiritualidade .....	165
APÊNDICE O – Lembranças entregues aos formandos.....	167
APÊNDICE P – Avaliação da formação por parte dos formandos .....	170
APÊNDICE Q – Proposta de parametrização em SClínico: A dimensão espiritual”	174
APÊNDICE R – Scoping Review aprovada para publicação na Revista Nursing....	187
APÊNDICE S – Aprovação da publicação da scoping review na Revista Nursing..	207
APÊNDICE T - Instrumento para seleção final dos artigos .....	210
APÊNDICE U– Instrumento para elaborar as fichas de leituras .....	212
ANEXOS.....	214
ANEXO A – Procedimento de referenciação para a EIHSCP .....	215
ANEXO B- Escalas para avaliação da dimensão espiritual validadas para a população portuguesa .....	217
ANEXO C – Email com autorização da utilização da escala herth hope index.....	220
ANEXO D - Divulgação da formação pela unidade hospitalar .....	222
ANEXO E – Escala Herth Hope Index.....	224
ANEXO F - Atribuições do enfermeiro dinamizador dos sistemas de informação em enfermagem.....	226

## INDICE DE QUADROS

Quadro 1. – Caraterísticas do diagnóstico de Angústia Espiritual (Carpenito, 2005: 762)	16
Quadro 2. – Expressões relativas a necessidades espirituais - Koenig e Pritchett (1998)	18
Quadro 3. – Quadro de referência para cuidados espirituais (Taylor, 2002)	21

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. – Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022	9
-------------------------------------------------------------------------------------------	---

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. – Género das pessoas em situação paliativa referenciadas	36
Gráfico 2. – Motivo de Referenciação para a EIHSCP	36
Gráfico 3. – Nº de dias desde referenciação até 1ª observação pela EIHSCP	37
Gráfico 4. – Serviços que referenciam para a EIHSCP	37
Gráfico 5. – Pessoa em situação do foro oncológico/não-oncológico	37
Gráfico 6. – Necessidade de realização de conferências familiares	38
Gráfico 7. – Motivo de alta da pessoa em situação paliativa	38
Gráfico 8. – Opinião do enfermeiro relativa à espiritualidade, como dimensão importante na intervenção em saúde às pessoas em situação paliativa	41
Gráfico 9. – Intervenção do enfermeiro relativa à identificação de necessidades espirituais das pessoas em situação paliativa	41
Gráfico 10. – Razões subjacentes à não execução de intervenções de identificação de necessidades espirituais das pessoas em situação paliativa	41
Gráfico 11. – Intervenção do enfermeiro relativa à implementação e avaliação de intervenções no âmbito dos cuidados espirituais à pessoa em situação paliativa	42
Gráfico 12. – Razões subjacentes à não implementação e avaliação de intervenções no âmbito dos cuidados espirituais à pessoa em situação paliativa	42
Gráfico 13. – Referenciação da pessoa em situação paliativa com angústia espiritual para profissionais com competência específica no cuidado espiritual, realizada pelos enfermeiros	43
Gráfico 14. – Razões subjacentes à não referenciação da pessoa em situação paliativa com angústia espiritual para profissionais com competência específica no cuidado espiritual, realizada pelos enfermeiros	43



## **INTRODUÇÃO**

O aumento da esperança média de vida leva ao aumento da prevalência das doenças crónicas e degenerativas, com necessidade de alteração do paradigma do cuidar.

Em Portugal, a esperança média de vida à nascença é de 80,7 anos: 77,7 anos na população masculina e 83,4 na população feminina (PORDATA, 2021).

Através dos dados dos censos, no ano de 2011, Portugal apresentava uma percentagem de idosos acima dos 65 anos de 19% e no ano de 2021 aumentou para 23,4%. Quanto ao índice de envelhecimento (idosos por cada 100 jovens), no ano de 2011 foi de 127,8, no ano de 2021 aumentou para 182,1 (PORDATA, 2021). Efetivamente constata-se envelhecimento populacional e as previsões do Instituto Nacional de Estatística (INE) denotam isso. De acordo com as projeções do INE, o número de idosos acima dos 65 anos passará de 2,1 para 2,8 milhões em pouco mais de 40 anos e o índice de envelhecimento quase duplicará, passando para 317 idosos por cada jovem, em 2080 (INE, 2017). De acordo com esta realidade e com o confronto com a inevitabilidade do fim de vida em que a pessoa experiêcia uma variedade de emoções e sentimentos penosos, é essencial que deixemos de nos focar apenas na cura e passemos a olhar para a multidimensionalidade da pessoa em situação paliativa, colocando-se o foco no conforto, maximizando a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento. É neste contexto que emergem os Cuidados Paliativos (CP).

A OMS refere que os CP assentam numa abordagem cuidativa, proporcionando ajuda para que a pessoa em situação paliativa e família vivam da forma mais plena possível até à sua morte, numa perspetiva de parceria de cuidados, identificando-se precocemente ou até mesmo prevenindo-se problemas físicos, psicossociais e espirituais, tendo por base a mais atual evidência científica. Tudo isto com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada ao longo do seu ciclo vital, bem como das suas famílias (OMS, 2020) tendo em conta a pessoa como um ser biopsicossocial e espiritual.

É importante referir que os CP, frequentemente muito associados ao fim de vida, não são necessariamente cuidados exclusivos à pessoa idosa, mas também uma realidade necessária a pessoa adultas, jovens e até crianças.

Segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP (2021-2022), entre 81.553 e 96.918 pessoas em Portugal necessitam de CP. Quanto à população pediátrica, este valor estimado é de 7658 crianças com necessidades paliativas.

Apesar dos CP terem surgido em Inglaterra em 1968, as primeiras camas em Portugal só surgiram mais de duas décadas depois (Marques, 2014) e apesar de já terem sido introduzidos no país há mais de 30 anos continuamos a assistir a uma falta de

capacidade de resposta às necessidades da população, segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP 2021-2022. Segundo a mesma fonte há, ainda, a necessidade de criar 27 Equipas Comunitárias de Suporte em CP, duas Equipas Intra-Hospitalares de Suporte de CP e aumentar a capacidade das Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), sendo necessárias 441 camas quando, na realidade, apenas existem 227.

Quando uma pessoa se depara com uma situação de finitude da vida, pode surgir associado o sofrimento espiritual, pela perda de sentido, perda do significado da vida e perda da esperança (Gomes et al., 2017), pelo que é conferida uma grande importância à abordagem da dimensão da espiritualidade em CP.

Este conceito de espiritualidade pode ser percebido como a busca de respostas para questões existenciais sobre a vida, sobre o seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente podendo, ou não, resultar do desenvolvimento de rituais religiosos (Panzini et al., 2007). A evidência científica reconhece o impacto espiritual que a doença tem numa pessoa em situação paliativa (Twycross, 2003; Balboni & Balboni, 2018; Booth & Kaylor, 2016). Neste sentido, é indiscutível que a espiritualidade constitui um fator importante na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas sem perspectivas de tratamento curativo (Evangelista et al., 2016).

No entanto, apesar deste reconhecimento, a espiritualidade continua a constituir uma dimensão muito negligenciada do modelo biopsicossocial e espiritual do cuidar (Balboni et al., 2014; Balboni & Balboni, 2018). Embora o número de estudos acerca desta temática tenha tido um crescimento acentuado nos últimos anos, na prática clínica ainda está muito aquém de lhe ser dada a importância que merece, tanto nas intervenções de enfermagem, como nas políticas organizacionais das instituições de saúde. Esta situação deve-se, essencialmente, à falta de formação dos profissionais de saúde na área da espiritualidade (Evangelista et al., 2016; Rocha, 2017; Walker & Breitsameter, 2017; Kang et al., 2021; Oliveira et al., 2021; Lukovsky et al., 2021), levando a que estes profissionais não sejam capazes de identificar e de fazer face às necessidades espirituais das pessoas em situação paliativa (Phelps et al., 2012; Ross et al., 2014). Esta circunstância conduz a que exista muito pouca ou nenhuma intervenção direcionada à dimensão espiritual ao longo do processo de cuidar da pessoa em situação paliativa (Demirbag & Ozkan, 2018; Arrieira et al., 2018). Face ao cuidar espiritual praticamente inexistente, a angústia espiritual continua a ser a maior de todas as dores, aquela que menos se conhece e na que menos se investe (Santos, 2009).

Posto isto, destaca-se que o Estágio de Natureza Profissional (ENP) surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, sob orientação da Professora Doutora Albertina Marques e do Enfermeiro Bruno Feiteira cujo relatório se intitula “Espiritualidade em Cuidados Paliativos: um imperativo do cuidar em enfermagem. A escolha do título baseou-se em dois fundamentos: no reconhecimento das limitações e da necessidade dos enfermeiros desenvolverem competências no cuidar espiritual expressa nos vários estudos consultados; e pela identificação destas mesmas necessidades no serviço no qual foi desenvolvido o estágio.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), há mais de 20 anos, esclarece no artigo 100º do Decreto-Lei (DL) nº 104/98, que o enfermeiro assume o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, através da frequência de ações de qualificação profissional. Também, no documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, num dos seus enunciados descritivos, o enfermeiro, na busca permanente da excelência do exercício profissional, destaca-se a importância da formação e desenvolvimento profissional, de modo a promover a qualidade dos serviços de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

De modo a promover uma prática profissional mais competente e com a máxima excelência dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação paliativa, família e comunidade, foi essencial esta opção de frequentar o 1º Curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa como resposta à necessidade de enriquecer o conhecimento e obter competências em vários domínios, nomeadamente no científico, técnico e humano na área da enfermagem especializada em CP.

Neste sentido, o ENP realizou-se na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos (EIHSCP) de uma unidade hospitalar no Norte que contemplou um total de 390h presenciais e 200h não presenciais para a elaboração do relatório.

Com base nos objetivos de ensino aprendizagem preconizados no Estágio de Natureza Profissional, pessoalmente foi definido como objetivo geral, desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa. Tendo em conta as necessidades e interesses, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Compreender e empregar os valores e princípios dos CP nos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação paliativa e sua família;
- Desenvolver competências na conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação

paliativa e família, maximizando a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento e sintomatologia inerente à situação de doença;

- Desenvolver competências de trabalho em equipa, colaborando com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio;
- Adquirir competências comunicacionais e relacionais, nomeadamente na comunicação de más notícias e apoio ao luto, integrando a equipa de CP;
- Adquirir competências relativas de reflexão crítica relativas a assuntos complexos e dilemas éticos inerentes à prática dos CP;
- Desenvolver competências comunicacionais e relacionais na prestação de cuidados à família da pessoa em situação paliativa, apoiando no processo de luto;
- Desenvolver competências na formação em contexto de trabalho;
- Desenvolver competências na gestão de cuidados;
- Desenvolver competências de investigação.

Com a elaboração deste relatório, pretende-se efetuar uma análise e reflexão na e sobre a prática de cuidados e está organizado da seguinte forma: O primeiro capítulo refere-se ao enquadramento conceptual onde abordo o conceito de CP, de espiritualidade e a importância do cuidar espiritual em contexto de CP. O segundo capítulo diz respeito ao percurso até ao desenvolvimento de competências especializadas, à caracterização do contexto do presente estágio e ao diagnóstico de necessidades. No terceiro capítulo apresenta-se as atividades realizadas e a reflexão acerca das competências desenvolvidas no domínio dos cuidados de enfermagem especializados, segundo os 4 pilares dos CP: comunicação eficaz, apoio à família, controlo sintomático e trabalho em equipa. É abordado, também, a ética na prestação de cuidados; no domínio da formação e da gestão. Este capítulo contempla, ainda, o desenvolvimento do estudo de investigação, concretizado através da realização de uma *scoping review* intitulada “Dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual da pessoa em situação paliativa: uma *scoping review*”. Para finalizar apresenta-se a conclusão e em apêndice e anexo os documentos considerados relevantes nas diferentes atividades realizadas.

## **CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

## 1. OS CUIDADOS PALITIVOS – CONCEITOS E PRESSUPOSTOS

O conceito de CP é algo relativamente recente. No entanto, o cuidar de pessoas moribundas, em fim de vida, já provém de há muito tempo.

Já afirmava Collière que a prática do cuidar é tão antiga como a própria Humanidade (Collière, 1985). Porém, o mesmo não se pode afirmar em relação ao cuidar em fim de vida. Até ao século IV a.C. viveu-se uma época em que cuidar da pessoa em fim de vida significava contrariar as leis da natureza e por isso eticamente condenável (Eti, 2011).

Mais tardiamente, no século XI surgem os primeiros locais concebidos para cuidar das pessoas em fim de vida que foram designados por hospícios, termo cuja origem está na palavra latina “*hospes*”, que significa hóspede. Durante a idade média, o cuidado à pessoa em fim de vida era da responsabilidade das ordens religiosas e permaneceu dessa forma durante vários séculos (Eti, 2011). No século XVIII, a assistência espiritual para aqueles cuja morte estava próxima era uma preocupação, havendo da parte dos que cuidavam dos moribundos, um conjunto de práticas com o intuito de os ajudarem a ter uma boa morte (Costa, 2012).

Por sua vez, os CP propriamente ditos, surgiram em Inglaterra, em 1968, tendo como grande impulsionadora Cicely Saunders (Neto, 2016).

Se a história dos CP a nível mundial é extensa, em Portugal é bem mais restrita e recente surgindo nos anos 90 do século XX. Foi em 1992 que surgiram as primeiras camas destinadas a doentes com neoplasias em fase avançada, integradas numa Unidade de Dor, no hospital do Fundão, constituindo a primeira estrutura destinada a pessoas em situação paliativa no nosso país (Marques, 2014).

Em 1994, surge a primeira UCP no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto e à posteriori, em 2001, no IPO de Coimbra (Marques, 2014).

Ainda nos anos 90, mais precisamente em 1995, foi criada a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) com o propósito de reforçar e melhorar o panorama da formação e prestação dos CP em Portugal, tendo como fim último melhorar a qualidade de vida dos doentes com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada e suas famílias. Esta mesma associação trabalha em articulação com os profissionais de saúde e com as organizações e tem tido um papel fundamental no impulsionamento dos CP em Portugal (Capelas et al., 2014).

Vária legislação surgiu com o intuito de regulamentar esta tipologia de cuidados, designadamente:

- Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP): Publicação pelo Ministério da Saúde em 2004 e aprovação da revisão em 2010;
- Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCI) – Criação da RNCI em 2006;
- Decreto-lei nº52/2012: Lei de bases dos CP a qual consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos CP;
- Decreto-lei nº136/2015: definição da Rede Nacional de CP como uma rede própria, independente da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2015;
- Despacho nº7824/2016: Constituição da primeira Comissão Nacional de CP, iniciando-se a regulamentação desta Rede, 2016;
- Despacho nº 14311/2016: Implementação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP no biénio 2017-2018 com o intuito de organização dos serviços e formação dos recursos humanos,2016;
- Decreto-lei nº31/2018: lei que regula os direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, 2018;
- Despacho nº3721/2019: Implementação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP no biénio 2019-2020;
- Comissão Nacional de CP: implementação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP no biénio 2021-2022.

Apesar dos CP já terem sido introduzidos em Portugal há mais de 30 anos, continua-se a assistir, quer por situações que ocorrem na prática de cuidados quer pelas notícias divulgadas pelos meios de comunicação social, a um enorme desconhecimento e tabu relativamente aos mesmos (Rothe, 2020).

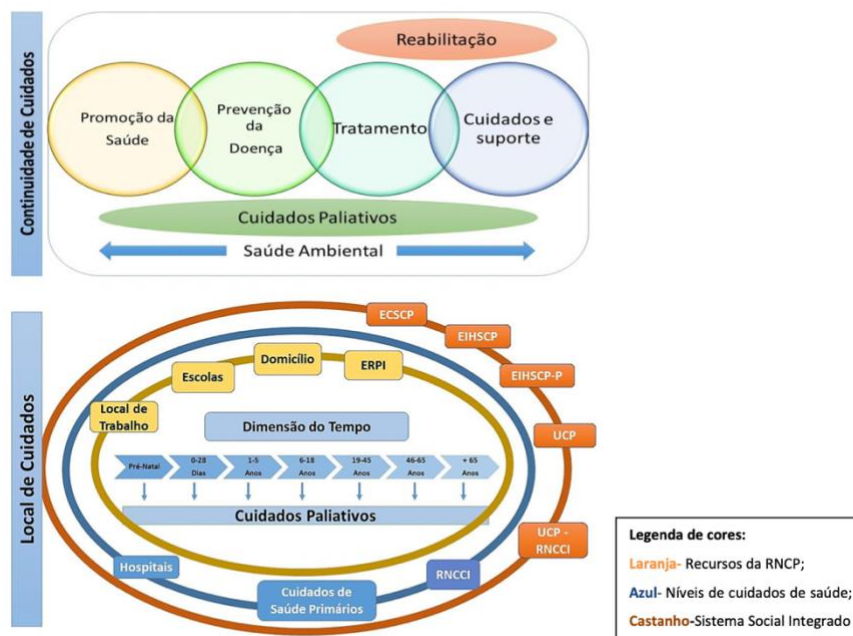
Por outro lado, a Rede Nacional de CP não tem, ainda, capacidade de dar resposta às necessidades da pessoa em fim de vida e suas famílias. Tal como já se mencionou, segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP 2021-2022, mais de 90.000 pessoas necessitam de CP em Portugal, havendo ainda carência de unidades de CP específicas.

Decorrente da incapacidade de resposta à população, com o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP 2021-2022, assinala-se a necessidade de uma mudança no sentido da recuperação dos recursos humanos para as funções originalmente previstas nas equipas de CP e que tiveram que ser mobilizados aquando a pandemia COVID. Nos próximos 10 anos, o grande objetivo é que os CP em Portugal estejam integrados



em todo o sistema de saúde e acessíveis a nível nacional, proporcionando o suporte necessário em todos os níveis de cuidados (CNCP, 2021-2022).

Figura 1. – Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP 2021-2022, pag.12.



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

Como já referido, a esperança média de vida aumentou e, com ela, as patologias relacionadas com a falência de órgãos e/ou degenerativas. Emerge, por isso, a necessidade de resposta ativa aos problemas decorrentes da doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, na tentativa de prevenir o sofrimento e proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estas pessoas em situação paliativa e famílias (APCP, 2018).

Aceitando a inevitabilidade do fim de vida, é essencial que os cuidados assentem no cuidar e na multidimensionalidade da pessoa em situação paliativa (Silva, 2016), alterando-se o paradigma do modelo biomédico centrado no tratamento e na cura.

Relativamente ao conceito de CP, este também sofreu evolução ao longo do tempo. Em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu Cuidados Paliativos como um cuidado ativo e total para pessoas que possuam doenças sem perspetiva de tratamento ou cura, com o enfoque essencial no controle da dor e outra sintomatologia, assim como de problemas psicossociais e espirituais (OMS, 2014). Nesta definição, com mais de 3 décadas, já se salientava a importância da dimensão espiritual.

Por sua vez, a European Association for Palliative Care (EAPC) (2009) define CP como cuidados ativos e integrais que são prestados à pessoa em situação paliativa e família, cuja doença não responde a tratamentos curativos, sendo prioritário o controlo sintomático, problemas sociais, psicológicos e espirituais. Acrescentam, ainda, que se tratam de cuidados interdisciplinares e que devem ser prestados onde a pessoa em situação paliativa e família o desejem, quer seja em casa ou no hospital (Radbruch & Payne, 2009).

Uma outra definição de CP é a que está consagrada na Lei de Bases nº 52/2012 dos CP, aprovada pelo Parlamento Português em 2012, que refere que CP são cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em regime de internamento ou no domicílio, a pessoas em situação de sofrimento proveniente de doença incurável ou grave, em fase progressiva e avançada, assim como às famílias, com o principal objetivo de promover o bem-estar e a qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, através da identificação precoce e do tratamento de problemas não só físicos, mas psicossociais e espirituais.

Para a International Association for Hospice and Palliative Care, os CP baseiam-se em cuidados holísticos e ativos que são prestados a indivíduos com sofrimento intenso decorrente de doença grave sem perspetiva de cura e especialmente em fim de vida, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa, famílias e cuidadores (International Association for Hospice and Palliative Care, 2018).

Em 2020, a OMS atualiza o conceito e define CP como uma abordagem cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada ao longo do seu ciclo vital, bem como das suas famílias face aos problemas inerentes à sua condição clínica (OMS, 2020). Acrescenta, também, que o objetivo é prevenir e aliviar o sofrimento com deteção precoce, avaliação e intervenção terapêutica da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais e que o acesso a esses cuidados deve ser fortalecido nos sistemas de saúde (OMS, 2020).

Os CP assumem, assim, a necessidade de humanizar os cuidados e de se assegurar que as pessoas em fim de vida e suas famílias não sejam incorretamente tratadas e sujeitas a sofrimento (Neto, 2020).

Analisando os diversos conceitos de CP apresentados, pode-se afirmar que se baseiam em cuidados holísticos, ativos, totais, coordenados e interdisciplinares, dirigidos a pessoas com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, família e/ou

cuidadores, com foco no controle da dor e outra sintomatologia inerentes à condição clínica, assim como de problemas psicossociais e espirituais, com o fim último de melhorar a qualidade de vida, prevenir e aliviar o sofrimento, sendo prestados em unidades específicas, em regime de internamento ou domicílio.

Relativamente à filosofia dos CP, estes assentam em vários princípios que norteiam a sua prática e que lhes são inerentes:

- Prevenção, identificação precoce e avaliação dos problemas físicos, do sofrimento psicológico, da angústia espiritual e das necessidades sociais, devendo ser sempre baseados na melhor evidência científica;
- Proporcionam apoio para ajudar a pessoa em situação paliativa a viver da forma mais plena possível até à morte, facilitando a comunicação eficaz, permitindo que a pessoa e a sua família determinem quais os objetivos de tratamento;
- São aplicáveis durante todo o curso da doença, de acordo com as necessidades da pessoa em situação paliativa;
- Sempre que importante, são fornecidos em conjunto com intervenções terapêuticas modificadoras da evolução da doença;
- Podem influenciar positivamente a evolução da doença;
- Não pretendem antecipar nem adiar a morte;
- Afirmam a vida e reconhecem a morte como um processo natural;
- Proporcionam apoio à família e aos cuidadores durante a doença e no período de luto;
- São prestados reconhecendo e respeitando os valores e crenças culturais da pessoa em situação paliativa e da sua família;
- São aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados (domicílio e instituições) e em todos os níveis de cuidados (primário ao terciário);
- Podem ser fornecidos por profissionais com formação básica em CP;
- Requerem CP especializados prestados por equipas multidisciplinares para a referenciação de casos complexos (International Association for Hospice and Palliative Care, 2018).

Para além da filosofia dos CP, salienta-se que a prática dos mesmos assenta em quatro pilares fundamentais: controlo sintomático, comunicação eficaz, apoio à família e trabalho em equipa (Neto, 2010).

O controlo sintomático deve ser uma preocupação major da equipa interdisciplinar, não só através das medidas farmacológicas e não farmacológicas, mas serem treinados para atender à dor total e às necessidades espirituais da pessoa em situação paliativa, capacitando-a a lidar com seu sofrimento (Guilherme et al., 2020).

Para além do controlo sintomático, é na área da comunicação que se situam as maiores necessidades das pessoas em situação paliativa e famílias e que estes as qualificam como sendo de maior importância na qualidade dos cuidados (Neto, 2016).

Paralelamente à pessoa em situação paliativa, a família também adocece e o apoio às famílias e aos que cuidam é parte integrante das equipas de CP (Neto, 2020), sendo necessário intervir nas suas necessidades, na adaptação às perdas e no luto.

A pessoa em situação paliativa e família em CP devem ser assistidos integralmente, o que implica um complemento de saberes e partilha de responsabilidades que é feito em equipa multidisciplinar (Ribeiro & Martinez, 2016).

Em síntese, o cuidar da pessoa em fim de vida e da sua família implica que todos estes pilares estejam presentes para o atingir dos objetivos dos CP e para se implementar cuidados intensivos de conforto, focados na pessoa em situação paliativa como ser biopsicossocial e espiritual.

## 2. A ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS

A espiritualidade constitui um aspeto intrínseco ao Homem e, como tal, deve ser incluída na prática de cuidados de enfermagem. Pesquisas recentes salientam esta forte ligação entre saúde e espiritualidade, uma vez que promove o bem-estar (Castilho, 2021), existindo imensos benefícios de incluir a espiritualidade na prática de cuidados (Best et al., 2015; Epstein-Peterson et al., 2015; Camargos et al., 2015). Esta pode constituir um recurso interno para a saúde, promotora de esperança, resiliência e enfrentamento (Bárbara Vincensi, 2019) e considerada uma fonte de apoio para enfrentar situações difíceis (Gomes et al., 2017).

### 2.1. O CONCEITO DE ESPIRITUALIDADE

Definir a espiritualidade não é simples, dada a sua natureza subjetiva, o que acaba por comprometer a abordagem da espiritualidade. Como referem Swinton & Pattison (2019), é por existir essa imprecisão do termo que demonstra a importância de se abordar esta temática pois, em geral, está ausente ou é pouco abordada nos cuidados em saúde.

As definições acerca da espiritualidade são inúmeras e a preocupação com o cuidar espiritual tem crescido exponencialmente nos últimos anos. Em 1986, Amenta definiu espiritual como o “eu”, como a essência da nossa personalidade e como a parte que está em comunhão com o transcendente. Acrescenta que é a dimensão de cada indivíduo que nos dá consciência de nós próprios, das nossas finalidades, valores e relacionamento com os outros (Amenta, 1986).

Em 1992, Red (1992) definiu a espiritualidade como sendo a predisposição de um indivíduo para atingir significados através do sentido de relação com dimensões que transcendem o próprio, ou seja, com o oculto, com Deus.

Em 1997, Fowler (1997) referiu que a espiritualidade é um caminho no qual a pessoa vive tendo em conta o seu significado último, as suas crenças e os seus valores, implicando um processo de crescimento e de amadurecimento.

Por sua vez, em 1999, Narayanasamy (1999) descreveu a espiritualidade como algo que está presente em todas as pessoas e que constitui a razão para a nossa existência, manifestando-se através de sentimentos como sensação de paz interior ou através da coragem que advém da perceção da relação com um Deus/transcendente, independentemente de qual seja a entidade suprema. Esta dimensão espiritual manifesta-se, ainda, através da presença de sentimentos que revelam a existência do amor, da fé, da esperança, da confiança, do respeito e da inspiração.

Em 2009, Deeken (2009) define espiritualidade como a capacidade do indivíduo ter consciência de si mesmo e de procurar um sentido para os acontecimentos da sua vida, como é o caso do aparecimento de uma doença terminal. Acrescenta que situações ligadas à morte e ao luto, poderão constituir um estímulo para o crescimento espiritual, assim como, por outro lado, podem levar a quadros de angústia espiritual.

Também em 2009, Sílvia Caldeira (2009) caracterizou a espiritualidade como sendo exclusiva do ser humano, influenciando a sua maneira de ser e atuar, potenciando a sua dignidade e fazendo dele um ser único (Caldeira, 2009).

A espiritualidade aponta, de uma forma global, para o sentido da vida e a maioria das definições referem-se à transcendência, onde existe o que não é material e onde não há necessidade de existir lógica nem objetividade (Reginato et al., 2016).

Assim, a maior parte dos estudos realizados definiram espiritualidade como sendo uma medida de produção de sentido e de propósito existencial, constituindo algo mais amplo que o conceito de religiosidade (Esperandio & Leget, 2020).

De ressaltar que os termos espiritualidade e religião são aplicados, muitas vezes, de maneira indistinta e, apesar de estarem interligados não têm o mesmo significado (Gomes et al., 2017).

O termo religião frequentemente está relacionado com um sistema organizado de fé, crenças, rituais, práticas e linguagem que representam uma comunidade, baseando-se essa mesma comunidade na crença de um ser divino (Edwards, 2010) enquanto que o termo espiritualidade está relacionado a uma busca de significado e propósito de vida, a qual pode ou não estar relacionada à religião (Puchalski, 2004). Assim, a religião representa uma das muitas formas de expressão espiritual (Puchalski, 2004), não sendo conceitos totalmente indissociáveis. A espiritualidade pode ser percebida como a busca por respostas para questões existenciais sobre a vida, sobre o seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente e isso pode ou não, resultar do desenvolvimento de rituais religiosos (Panzini et al., 2007).

Um aspeto em comum nestes dois conceitos é que ambos constituem dimensões centrais para as pessoas que estão em CP (Steinhauser et al., 2000; Sulmasy, 2006; Balboni et al., 2007) e estão descritas várias vantagens do cuidar espiritual em CP. Estudos têm demonstrado que a espiritualidade preserva a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa, minimizando os sintomas físicos severos (Cohen et al., 1996; Balboni et al., 2007; Thompson et al., 2009; Evangelista et al., 2016), promove a aceitação do prognóstico da doença (Thompson et al., 2009) e protege contra a perda da esperança e o desespero do fim de vida (McClain et al., 2003).

Salientar, por fim, que os profissionais de saúde consideram que o conceito de espiritualidade está insuficientemente definido, pelo que seria importante e necessário um conceito claro sobre o que é a espiritualidade, para que pudessem promover uma assistência espiritual de qualidade e adequada (Evangelista et al., 2016). Cabe aos enfermeiros procurarem aprofundar os seus conhecimentos e competências na dimensão da espiritualidade e estarem sensíveis para a importância de se abordar esta temática junto das pessoas na prática de cuidados.

Constata-se que o sofrimento espiritual é uma realidade presente em pessoas em situação paliativa e suas famílias, pelo que a espiritualidade necessita ser uma componente central nos CP de qualidade (Manchola et al., 2016; Kang et al., 2021). Efetivamente, só com a prestação de cuidados espirituais é que se torna possível que sejam alcançados cuidados holísticos através da humanização da morte e da promoção de um fim digno (Navarro et al., 2022).

Assim, para a pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, o cuidar espiritual tem vários benefícios: é fonte de sentido quando a pessoa em situação paliativa é confrontada com o diagnóstico de doença sem perspectiva de cura; é promotora de sensação de bem-estar e de qualidade de vida; pode ser um recurso ao coping como forma de enfrentamento; serve como suporte à pessoa em situação paliativa e família; e constitui um meio de resignação da vida (Esperandio & Leget, 2020). Caldeira (2009) corrobora a importância da espiritualidade nos cuidados de saúde, caracterizando-a como fonte de força, fé e conforto, podendo contribuir para um maior bem-estar e aceitação do processo de fim de vida. Ainda Velosa et al., (2017) afirmam que a espiritualidade da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada é considerada uma força motriz para fornecer resposta a circunstâncias relacionadas com a própria existência e com o sentido da vida, podendo ser vista como agente de transformação e regulação de emoções e como ferramenta eficaz na redução de depressão e ansiedade numa fase final de vida.

Face ao exposto, pode-se afirmar que a espiritualidade é uma das mais importantes dimensões humanas em que o enfermeiro deve intervir no cuidar de pessoas confrontadas com um diagnóstico de uma doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada. De facto, os enfermeiros, pela proximidade de acompanhamento das pessoas que cuida têm um papel preponderante na conceção, diagnóstico planeamento, execução e avaliação de cuidados espirituais em CP.

Ao abordar-se o conceito de espiritualidade, emergem outros conceitos relevantes como é o caso da angústia espiritual e do bem-estar espiritual que merecem ser elucidados, pelo que se aborda de seguida cada um deles.

## 2.2. A ANGÚSTIA ESPIRITUAL

A missão da equipa multidisciplinar em CP deve centrar-se na promoção do bem-estar biopsicossocial e espiritual. Porém, as necessidades espirituais podem não ser identificadas e/ou adequadamente atendidas, levando ao surgimento de situações de angústia espiritual. Quem é acometido por uma doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, muitas vezes procura apoio espiritual nos momentos de desesperança, de dor e da proximidade da morte, de forma a ir em busca de significados para os acontecimentos da vida (Tarouco et al., 2009). Quando não alcançam esse tal encontro de significado, está-se perante uma situação de risco de angústia espiritual. Esta caracteriza-se pela perda de sentido da vida, diminuição da capacidade de autodeterminação marcada por sentimentos de culpa, refletidos na impotência, abandono e perda de esperança, que pode levar ao desespero e contribuir para uma sensação de falta de serenidade (Deeken, 2009).

De modo a ser possível definir o diagnóstico de enfermagem relativo a angústia espiritual, torna-se fulcral haver conhecimento das características que o definem (Carpenito, 2005), os quais se mostram no Quadro 1.

**Quadro 1. – Características do diagnóstico de Angústia Espiritual**

Caraterísticas do diagnóstico de Angústia Espiritual	Maiores	Apresenta preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou Deus
	Menores	Expressa falta de significado/propósito na vida e da morte e/ou raiva de Deus
		É incapaz de experimentar a transcendência
		Expressa alienação ou isolamento
		Questiona o sofrimento
		Expressa falta de serenidade
		Expressa desespero
		Expressa necessidade de assistência espiritual
		Expressa falta de esperança
		Expressa falta de amor
		Sente-se abandonado
		Expressa sentimentos de culpa
		Recusa interagir com pessoas significativas
		Expressa alteração do comportamento: tristeza e choro
		Expressa falta de coragem
		É incapaz de expressar criatividade
		Expressa sentimentos de pesar
Expressa alteração do comportamento: raiva		
Não se interessa pela natureza/ambiente		
Expressa revolta		

Fonte: Carpenito, 2005: 762



Apesar dos profissionais de saúde em contexto de CP identificarem alguns destes critérios, sentem-se desconfortáveis na prestação de cuidados espirituais, uma vez que não têm confiança, decorrente da falta de formação sobre a espiritualidade (DiJoseph & Cavendish, 2005). Estes autores, neste mesmo estudo, constataram, também, que os registos de enfermagem sobre os cuidados espirituais raramente são realizados, sendo que o único registo que se verificou foi relativamente à visita de um capelão/assistente espiritual (DiJoseph & Cavendish, 2005), ficando muito aquém daquilo que poderá ser a intervenção no cuidar espiritual.

Assim, cabe aos enfermeiros, designadamente aos que exercem funções em contextos de CP, estarem sensibilizados para a possibilidade eminente de situações de angústia espiritual provocada pelo impacto que um diagnóstico de uma doença incurável e/ou grave progressiva e avançada pode ter na pessoa em situação paliativa e família e ter competências avançadas e especializadas que lhes permitam intervir precocemente, de forma a proporcionar o bem-estar espiritual.

### 2.3. O BEM-ESTAR ESPIRITUAL

O conceito de bem-estar espiritual surgiu há várias décadas, sendo idealizado como um estado de paz e de harmonia que a pessoa apresenta (Hungelmann et al., 1985).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), bem-estar espiritual é a “Imagem mental de estar em contacto com o princípio da vida, que atravessa todo o ser e que se integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial “(CIPE, 2011, pp.95).

Para a avaliação da espiritualidade e do bem-estar espiritual existem vários instrumentos para esse efeito (Pereira, 2012). Numa revisão sistemática da literatura, Lucchetti et al., (2013) identificaram 25 instrumentos para uso clínico. No entanto, através da pesquisa no observatório português de CP, constatou-se que, destas escalas que são abordadas no estudo, apenas a escala de Herth Hope Index, da autoria de Ana Querido, Andreia Viana, António Barbosa e Maria dos Anjos Dixie (2010), se encontra validada para a população portuguesa, a qual tem como objetivo avaliar os níveis de esperança.

Com vista à prestação de cuidados que se visam de qualidade, torna-se fulcral a identificação das necessidades espirituais da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, que estejam a interferir no seu bem-estar espiritual. Roselló (2004) refere um conjunto de necessidades que todos experimentam e que estão relacionadas com a dimensão espiritual e impactam no bem-estar espiritual: a

necessidade de dar sentido à nossa existência, a necessidade de reconciliação, a necessidade de reconhecimento da nossa identidade, a necessidade de ordem, a necessidade de verdade, a necessidade de liberdade, a necessidade de enraizamento e pertença, a necessidade de orar, a necessidade de solidão e silêncio, a necessidade de cumprir o dever e a necessidade de gratidão.

Ainda sobre necessidades espirituais, também Wright (2005), num estudo realizado com pessoas em situação paliativa do foro paliativo, identificou 29 necessidades espirituais diferentes e que agrupou em 6 temas: práticas religiosas, relações de companhia, envolvimento e controlo, realização de atividades, experienciar a natureza e ter pontos de vista positivos. O mesmo autor considera, ainda, que as necessidades espirituais são concebidas como necessidades que as pessoas têm de encontrar sentido para a vida, em situações de doença e de sofrimento.

Na mesma linha de pensamento, Caldeira (2009) também identificou o perdão, o amor, a crença, a fé e a promoção da esperança como necessidades espirituais (Caldeira, 2009).

Os enfermeiros, designadamente os enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação paliativa, ao estarem mais conscientes destas necessidades estarão também mais despertados para a sua identificação e, neste sentido, para a intervenção especializada integrando o cuidar espiritual na prática de cuidados de enfermagem.

Através da comunicação e interação com pessoas em situação paliativa e suas famílias, é possível perceber as suas necessidades através de expressões que são utilizadas por estes. Neste sentido, apresenta-se algumas expressões que emergem dos discursos das pessoas em situação paliativa, que podem ser testemunhadas nos contextos de saúde pelos profissionais e que têm subjacentes necessidades espirituais (Koenig & Pritchett, 1998).

#### **Quadro 2. – Expressões relativas a necessidades espirituais**

<b>Quando o doente verbaliza...</b>	<b>Podemos estar perante...</b>
"As vezes interrogo-me sobre o sentido que tem a minha vida"	Necessidade de dar significado e sentido à vida
"parece que nunca ninguém precisa de mim"	Necessidade de se sentir útil
"é duro pensar que não há nada mais que eu possa fazer neste mundo"	Necessidade de projeção no futuro (esperança)
"eu sinto-me desesperado, ninguém me pode ajudar a resolver o problema",	Necessidade de ajuda
"eu não queria ser um peso para a minha família quando for velho"	Necessidade de adaptação a novas dependências
"será que o senhor me quer ouvir agora?"	Necessidade de expressar sentimentos
"tenho medo de morrer"	Necessidade de aceitar e preparar a morte
"eu queria dizer ao meu pai, quanto arrependido estou do que lhe fiz"	Necessidade de se arrepender e de ser perdoado

"senti-me traído, mas sei que a raiva me prejudica",	Necessidade de perdoar
"será que Deus existe? Como podemos ter a certeza que existe uma força poderosa que faz mover este universo?"	Necessidade de ter a certeza que existe Deus ou um poder transcendente no Universo

Fonte: Koenig & Pritchett (1998)

O enfermeiro ao identificar estas necessidades, planejar, executar e avaliar cuidados que as satisfaçam, está a desenvolver cuidados de enfermagem holísticos e de qualidade, prevenindo e/ou aliviando o sofrimento e promovendo o bem-estar espiritual da pessoa, nomeadamente em CP.

#### 2.4. PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDAR ESPIRITUAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

A importância do papel do enfermeiro no cuidar espiritual em CP é incontestável. Desde os primórdios da história da enfermagem, o cuidado espiritual estava presente nos escritos de Nightingale (1873). Esta afirmava que a espiritualidade era intrínseca à natureza humana e um potente recurso de cura. No entanto, em certo momento da história, iniciou-se uma luta entre o reconhecimento científico e a profissão, o que distanciou o cuidar espiritual da profissão de enfermagem Dezorzi (2006). Porém, desde 1970, Wanda de Aguiar Horta, colocou a espiritualidade como uma das necessidades humanas básicas, traduzindo-se numa necessidade essencial para alcançar a qualidade de vida, devendo ser introduzida no processo de cuidados dos enfermeiros (Sá, 2009), pois dela pode resultar o aumento da satisfação com o atendimento, redução da ansiedade e sintomas de depressão, redução do tempo de internamento e melhoria da qualidade de vida (Riahi, 2018).

Sem dúvida que a intervenção na dimensão espiritual é de grande relevo na profissão de enfermagem em contexto de CP. Evangelista et al., (2016) mostraram que os enfermeiros da área dos CP consideram a espiritualidade como uma dimensão importante na sua intervenção, pois traduz-se numa fonte de força, de fé e de conforto, levando a uma melhoria do estado da pessoa em situação paliativa, sendo um auxílio para enfrentar situações difíceis. Neste sentido, Connolly e Timmins (2021) referem que os enfermeiros se posicionam de forma privilegiada para prestar cuidados espirituais e podem apoiar a pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada na aceitação do seu diagnóstico e impactar positivamente no bem-estar espiritual e psicossocial dos mesmos.

Decorrente deste posicionamento privilegiado, Sapeta (2011), num estudo sobre cuidar em fim de vida, reforça que o enfermeiro, sendo o profissional que estabelece maior proximidade com a pessoa em situação paliativa, é também o que está em melhor

condição para acompanhá-lo em situações de vulnerabilidade. Esta posição privilegiada também é válida para a prestação de cuidados espirituais. Conrad (1985), já há mais de 3 décadas defendia que os enfermeiros deviam estar aptos na área da espiritualidade e com competência para prestar cuidados espirituais.

A forma como cada pessoa manifesta e vivencia a sua espiritualidade é bastante variável. Para umas pessoas a espiritualidade é manifestada ou vivenciada em momentos agradáveis e tão simples como olhar a natureza ou caminhar sozinho e para outros, pode ser em momentos de meditação ou reflexão profunda sobre o sentido da vida ou em contacto psíquico com seres espirituais (Mendes, 2012). Uma vez que cada pessoa vivencia a sua espiritualidade de uma forma única, torna-se fulcral que os enfermeiros consigam avaliar e identificar necessidades espirituais e intervir no cuidar espiritual, cuidado este cujo conceito foi considerado como sendo sinónimo de cuidado transpessoal (Resende, 2014).

Vários autores definem cuidado espiritual. Para Silvia Caldeira (2009) trata-se de uma atitude de cuidar que se expressa na concretização de intervenções refletidas e planeadas, individualmente, ou no seio da equipa multidisciplinar, com o objetivo de promover o máximo bem-estar e facilitar o encontro de um sentido para a vida (Caldeira, 2009). Para Dezorzi (2006), o foco central é a busca e a descoberta do sentido da vida para realização plena e para o fim do desespero, reconhecendo e respondendo às necessidades do espírito humano, especialmente quando confrontado com traumas, problemas de saúde ou tristeza.

O cuidado espiritual pode ainda ser encarado como o reconhecimento, o respeito e a satisfação das necessidades espirituais das pessoas em situação paliativa que, para encontrarem significado para o momento vivido, podem explorar apoio na fé (através de ritos, oração ou práticas espirituais), ou apenas pela procura de alguém disponível para o escutar (Rocha, 2017). Assim, o cuidado espiritual começa com um contato humano encorajador e com um relacionamento compassivo (Dezorzi, 2006; Schramm, 2017). Sendo o enfermeiro o profissional mais próximo da pessoa em situação paliativa e família, deverá estar atento à identificação das necessidades espirituais de modo a ser possível o cuidar espiritual.

O National Consensus Project for Qualitative Palliative Care, para apoiar a prática dos profissionais de saúde, criou diretrizes para a prática clínica e delinearão oito domínios que são envolvidos na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa. O quinto domínio dessas diretrizes aborda a atenção aos aspetos espirituais, religiosos e existenciais. Descreve, ainda, como recomendações, a utilização de instrumentos

padronizados para avaliar as necessidades espirituais e o encaminhamento para os membros da equipa multidisciplinar com habilidades especializadas para dar resposta às preocupações existenciais e espirituais das pessoas em situação paliativa (National Consensus Project, 2013).

Por sua vez, Elizabeth Taylor (2002) apresenta uma listagem de doze pressuposto e princípios que ajudam a reconhecer que todas as pessoas têm presente a dimensão espiritual, que a expressam de diferentes maneiras e que tem influência na forma como as pessoas em situação paliativa e os familiares experienciam a doença, o morrer e o luto. Assim, espelha-se no seguinte quadro um provável quadro de referências para a prática de enfermagem (Taylor, 2002).

**Quadro 3. – Quadro de referência para cuidados espirituais**

<b>Pressuposto</b>	<b>Princípio</b>
Cada pessoa tem uma dimensão espiritual.	Numa situação de cuidados à pessoa, a sua natureza espiritual deve ser considerada tal como as restantes dimensões (física, mental, emocional).
Numa sociedade multicultural, a natureza espiritual de cada pessoa pode ser expressa pela religião ou crenças filosóficas e práticas que diferem substancialmente, dependendo da raça, género, estatuto social, religião, etnia e experiências de cada um.	As situações de cuidados espirituais não são simples em sociedades multiculturais e são necessários muitos tipos de recursos.
A espiritualidade tem muitas facetas e emerge e expressa-se de formas formais ou informais ou ligadas ou não a uma religião.	A identificação das necessidades espirituais pode ser realizada de muitas formas, como por exemplo entrevistas e questionários.
O ambiente pode facilitar ou dificultar a expressão da espiritualidade.	Os cuidados de enfermagem devem fomentar situações que facilitem a expressão individual ou comunitária da espiritualidade.
A pessoa doente pode ter resolvido ou desencadeado a resposta a uma necessidade espiritual de forma satisfatória e autónoma.	As escolhas das pessoas doentes para a satisfação das suas necessidades espirituais devem ser valorizadas.
As necessidades espirituais das pessoas doentes podem variar no decurso da situação de doença.	Os enfermeiros devem estar alertas para a variação das necessidades que poderão estar expressas nas diferentes fases da doença.
As necessidades espirituais podem surgir a qualquer momento e a qualquer dia.	O ambiente de cuidados deve ter em conta que a qualquer momento há necessidade de se dar início a um trabalho para dar resposta a uma ou várias necessidades espirituais.

O ser humano tem crenças diversas, diversificados conhecimentos e um nível diferenciado de desenvolvimento espiritual.	Os enfermeiros podem ajudar as pessoas doentes a compreender melhor o seu sistema de crenças e a interpretação que fazem desse sistema de crenças.
As pessoas doentes e os seus familiares podem ter divergentes crenças espirituais e podem não estar conscientes dessas diferenças.	Os enfermeiros devem estar conscientes das diferenças que a expressão da espiritualidade pode provocar no interior da família.
As pessoas doentes nem sempre estão conscientes, sabem ou desejam manifestar problemas relacionados com as necessidades espirituais.	Os enfermeiros devem ter a sensibilidade para o facto das pessoas doentes não pretenderem manifestar com ele as suas necessidades e providenciar recursos para que a pessoa doente possa expressar ou comunicar com outros os seus problemas espirituais.

Fonte: (Taylor, 2002)

Com base no exposto, os enfermeiros têm uma intervenção muito vasta na dimensão espiritual, sendo exemplos: rezar com a pessoa em situação paliativa e família, fomentar a fé, providenciar música, escutar ativamente, mostrar disponibilidade, dar apoio, oferecer ajuda, respeitar a sua privacidade e dignidade, respeitar as suas crenças e práticas religiosas, fornecer informações para saber lidar com a sua situação de doença, incluir a família nos cuidados, apoiar a reconciliação com a família, não alimentar falsas esperanças, encaminhamento para um líder espiritual caso seja identificada essa necessidade e/ou vontade por parte da pessoa em situação paliativa e família, solicitar apoio da equipa de CP caso a pessoa em situação paliativa esteja num outro contexto e promover a esperança (Mendes, 2012).

Relativamente a esta última intervenção, as questões relacionadas com a esperança merecem um destaque especial, pois esta é parte integrante e determinante na existência do ser humano e permite suportar o sofrimento, ajuda a mobilizar forças para facilitar a sua vivência, ajuda na adaptação à sua doença, reduz a angústia psicológica e aumenta o bem-estar psicossocial e a qualidade de vida (Puchalski, 2009; Caldeira, Branco & Vieira, 2011; Cavaco, 2013; Querido, 2016).

Assim, pode-se concluir que a vivência positiva e satisfatória da espiritualidade é geradora de bem-estar, sendo algo intrínseco a todas as pessoas em situação paliativa e cabe aos enfermeiros, designadamente os enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação paliativa desenvolver cuidados que promovam a prevenção e/ou alívio do sofrimento em geral e espiritual em particular, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

O ser humano é multidimensional, um ser total, mais que a soma das suas partes. Neste sentido, para a prestação de cuidados globais e de excelência, a dimensão espiritual não pode ser menosprezada, pois é esta que confere a dignidade e o sentido da vida, sendo dois conceitos importantes quando falamos em contextos de CP.

## **CAPÍTULO 2 – O CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**



## **1. O PERCURSO ATÉ AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS**

A enfermagem registou, nos últimos anos, um crescimento significativo, quer a nível de formação, quer a nível do contexto de cuidados, da visibilidade e dignificação do seu exercício profissional. Independentemente do contexto jurídico e institucional em que o enfermeiro desenvolve a sua atividade, o seu exercício profissional carece de ser regulamentado (DL nº104/98 de 21 de abril).

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa estão explanadas no Regulamento nº429/2018 e são elas: a) Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática, aliviando o sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; b) Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa, e seus cuidadores/ familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto. Para que haja aquisição de competências no decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, é necessário aliar a teoria à prática. Mostra-se, de seguida, de que forma o primeiro estágio de enfermagem em CP serviu de alicerce para cimentar as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista, assim como de que forma nos podemos afirmar no seio das equipas enquanto enfermeiros especialistas.

### **1.1. O ESTÁGIO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS**

O primeiro contacto com um serviço de CP decorreu numa Unidade de internamento na região Norte do país, entre 7 de dezembro e 26 de fevereiro e contou com um total de 250 horas presenciais.

Esta primeira experiência permitiu a mobilização do conhecimento adquirido nas unidades curriculares contempladas no plano curricular do 1º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Apesar de no meu contexto profissional em serviço de oncologia prestar cuidados a pessoas em situação paliativa, constituiu o meu primeiro contacto com unidades de CP.

No decorrer deste estágio de enfermagem em CP foram planeadas duas atividades: uma acerca do cuidar espiritual e uma outra acerca das Conferências Familiares.

O interesse pela intervenção no cuidar espiritual foi despoletado quando foi percebido que várias destas pessoas em situação paliativa apresentavam crenças religiosas e objetos religiosos nas suas mesas, tinham rituais de oração e apresentavam necessidades espirituais não satisfeitas.

Assim, surgiu a atividade “A Igreja vai à (UCP)” com o objetivo de satisfazer as necessidades religiosas e/ou espirituais dos doentes institucionalizados. Teria a participação do pároco da paróquia onde estava localizada a UCP, que se demonstrou bastante recetivo e interessado na atividade.

Não foi, contudo, possível realizar a atividade devido à pandemia de covid na instituição, o que impossibilitou a visita do pároco até ao final do estágio. Porém, o grupo de estagiários seguinte acabou por realizar uma atividade similar. No entanto, o planeamento da atividade por si só, constituiu algo favorável à aquisição de competências. O interesse que se transportou deste primeiro estágio acerca do cuidar espiritual, tornou-se o alicerce para o tema desenvolvido no ENP.

Relativamente à segunda atividade planeada, esta consistiu numa formação em contexto de trabalho acerca das conferências familiares intitulada de “Juntos fazemos a diferença”. Fazia parte do plano formativo da instituição e já tinha sido identificada a necessidade pela própria UCP, pelo que se colaborou na operacionalização desse mesmo plano. Também, ao questionar 3 enfermeiras do serviço de CP sobre a pertinência da formação, as mesmas consideraram muito positivo, pois até ao momento nunca tinham realizado formação sobre o tema.

A atividade apresentava como objetivo desenvolver conhecimentos e habilidades no seio da equipa multidisciplinar acerca das conferências familiares como estratégia de apoio à pessoa em situação paliativa e família e teria a participação de um perito na área que aceitou ministrar parte da formação. Para além de ter sido planeada e programada, pelo mesmo motivo acima explanado para a primeira atividade, também esta teve que ser protelada, pelo que os colegas do grupo seguinte deram seguimento à atividade. Também esta estratégia da conferência familiar despertou muito interesse e constituiu-se uma estratégia que se procurou aperfeiçoar bastante no ENP.

Mesmo não sendo possível alcançar a fase de implementação das atividades, foi benéfico o seu planeamento e conseguiu-se alcançar a aquisição de novos conhecimentos e competências acerca dos dois temas, espiritualidade e conferências familiares, assim como a sensibilização da equipa para a importância destas questões.

## 1.2. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Concluído o estágio de enfermagem em CP, o sentimento de competência acrescida na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação paliativa e família foi evidente. Os enfermeiros especialistas detêm um papel distinto no seio das equipas e ao longo deste percurso foi-se crescendo, a cada dia, mais conhecimentos e mais competências na conceção, organização, planeamento, execução e avaliação no âmbito de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação paliativa e família. Não está subjacente apenas o conhecimento e a informação que o enfermeiro especialista passa a deter, mas sim o saber como aplicá-lo de forma a melhorar a prestação de cuidado da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, assim como dos seus cuidadores/familiares, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, como refere o Decreto-lei nº135 de 16 de julho de 2018.

Após a realização do 1º estágio de enfermagem em CP e do ENP, foi percecionada maior capacidade de avaliar a multidimensionalidade da pessoa em situação paliativa e família e de identificar necessidades desta díade de cuidados. Também foi visível a aquisição de competências acrescidas para implementar estratégias mais especializadas como planear/agendar/gerir/coordenar uma conferência familiar ou quanto à aplicação do modelo da terapia da dignidade, intervenção esta que não está evidenciada no relatório por não ter sido realizada nenhuma sessão estruturada, mas que foram utilizadas algumas questões deste modelo para levar a pessoa em situação paliativa a refletir sobre a sua importância e sobre o sentido da sua vida.

A competência acrescida permite, também, que o enfermeiro especialista colabore nas tomadas de decisão de uma forma mais sustentada e baseada na mais atual evidência científica e que esteja mais capaz de contribuir para a ampliação do conhecimento, como agentes ativos na investigação em CP.

Esta reflexão acerca do papel do enfermeiro especialista na equipa torna-se essencial, pois cada elemento tem que ter a sua própria função no seio da equipa e contribuir de forma positiva e ativa para a obtenção de ganhos em saúde. Foi tomada consciência desta importância aquando a realização da reflexão acerca do estágio de enfermagem em CP, contemplada no relatório crítico de atividades. Assim, o ENP iniciou-se com uma visão mais clara sobre o que podia trazer de positivo como elemento integrante de uma equipa de CP. É, sem dúvida, uma forma da profissão e da disciplina de enfermagem se afirmar e demonstrar o seu valor incontornável nas unidades de saúde, nomeadamente nos CP. Assim, torna-se fulcral que o enfermeiro especialista assuma

as competências especializadas acrescidas no seio dos pares, de forma a servir de impulsionador da prestação de CP de qualidade.

Para além de assumir uma postura diferente com a equipa, devem igualmente ter essa postura para com a sociedade. A sensibilização da comunidade acerca da filosofia deste tipo de cuidados é crucial, de forma a transformar o “mindset” e os mitos/tabus ainda envoltos neste conceito. Torna-se importante a divulgação do tema direcionada para a sociedade em geral, não só população adulta, mas também junto das crianças/jovens, sobre o conceito/objetivo/filosofia dos CP para serem desconstruídas ideias erróneas, cabendo aos profissionais dos CP este papel de educadores. Ao atentar-se, também, para a desconstrução destes mitos individualmente nas famílias das pessoas em situação paliativa, também se vai alcançando alguns resultados a longo prazo.

Relativamente à desconstrução de mitos/tabus, destaca-se que no estágio de enfermagem em CP também se ponderou a realização de duas atividades que iam ao encontro desta visibilidade dos CP na sociedade/ famílias. Uma das atividades estava relacionada com a realização de uma palestra sobre os CP numa escola secundária e outra estava relacionada com a decoração do espaço onde se realizavam as conferências familiares com frases acerca dos objetivos dos CP para desconstrução de mitos/tabus. Contudo, de acordo com o diagnóstico de necessidades efetuado, as duas atividades que foram planeadas constituíam uma prioridade da instituição. Caso o estágio não fosse num período de tempo tão curto e se não houvesse todas as limitações imputadas pelo Covid, certamente ter-se-ia potencializado de outra forma a aquisição de competência durante a permanência na UCP.

Por último, e para terminar este tópico, saliento que o estágio de enfermagem em CP foi benéfico para compreensão da importância das práticas de cuidados serem assentes em teorias de enfermagem designadamente aquelas que orientam a prática de cuidados à pessoa em situação paliativa e sua família, pois são elas que lhe dão sentido e significado.

No decorrer dos estágios realizados foi importante orientar a prática profissional sustentada em teorias de enfermagem, das quais se realçam quatro: a Teoria Humanística de Paterson e Zderad, a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, a Teoria de Katharine Kolcaba do Conforto e a Teoria das Transições de Meleis.

A Teoria Humanística de Paterson e Zderad, a qual se baseia na abordagem multidisciplinar que envolve não somente a pessoa doente, mas também a família e a comunidade (Ribeiro & Dalri, 2022), propõe que o cuidar em enfermagem seja desenvolvida como uma experiência existencial (Schaurich & Crossetti, 2010). Não há

dúvidas que a humanização de cuidados em contexto de CP constitui-se como um aspeto imprescindível e foi possível constatar-se que cada pessoa em situação paliativa é única e com objetivos de cuidados muito díspares.

A Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson foca as questões da humanização, das crenças e valores (Ribeiro & Dalri, 2022). Vai mais além do reconhecimento da necessidade de aplicar o conhecimento técnico e científico na prática de cuidados, focando a dimensão social e espiritual da pessoa doente. Este cuidar transpessoal tem por base 10 fatores: formação de um sistema de valores humanístico-altruísta; cultivo da sensibilidade; estimulação da fé e da esperança; relação de ajuda e confiança; promoção da expressão de sentimentos; uso do método científico para a solução de problemas para a tomada de decisão; promoção do ensino-aprendizagem interpessoal; fornecimento de um bom ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual; auxílio nas satisfação das necessidades humanas; aceitação das forças existenciais e fenomenológicas (Fonseca et al., 2006). A prática de cuidados foi bastante fundamentada nesta teoria aquando a avaliação da dimensão espiritual e no cuidar espiritual. Não é possível falar-se de humanização de cuidados sem se ter em conta as crenças e a dimensão espiritual da pessoa em situação paliativa. Foi por ter havido desde o primeiro estágio esta consciência, que foram abordadas no ENP de forma tão afincada.

Por sua vez, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, tem como preocupação o alívio do desconforto por meio do cuidado, para que a pessoa em situação paliativa sinta paz e tranquilidade (Ribeiro & Dalri, 2022). A autora desta teoria define conforto como a experiência holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades nos vários contextos: físico, psíquico, espiritual, social e ambiental (Kolcaba, 2009). Logo no início do estágio de enfermagem em CP, foi visível a preocupação constante com o conforto da pessoa em situação paliativa. Aliás, foi o que mais captou a atenção no primeiro turno realizado e fez-se sobressair perante outros contextos de cuidados ao longo da atividade profissional.

A Teoria das Transições de Meleis foi igualmente empregue, aquando o apoio da pessoa em situação paliativa e família nas transições de saúde/doença e nas alterações de papéis, de forma a ser possível alcançar transições saudáveis e ajustadas (Meleis, 2010). A definição de transição proposta por Meleis (2010) traduz-se na passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, sendo um conceito multidimensional. Ao falarmos da pessoa doente e família em contexto de CP, estamos perante várias transições que estes tipos de patologias comportam e a cronicidade das doenças é vivenciada de forma única por cada pessoa e respetiva família. No entanto, a alteração

das dinâmicas familiares em menor ou maior grau é algo comum. Estas transições desencadeiam mudança e estas devem ser exploradas, no sentido de capacitar as pessoas doentes e familiares para se adaptarem, pois, a capacidade para desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir uma transição saudável (Meleis, 2010). Revela-se, assim, e com base nesta teoria, a importância do enfermeiro enquanto agente facilitador do processo de transição, e o cuidar nas transições como um foco de atenção para a integração da família na prática de cuidados à pessoa em situação paliativa.

A prestação de cuidados à pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada e sua família carece que seja detentora de um cuidar holístico. Sem dúvida que todo o percurso ao longo destes dois anos foram cruciais para a aquisição de competências e para a formação de uma enfermeira especialista capaz de dar resposta às necessidades multidimensionais e fazer a diferença na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa e família. Repensando no meu percurso realizado até aqui e por tudo o que foi explanado anteriormente, constitui-se num percurso muito positivo e enriquecedor e que superou as expectativas.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

Para o desenvolvimento de competências previstas no âmbito da especialidade em enfermagem à pessoa em situação paliativa, teve que se optar por uma instituição e serviço para a realização do ENP. A minha opção para a realização do ENP incidiu sobre a EIHS CP de uma Unidade de Saúde da região Norte de Portugal, pois imprimiu-se nela um grande potencial para o desenvolvimento de competências. Trata-se de um serviço de CP composto por diferentes valências (Internamento, Consulta Externa, Equipa Intra-Hospitalar e Equipa Comunitária). O papel desta equipa como formadora e a possibilidade de acompanhar determinada pessoa em situação paliativa e família nos vários contextos (internamento, consulta externa, apoio telefónico) tornou-se um fator motivador e benéfico no estabelecimento da relação terapêutica com pessoa em situação paliativa e família e na satisfação de necessidades multidimensionais desta dade.

Neste tópico será abordado, de forma breve, a caracterização da Unidade de Saúde e da EIHS CP. Toda a informação aqui contemplada foi retirada do website da unidade hospitalar e do seu regulamento interno, não se utilizando as referências completas para assegurar o anonimato.

### 2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR

Relativamente à unidade de saúde onde foi realizado o ENP, abrange 350 mil habitantes em primeira linha de dois concelhos do Norte, em segunda linha é referência para 700 mil habitantes de outros 2 concelhos e garante a cirurgia cardiorácica em 40% da região norte (cerca de 1.400 mil habitantes).

A unidade de saúde apresenta como missão o cuidar das pessoas em situação paliativa e do seu bem-estar, através da prestação de cuidados de saúde que integrem a melhor prática clínica, ensino e investigação.

Quanto aos valores e princípios por que se rege a instituição, estão definidos os seguintes:

- Respeito – tratar todos os doentes com dignidade;
- Integridade – atingir os mais elevados padrões éticos e de responsabilidade que mereçam a absoluta confiança dos doentes;
- Trabalho de equipa – unir todos os saberes científicos e técnicos em prol da prestação de cuidados;

- Cultura do conhecimento – praticar sempre os melhores cuidados que o conhecimento científico possibilita;
- Sustentabilidade – aproveitar os recursos humanos, físicos e materiais colocados à disposição maximizando a prestação de cuidados;
- Responsabilidade social – garantir que as ações diárias respeitem o meio envolvente.

Ainda no Regulamento Interno da instituição é possível ler-se que no desenvolvimento da sua atividade, a unidade hospitalar e os seus colaboradores regem-se, nomeadamente, pelos seguintes valores:

- Transparência nas ações e ética nos relacionamentos;
- Orgulho e sentimento de pertença;
- Qualidade, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço;
- Respeito pela dignidade humana, através do reconhecimento do carácter único de cada pessoa que procura os seus serviços;
- Espírito de colaboração e cortesia profissional, no relacionamento com os doentes e com os restantes colegas de trabalho.

## 2.2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO - EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS

As EIHSCP têm, de forma global, a missão de apoiarem pessoas doentes e seus familiares, que carecem de Cuidados Paliativos diferenciados, nos múltiplos serviços clínicos hospitalares. A EIHSCP que constituiu campo de estágio está localizada estruturalmente junto do internamento de CP. De ressaltar que este internamento de CP é bastante recente, surgindo em 26 de abril de 2021 e torna-se uma mais valia para a referenciação de pessoas com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada que necessitem de cuidados mais especializados. A EIHSCP constitui-se, segundo o artigo nº 25 do Decreto-Lei nº 101/2006, como uma equipa multidisciplinar com finalidade de prestar aconselhamento diferenciado em CP aos serviços hospitalares que solicitem a sua atuação, devendo assegurar a formação das equipas dos serviços hospitalares, cuidados médicos e de enfermagem, tratamentos paliativos complexos, assessoria aos profissionais, consulta e acompanhamento de pessoas em situação paliativa internadas, cuidados de fisioterapia e apoio psicoemocional à pessoa em situação paliativa, família e cuidadores, incluindo no período de luto.



Tendo em conta que nem todas as EIHSCP têm um modo de funcionamento estritamente padronizado, torna-se importante proceder à caracterização da própria Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos onde decorreu o ENP.

Esta Equipa foi nomeada pelo Conselho de Administração a 9 de Janeiro de 2013, no cumprimento das orientações do Programa Nacional de CP. Iniciou a sua atividade assistencial no dia 12 de Março de 2013, sendo dotada de profissionais com formação e experiência clínica em CP. É constituída por cinco médicos, duas enfermeiras (uma enfermeira com mestrado em CP e outra enfermeira com mestrado em saúde mental), uma assistente social, uma psicóloga, uma nutricionista e uma administrativa.

### **2.3.1. A dinâmica da EIHSCP**

A EIHSCP exerce a sua atividade em regime de consultadoria, como previsto na legislação, em articulação com os diferentes serviços hospitalares e comunitários, onde as pessoas em situação paliativa se encontram. Dispõe de um local de atendimento de consulta, constituído por um gabinete médico e uma sala de tratamentos, com horário de atendimento de segunda-feira a sexta-feira, das 8h00 às 18h00.

Assim, a EIHSCP desenvolve a sua atividade nas seguintes valências:

- Consultadoria interna aos serviços de internamento da unidade hospitalar:
- Apoio aos doentes internados em regime de consultadoria;
- Consulta externa:
  - Programadas no seguimento da referenciação;
  - Não programadas em doentes já seguidos em consulta.
- Equipa domiciliária:
  - Composta por um médico e um enfermeiro que, atendendo às necessidades de apoio familiar e após discussão em reunião multidisciplinar, acompanha o doente no domicílio.
- Apoio telefónico das 8h00 às 18h00, de segunda-feira a sexta-feira:
  - Aos doentes e familiares referenciados para a EIHSCP durante o internamento ou consulta;

Quanto ao modo de funcionamento da EIHSCP, existe uma reunião diária da equipa multidisciplinar, no início do turno. Após consulta dos registos em SClínico, é definida a linha de ação tendo em conta as prioridades de intervenção, pois face ao elevado

número de pessoas em situação paliativa em seguimento, não há capacidade de resposta para acompanhar todas de forma diária, pelo que são tidos como critérios de prioridade: alterações significativas do estado clínico, descontrolo sintomático, necessidade de primeira observação e preparação de alta. Por vezes, é decidida também nesta reunião multidisciplinar a necessidade de realização de Conferência Familiar e de quem estará presente na mesma, de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa em situação paliativa e família. Após a reunião diária, procedem-se as visitas às pessoas referenciadas para a EIHS CP nos respetivos serviços de internamento, que geralmente são realizadas por médico e enfermeiro, podendo, mediante as necessidades aferidas, ser acompanhada pela assistente social. O médico da EIHS CP que realiza a visita discute o plano de cuidados com o médico do internamento, assim como a enfermeira da EIHS CP discute a evolução do estado e as necessidades identificadas da pessoa em situação paliativa com a enfermeira do internamento. No final de cada visita, a Equipa faz no imediato discussão e análise da situação, identificando-se necessidades, concebendo-se o plano de cuidados com as alterações necessárias e comunicando-se novamente ao respetivo serviço de origem o plano de cuidados atualizado.

Ao longo de todo o horário de funcionamento, a Equipa presta apoio telefónico às pessoas em situação paliativa e familiares referenciados, bem como aos profissionais de saúde da unidade hospitalar ou de outros profissionais dos Agrupamento de Centros de Saúde.

Quanto ao procedimento de referenciação para a EIHS CP (ANEXO A) existe um fluxograma de atuação que está aprovado e afixado em vários serviços para ser do conhecimento dos profissionais. A própria EIHS CP referencia as pessoas em situação paliativa acompanhadas em contexto de internamento para a consulta externa, sendo esta uma mais valia para o acompanhamento destas e suas famílias. Alguns turnos na consulta externa de CP são realizados pelos enfermeiros da EIHS CP e, por esse motivo, também tive oportunidade de conhecer este serviço e respetivo funcionamento.

A intervenção da equipa de enfermagem em contexto de consulta externa é muito variada e contempla, nomeadamente:

- Controlo sintomático (administração de fármacos, paracenteses);
- Consultadoria aos colegas dos serviços;
- Consultas de enfermagem;
- Educação para a saúde de doentes e familiares;

- Capacitação de cuidadores;
- Apoio psicológico.
- Ações de formação e sensibilização;

Pelo que pude observar ao longo deste estágio, são notórias as vantagens da existência de uma EIHSCP e da consulta externa de CP, podendo-se reduzir idas ao SU, tempos de internamento e custos associados. O fornecimento de um contacto telefónico à pessoa em situação paliativa e família permitiu esclarecer e orientá-los na maior parte das vezes sem haver necessidade que recorrer aos serviços de saúde.

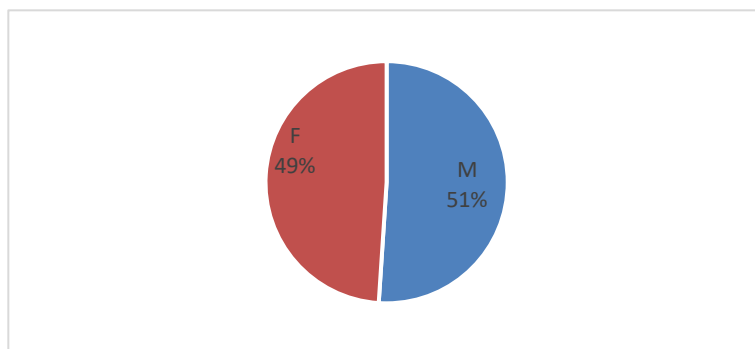
Ainda, foi possível perceber que, através da existência desta Equipa, garante-se um maior controlo sintomático e satisfaz-se mais facilmente os desejos da pessoa em situação paliativa em fim de vida.

### **2.3.2. Caracterização das pessoas em situação paliativa assistidas na EIHSCP**

Considera-se pertinente a caracterização das pessoas em situação paliativa que são orientadas para a EIHSCP. Para isso, realizou-se um levantamento de todas as referências para a Equipa durante 3 meses, entre 1 março e 31 maio, obtendo-se os dados através de documentos de referência e do processo informático, relativos a: género das pessoas em situação paliativa referenciadas para a EIHSCP; motivo de referência para a EIHSCP; nº de dias desde a referência até à 1ª observação pela EIHSCP; serviços que referenciam para a EIHSCP; diagnóstico oncológico ou não oncológico; necessidade de realização de conferência familiar durante o acompanhamento pela Equipa; e motivo de alta da pessoa em situação paliativa. Estes dados foram extraídos para suporte informático com recurso a folha de cálculo Excel (APÊNDICE A) e tratados estatisticamente, cujos resultados daí extraídos serão apresentados em gráficos para tornar mais fácil a respetiva análise.

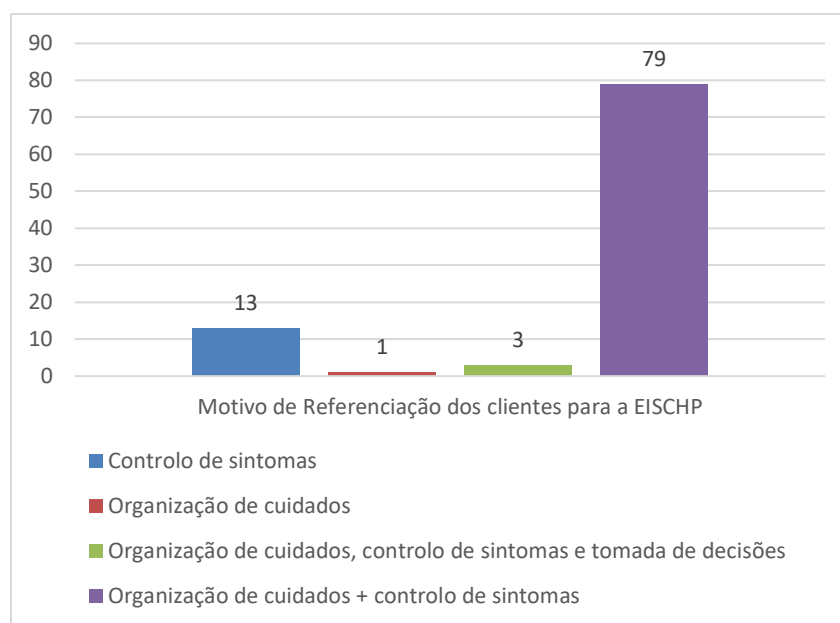
A análise dos resultados mostra que, ao longo dos 3 meses definidos, foram referenciadas e assistidas na EIHSCP 96 pessoas em situação paliativa, sendo maioritariamente do sexo masculino com 51%.

**Gráfico 1. – Género das pessoas em situação paliativa referenciadas**



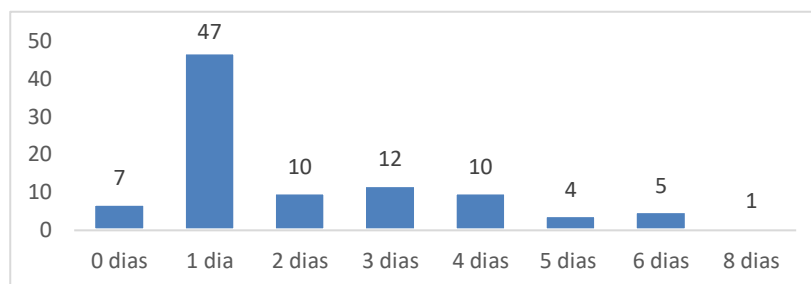
Relativamente ao motivo de referenciação de pessoas em situação paliativa para a EIHS CP, pode-se afirmar que 79 foram referenciados para controlo de sintomas e organização de cuidados, 13 para controlo de sintomas, 1 para organização dos cuidados e 3 para organização de cuidados, controlo de sintomas e tomada de decisões.

**Gráfico 2. – Motivo de Referenciação para a EIHS CP**



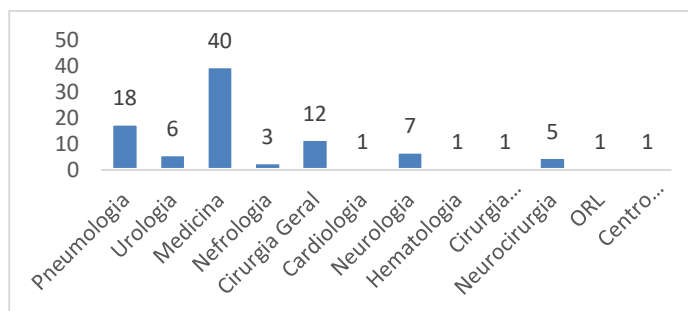
47 pessoas em situação paliativa foram observadas no dia seguinte à referenciação, sendo o período de tempo ideal e que tentam cumprir. No entanto, nem sempre é possível pela elevada afluência, sendo avaliadas as prioridades que são definidas diariamente após a reunião multidisciplinar.

**Gráfico 3. – Nº de dias desde referenciação até 1ª observação pela EIHS CP**



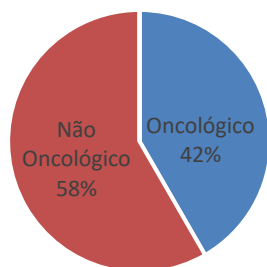
Os serviços que mais referenciam pessoas em situação paliativa para a EIHS CP são a Medicina (40 pessoas), a pneumologia (18 pessoas) e a cirurgia geral (12 pessoas).

**Gráfico 4. – Serviços que referenciam para a EIHS CP**

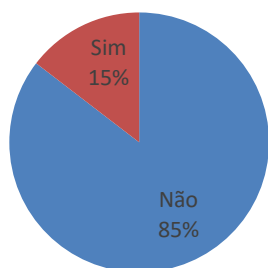


Das pessoas em situação paliativa referenciadas para a EIHS CP, 58% apresentavam um diagnóstico não oncológico e as restantes 42% detinham um diagnóstico oncológico. Quanto à realização de Conferências Familiares, 15% das pessoas em situação paliativa detiveram essa necessidade.

**Gráfico 5. – Pessoa em situação do foro oncológico/não-oncológico**

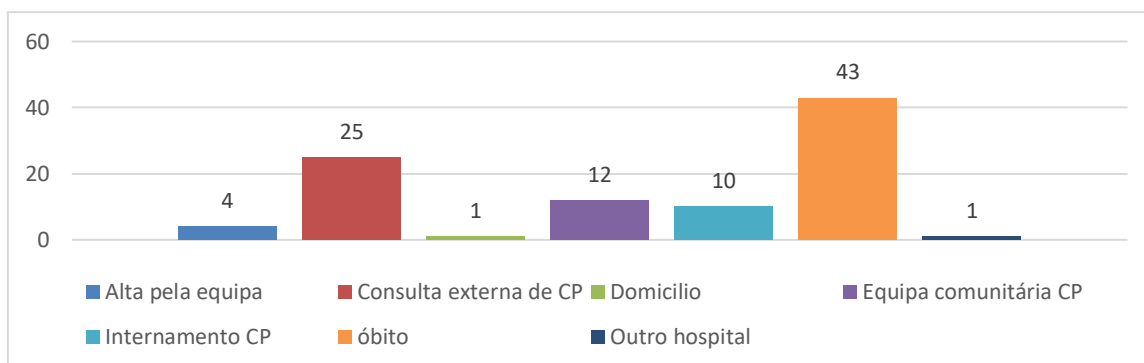


**Gráfico 6. – Necessidade de realização de conferências familiares**



O motivo mais frequente da alta da EIHSCP é o óbito, com 43 pessoas em situação paliativa, constituindo quase metade dos casos. Esta situação deve-se ao facto de muitas das pessoas com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada serem referenciados em fases muito avançadas da doença e por incapacidade das famílias assegurarem os cuidados no domicílio.

**Gráfico 7. – Motivo de alta da pessoa em situação paliativa**



As pessoas em situação paliativa que são referenciadas para a EIHSCP são muitas, com diferentes e variadas necessidades e a resposta não é tão célere quanto se desejaria pelos recursos humanos limitados. Torna-se pertinente a existência de um maior número de serviços e profissionais especializados nesta área, nomeadamente enfermeiros especialistas em intervir na pessoa em situação paliativa.

Pôde-se constatar que se trata de um serviço com uma excelente organização e trabalho em equipa multidisciplinar, sendo uma mais valia para a pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada e sua família. Constituiu um excelente campo de estágio para desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem em CP.

### **3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

As competências do cuidado espiritual estão entre as principais competências profissionais que proporcionam práticas de enfermagem de excelência. Avaliar essas competências e identificar as que são insuficientes são tarefas essenciais (Yanli Hu et al., 2019).

De forma a realizar o diagnóstico de situação relativa ao cuidar espiritual, para além daquilo que vem expresso na literatura já explanada anteriormente, recorreu-se a várias estratégias de recolha de informação para ter o conhecimento real do contexto, designadamente: observação das práticas dos enfermeiros dos serviços de CP; análise documental dos registos de enfermagem; entrevista com um informante privilegiado; e aplicação de um questionário à equipa de enfermagem dos serviços de CP.

De seguida apresenta-se detalhadamente o processo de elaboração de diagnóstico de situação.

#### **3.1. ANÁLISE DOCUMENTAL DE PROCESSOS DE ENFERMAGEM**

Através da observação das práticas, nos primeiros turnos realizados na unidade hospitalar, foram percecionados indícios da necessidade de incidir na temática da espiritualidade.

Como forma de se perceber se esta perceção se confirmava, efetuou-se a análise do processo de enfermagem com o objetivo de se compreender se existia o registo de intervenções na área do cuidado espiritual. Assim, realizou-se a análise dos processos de todas as pessoas internadas no serviço de CP e de todas as pessoas em situação paliativa que tinham estado na consulta externa no turno anterior e que foram assistidas simultaneamente pela EISHCP.

Esta recolha de informação foi realizada em cinco turnos no mês de abril, que resultou na consulta de 63 processos clínicos. Após organização da informação e respetiva análise de conteúdo, verificou-se a não realização de registos de enfermagem em SClínico relativamente à dimensão espiritual.

Numa análise mais pormenorizada, constatou-se que essa não inclusão da dimensão espiritual no plano de cuidados é explicada pelo facto de não estarem parametrizadas as intervenções em SClínico para os focos relacionados com a dimensão espiritual, como por exemplo: Angústia Espiritual, Esperança, Bem-estar Espiritual, Apoio Espiritual, Comportamento Espiritual e Crença Espiritual. Os únicos focos que estão com intervenções parametrizadas são a Crença e a Crença Religiosa (APÊNDICE B), mas que também não foram encontrados registos nesta dimensão, o que vem sustentar

ainda mais que a preocupação dos enfermeiros com esta dimensão humana não é, ainda, de primeira linha.

Simultaneamente, de forma a confirmar os resultados obtidos através da análise documental de forma informal e pouco estruturada, mas com propósito, foram questionados alguns enfermeiros da EIHSCP e do internamento de CP concretamente sobre a existência de intervenções de enfermagem parametrizados especificamente para os focos de Crença e Crença Religiosa e nenhum deles tinha conhecimento de que estes dois últimos estavam parametrizados e de que era possível incluí-los no plano de cuidados de enfermagem.

De facto, estes resultados demonstram que o cuidado espiritual não é alvo de registos de enfermagem, levando a crer que, muito provavelmente, também não serão realizados.

### 3.2. QUESTIONÁRIO AOS ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Com o objetivo de identificar as reais dificuldades dos enfermeiros a exercer funções em contexto de CP desta instituição (internamento, EIHSCP, consulta externa e domiciliária) em atender à dimensão da espiritualidade, foi elaborado um questionário e disponibilizado em formato eletrónico no Google Forms (APÊNDICE C), composto por 5 questões fechadas: (1) Considera a espiritualidade uma dimensão importante de intervenção nos clientes do foro paliativo? (2) Identifica e avalia necessidades da dimensão da espiritualidade do cliente em CP na sua prática profissional? (3) Implementa intervenções e avalia os resultados dessas intervenções para atender às necessidades espirituais do cliente na sua prática profissional? (4) Quando identificado na sua prática profissional que um cliente apresenta angústia ou comprometimento do bem-estar espiritual, tem por hábito referenciar para outros profissionais com competência de intervenção nesta dimensão (capelão por exemplo)?

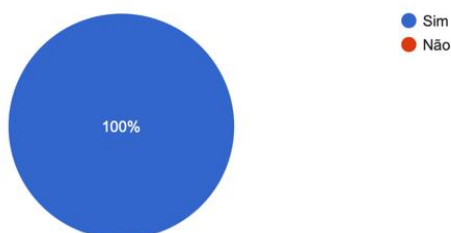
O questionário foi aplicado através de envio por email a todos os enfermeiros (n= 14) dos serviços de CP (EIHSCP, internamento, consulta externa e domiciliária). O preenchimento ocorreu de 25 de abril até dia 8 de maio de 2022 e contou com a participação de 9 enfermeiros. Obedecendo às questões éticas que fundamentam qualquer tipo de pesquisa, o questionário foi anónimo, garantindo-se a confidencialidade dos dados fornecidos.

Obtidas as respostas, os dados foram submetidos a tratamento estatístico descritivo, do qual resultaram os resultados observados nos gráficos que se apresenta.



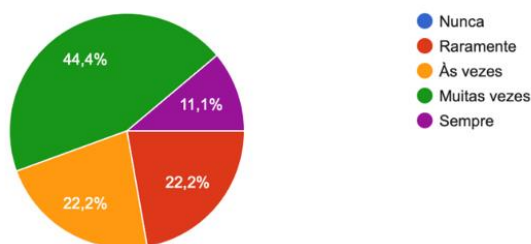
Assim, relativamente à dimensão espiritual verificou-se que 100% dos enfermeiros consideram a esta dimensão importante na intervenção de enfermagem às pessoas em situação paliativa.

**Gráfico 8. – Opinião do enfermeiro relativa à espiritualidade, como dimensão importante na intervenção em saúde às pessoas em situação paliativa**

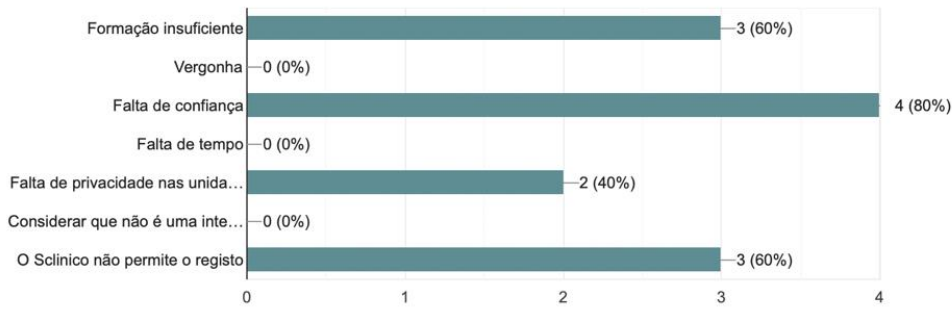


Quanto à questão “Identifica e avalia necessidades da dimensão da espiritualidade da pessoa em situação paliativa em CP na sua prática profissional?”, 44,4% responderam raramente ou às vezes. Destes 44,4%, apontaram como razões, sendo possível a seleção de mais que uma alínea: falta de confiança (80%), formação insuficiente (60%), o SClinico não permitir o registo (60%) e falta de privacidade (40%).

**Gráfico 9. – Intervenção do enfermeiro relativa à identificação de necessidades espirituais das pessoas em situação paliativa**

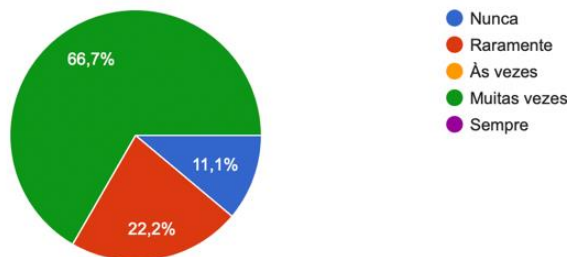


**Gráfico 10. – Razões subjacentes à não execução de intervenções de identificação de necessidades espirituais das pessoas em situação paliativa**

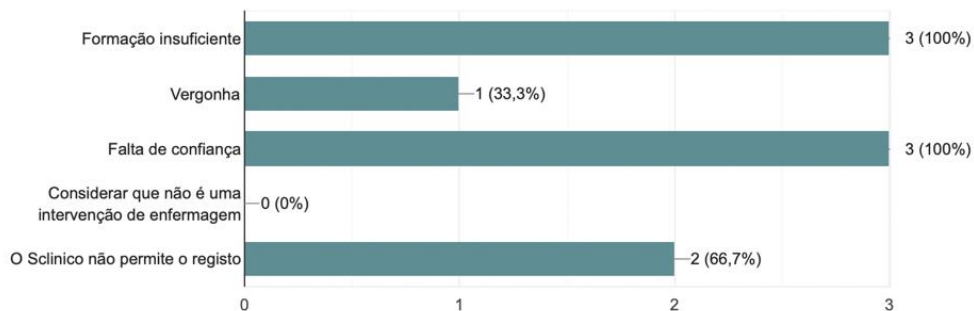


Relativamente à questão “Implementa intervenções e avalia resultados dessas intervenções para atender às necessidades da pessoa em situação paliativa em CP na sua prática profissional?”, 33,3% responderam nunca ou raramente. Destes 33,3%, apontaram como razões, sendo possível a seleção de mais que uma alínea: formação insuficiente (100%), falta de confiança (100%), Sclinico não permitir o registo (66,7%) e vergonha (33,3%).

**Gráfico 11. – Intervenção do enfermeiro relativa à implementação e avaliação de cuidados no âmbito dos cuidados espirituais à pessoa em situação paliativa**

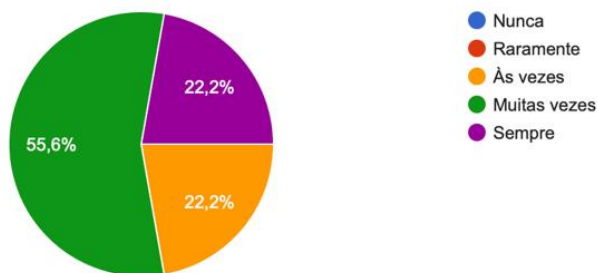


**Gráfico 12. – Razões subjacentes à não implementação e avaliação de cuidados no âmbito dos cuidados espirituais à pessoa em situação paliativa**



Por último, tendo em conta a questão “Quando identificado na sua prática profissional que uma pessoa em situação paliativa apresenta angústia espiritual ou comprometimento do bem-estar espiritual, tem por hábito referenciar para outros profissionais com competência de intervenção nesta dimensão (capelão por exemplo)?”, 22,2% responderam às vezes e os restantes responderam muitas vezes ou sempre. Relativamente a esta última questão, não há nenhum motivo que se destaque em relação aos outros, pelo que 77,8% responderam que foi por ter sido identificada a necessidade, 77,8% porque a pessoa em situação paliativa solicitou e 66,7% porque a família solicitou.

**Gráfico 13. – Referenciação da pessoa em situação paliativa com angústia espiritual para profissionais com competência específica no cuidado espiritual, realizada pelos enfermeiros**



**Gráfico 14. – Razões subjacentes à não referenciação da pessoa em situação paliativa com angústia espiritual para profissionais com competência específica no cuidado espiritual, realizada pelos enfermeiros**



Como conclusão aos resultados obtidos através do questionário, identificou-se que a totalidade dos enfermeiros respondentes consideram importante o cuidado espiritual. No entanto, identificou-se que, efetivamente, a maioria dos enfermeiros não planeiam, nem executam intervenções de enfermagem do foro espiritual, atribuindo esta carência a fatores relacionados com a falta de confiança, falta de formação, falta de parametrização para registo, falta de privacidade nas unidades e vergonha por parte dos enfermeiros em abordar esta temática.

### 3.3. ENTREVISTA A INFORMANTE PRIVILEGIADO

Para ter uma perceção mais pormenorizada das dificuldades dos enfermeiros dos serviços de CP em abordar a dimensão da espiritualidade, optou-se por realizar uma entrevista a um informante privilegiado. Este tipo de entrevista consiste numa estratégia em que se recorre a uma pessoa que conhece bem a realidade onde queremos intervir ou investigar, sendo que iremos avaliar a sua interpretação e perspetiva sobre uma determinada problemática (Sales & Calvo, 2018).

Assim, através do profissional de enfermagem selecionado, elaborou-se um guião (APÊNDICE D) para a entrevista semiestruturada com alguns tópicos relativos ao cuidar espiritual, com o objetivo de conhecer as necessidades do serviço, relativamente à abordagem da dimensão da espiritualidade junto do doente e família, em Cuidados Paliativos na perspetiva de um enfermeiro do serviço de CP.

A entrevista foi realizada e gravada, com consentimento informado livre e esclarecido do participante, (APÊNDICE E). À posteriori foi transcrita e destruída a gravação.

O tratamento da entrevista foi efetuado com recurso à técnica de análise de conteúdo segundo Laurence Bardin (2018). Após a análise da informação fornecida pelo entrevistado esta foi categorizada, destacando-se os seguintes resultados:

- A dimensão da espiritualidade não é abordada nos contextos das práticas, como se percebe do trecho “não é um tema muito trabalhado, apesar da área em que estamos que devia ser obrigatório” (I);
- Não existe padronização para o cuidado espiritual, razão pela qual não é realizado de forma sistemática, tal como se verifica no trecho “*É assim, formal não temos (...) é sempre a título informal, não registamos*” (I), nem registada “*Não tem. Teria que ser em Outros*” (I);
- Parametrização em SClinico da dimensão espiritual é escasso, como mostra o trecho “*Tem a crença religiosa, é a única coisa que está parametrizada no hospital é a crença religiosa comprometida ou não comprometida e tem algumas intervenções. Todos os outros, bem-estar espiritual, angústia, do que tivemos a explorar, não tem nada parametrizado ainda, nesse sentido... nem a esperança*” (I);
- Fatores que levam o enfermeiro à não intervenção de enfermagem nas questões da espiritualidade: falta de formação; falta de privacidade para a pessoa em situação paliativa em contexto de enfermaria; falta de competências específicas no cuidar espiritual;
- Pertinente realização de formação sobre cuidados espirituais.

A realização da entrevista corroborou os resultados obtidos através das demais estratégias antes apresentadas que foram cruciais para a realização do diagnóstico de situação:

- Necessidade de desenvolver formação sobre cuidados espirituais, designadamente nas equipas de CP;
- Necessidade de integrar os cuidados espirituais no plano de cuidados com intervenção de enfermagem especializada no cuidar da pessoa em situação paliativa;
- Necessidade dos enfermeiros efetuarem registos de enfermagem;
- Necessidade de parametrização de diagnósticos e intervenções relativos à dimensão espiritual.

Tendo em conta o diagnóstico de situação do serviço e as minhas necessidades pessoais, foram delineadas as seguintes atividades para o estágio:

- Atividades no âmbito de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação paliativa;

- Realização de uma formação em contexto de trabalho designada de “Espiritualidade em Cuidados Paliativos”;
- Projeto de Intervenção designado por “Proposta de Parametrização em SClinico: A dimensão espiritual”;
- Realização de um estudo de investigação intitulado por “Dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual da pessoa em situação paliativa: uma *scoping review*”.

**CAPÍTULO 3 – ATIVIDADES E COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS EM CUIDADOS  
PALIATIVOS**

## **1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E FAMÍLIA**

Enfermeiro especialista é, segundo o Regulamento nº140/2019, o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, com o título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. De entre as várias áreas de especialidade em enfermagem emerge a área dos CP, cujas competências específicas estão explanadas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, no Regulamento nº429/2018.

Com a intenção de adquirir novas competências para cuidar da pessoa em situação paliativa e família, procurou-se desenvolver competências a nível técnico-científico, humano e ético, habilitando para a conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem especializados.

Porém, independentemente da área de especialidade, e de acordo com o Regulamento nº140/2019, ao enfermeiro especialista são-lhe conferidas também, competências especializadas comuns tais como:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Com base nos pressupostos teóricos e objetivos propostos, de seguida apresentamos as atividades relativas aos domínios de cuidados, formação, gestão e investigação desenvolvidas durante o estágio, refletindo-se sobre o seu contributo na aquisição de competências especializadas.

A reflexão sobre as práticas constitui-se um momento crucial na aquisição de competências e na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Vive-se num cenário onde nada é novidade e todos os dias surge algo novo, a uma velocidade tal que o conceito de novo rapidamente passa a velho sem termos tempo de nos adaptar a ele (Fatela et al., citado por Rodrigues, 2018). Por este motivo, é importante manter uma atitude de interrogação, reflexão e espírito crítico acerca daquilo que fazemos e como o fazemos. Uma atitude de partilha e aprendizagem faz dos enfermeiros mais competentes. Benner (2001) referia que a competência se desenvolve no decorrer da



vida profissional, de forma gradual e temporal, nos contextos de trabalho, pelo que todo o enfermeiro começa como iniciado, passando a iniciante avançado, posteriormente a competente, depois a proficiente e por fim a perito.

A evolução do enfermeiro, no que diz respeito ao desenvolvimento e aquisição de competências, tem como pressuposto a formação. Gottlieb refere que a prestação de cuidados deve ter por base uma perspetiva teórica subjacente, servindo como uma bússola interna para o enfermeiro conduzir a sua prática (Gottlieb, 2016).

Contudo, é fundamental que, juntamente à aquisição de conhecimentos teóricos, se associe uma componente prática que permita a mobilização e consolidação de conhecimentos e possibilite o desenvolvimento de competências técnico-científicas, humanas e éticas.

É neste contexto que se revelou fundamental a realização deste ENP na área dos CP, no qual se pretendeu desenvolver competências avançadas em:

- Comunicação, na relação com a pessoa em situação paliativa e família;
- Gestão de sintomas;
- Apoio à família;
- Gestão do luto;
- Trabalho em equipa em CP;
- Ética na prestação de cuidados.

De forma a explicar as atividades e as competências adquiridas no domínio de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação paliativa e família, segue-se a reflexão sobre as vivências de estágio, aludindo às dificuldades sentidas e à forma de as ultrapassar.

### 1.1. A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO COM OS INTERVENIENTES NO PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E FAMÍLIA

É indiscutível a importância da comunicação na prestação de cuidados, principalmente quando se fala de pessoas com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada e sua família em CP. A comunicação, de forma direta ou indireta está presente em todas as relações. Fazendo referência ao primeiro axioma da comunicação, é impossível não se comunicar. Também na enfermagem este pressuposto é válido, pelo que a

comunicação se constitui um componente vital e necessário para um cuidado humanizado, sendo o fundamento da relação enfermeiro-doente (Brito et al., 2014).

De acordo com o Regulamento nº429/2018 referente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, este tem como competência estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto dos familiares.

Uma das citações que mais promoveu a reflexão acerca da importância da comunicação na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa é de Stedeford (1984) que afirma existir maior sofrimento na pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada devido a uma comunicação deficiente do que por qualquer outro problema, exceto pela dor não aliviada.

Neto (2016) corroborando Stedeford, refere que para além do controlo sintomático, é na área da comunicação que se situam as maiores necessidades da pessoa em situação paliativa e família e que estas as qualificam como sendo de maior importância na qualidade dos cuidados.

Neste sentido, delineou-se como objetivo: Adquirir competências comunicacionais e relacionais, nomeadamente na comunicação de más notícias e apoio ao luto, integrando a equipa de CP.

Assim, acerca da comunicação em CP, pode ser considerada um método fundamental para o cuidar integral e humanizado porque, através dela, é possível avaliar e acolher as necessidades da pessoa em situação paliativa e família, assim como caminhar para o estabelecimento de uma relação empática com a díade de cuidados. Na verdade, só emergindo na realidade subjetiva da pessoa em situação paliativa e família e haver disponibilidade para escutá-los, é possível perceber os seus medos e preocupações, dar amparo e conforto. Ao longo do ENP foram várias as situações que tornaram possível uma compreensão da real importância que a expressão de sentimentos, receios e preocupações adquirem para estas pessoas em situação paliativa e suas famílias.

Foi observado que existe a tendência para os enfermeiros reagirem com mecanismos de fuga quando confrontados com algumas questões mais sensíveis. Também eu tinha um comportamento similar antes de frequentar o presente mestrado. Aliás, era a principal dificuldade na prática profissional e o principal motivo da opção de enveredar nesta área de especialização em enfermagem. Back et al., (2005) abordam estas

questões e descrevem alguns comportamentos a evitar pelos profissionais de CP, uma vez que constituem barreiras à comunicação eficaz, entre eles o *Blocking*. Isto acontece quando o enfermeiro não dá resposta à expressão de uma preocupação da pessoa doente, redirecionando a conversa para um outro tema, situação que leva a que as pessoas deixem de partilhar as preocupações com os profissionais. Posto isto, deve o enfermeiro estar sensibilizado para a valorização constante dos medos/dúvidas da pessoa em situação paliativa e família. Na maior parte das vezes não é necessário algo muito complexo: um simples *“tem toda a razão em sentir isso, é perfeitamente válido que o sinta”* faz toda a diferença; o retornar a questão; o perceber o motivo de certas afirmações; e o escutar atentamente (o *“Eis-me aqui”* como dizíamos muitas vezes em contexto académico) tem um efeito muito positivo e são estratégias que foram praticadas no decorrer do ENP para ultrapassar algumas afirmações mais sensíveis.

Aspetos relacionados com competências comunicacionais são passíveis de serem treinados e melhorados e os enfermeiros devem desenvolver continuamente as suas competências comunicacionais na construção de uma melhor prática de cuidados. Foram aproveitadas todas as oportunidades e momentos para potencializar a aquisição de competências neste âmbito, tanto em contexto de ENP como em formações externas na área da comunicação (APÊNDICE F) que se tornaram muito positivas com o treino simulado em situações encenadas correspondentes aos contextos clínicos. O desenvolvimento de técnicas de resposta empática, de validação e de questões exploratórias constituem, sem dúvida, três vertentes que devem estar bem presentes ao comunicar com a pessoa em situação paliativa e família. Com esta variedade e riqueza de experiências, com a mobilização dos conhecimentos e a aplicação prática de cuidados no terreno, conseguiu-se ultrapassar as dificuldades que estavam presentes neste âmbito, tais como a utilização de mecanismos de fugas quando confrontada com questões mais sensíveis e potenciar a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada.

A escuta ativa merece destaque neste tópico, pois revela-se uma importante habilidade de comunicação. Foram experienciadas inúmeras situações em que a escuta ativa se tornava na intervenção principal a ser realizada naquele turno. Note-se que o escutar não é apenas ouvir, mas também permanecer em silêncio, empregar pequenos gestos de afeto ou um sorriso que expressem aceitação e estimulem a expressão de sentimentos (Araújo & Silva, 2012).

A par da escuta ativa, também a disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro e a sua postura são pedras basilares no estabelecimento da relação terapêutica.

Pela experiência na prática, a pessoa em situação paliativa apercebe-se facilmente da postura do enfermeiro e sente quando este está disponível ou não. Assim, o escutar e o demonstrar disponibilidade tem uma influência enorme na diminuição do sofrimento da pessoa em situação paliativa, que só quem está neste tipo de contexto se apercebe.

Passa-se a relatar uma situação que foi percebida várias vezes ao longo do estágio: o desconforto exacerbado nas pessoas em situação paliativa aquando a saída dos enfermeiros do quarto ou quando estas se encontravam sozinhas. O permanecerem sozinhas chegava a provocar o pânico e por vezes pediam mesmo para que o enfermeiro ficasse com eles. Em pessoas que apresentavam agitação e/ou com descontrolo sintomático, permanecia-se junto delas até referirem que a medicação estava a surtir efeito, reforçando-se constantemente o “estou aqui”.

Devido ao elevado número de visitas diárias a pessoas internadas que a EIHS CP tinha que realizar, por vezes tornava-se difícil permanecer o tempo que se desejava com aquela pessoa e dar todo o apoio que se gostaria de disponibilizar, sendo aqui importante o trabalho em equipa e a comunicação com a enfermeira de referência para existir a continuidade dos cuidados e avaliação da eficácia das intervenções.

Ocorreu uma outra situação em que a pessoa em situação paliativa quando se apercebeu de que o seu estado se estava a deteriorar pelo agravamento da dispneia, implorou para não sair de perto dela até aliviar o desconforto e segurou a mão, permanecendo com ele. O toque, enquanto comunicação não verbal, constitui-se como fator tranquilizante nestes momentos de aflição para a pessoa em situação paliativa. Aquando um descontrolo sintomático, procedia-se sempre à revisão terapêutica. Em casos de difícil controlo, eram referenciados como prioritários para o internamento de CP.

Todas estas vivências foram bastante gratificantes, pois percebeu-se e demonstram que em CP a comunicação constitui um instrumento poderosíssimo para diminuir o sofrimento tal como defende Salazar (2017). Foi possível realizar-se intervenções de enfermagem específicas no âmbito comunicacional, junto das pessoas em situação paliativa em momento de grande angústia e medo, com avaliação de resultados inequivocamente positivos e experiência enriquecedoras que contribuíram para a aquisição de conhecimentos e competências nesta área.

A par da comunicação verbal, a comunicação não verbal adquire especial relevo na inter-relação enfermeiro-pessoa doente. Segundo Ramos (2017), esta última é capaz de transmitir os nossos sentimentos e oferece um significado mais profundo, verdadeiro e genuíno que a linguagem verbal.

Mesmo tratando-se de pessoas em situação paliativa por vezes com incapacidade em comunicar verbalmente, não impossibilita a compreensão daquilo que a pessoa doente quer expressar. Apesar de ao longo deste estágio persistir o desenvolvimento de competências a nível da comunicação verbal, pôde-se considerar uma maior evolução na comunicação não verbal através da aquisição de maior conhecimento e treino de estratégias adaptativas de comunicação relativas à postura, leitura da expressão corporal e facial e gestão dos silêncios.

Aliás, recorde-se duas situações no ENP em que pessoas acompanhadas pela EIHSCP, mesmo sem capacidade para comunicar verbalmente, nas últimas horas de vida, soltaram lágrimas aquando a chegada e toque por parte dos seus familiares/pessoas significativas. O toque é, segundo Barbosa et al., (2016), um dos aspetos da comunicação que pode criar maior proximidade na interação com a pessoa em situação paliativa, transmitindo a ideia de que o profissional está para ele, reduzindo consideravelmente a sensação de isolamento. É esta atenção aos pormenores que faz a diferença nos CP.

Barbosa et al., (2016) referem que as pessoas com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada protestam que são menos tocados em fases mais avançadas da doença. Tornam-se curiosas as conclusões deste estudo, pois experienciou-se uma necessidade muito maior de tocar (e até falar) com as pessoas em situação paliativa que se encontravam numa fase terminal e mais próxima dos últimos dias de vida, pois era a única forma que tinham de saberem que o enfermeiro estava lá com eles. O toque, juntamente com o “bom dia” sincero e um sorriso era a forma de iniciar qualquer conversa.

As pessoas em situação paliativa procuram pistas no comportamento dos profissionais, pelo que a comunicação não verbal pode sustentar a verbal ou, por outro lado, contrariá-la. Segundo Barbosa et al., (2016) tanto a comunicação verbal como não verbal têm de estar em congruência de forma a não existir o risco dos enfermeiros serem mal interpretados. Pelo que se pode perceber na prática, na maior parte das vezes, o facto do enfermeiro ser verdadeiro e autêntico e demonstrar isso a quem cuida, é suficiente para o estabelecimento de uma relação eficaz. Os exemplos supracitados relativos à escuta ativa e o “heis-me aqui” demonstram isso mesmo.

Esta veracidade constitui um dever dos profissionais de saúde e um direito da pessoa em situação paliativa. Em contexto de CP, este dever muitas vezes culmina na necessidade de comunicação de más notícias. Assim, a comunicação de más notícias, a qual preconiza conhecimento, habilidades e competências específicas, constitui um

tema fulcral em CP e constituiu uma área onde se pretendeu a aquisição de competências neste ENP.

O termo má notícia designa qualquer informação que é transmitida à pessoa em situação paliativa e/ou família e que implique, tanto direta como indiretamente, uma alteração negativa na sua vida, nos padrões e nas suas expectativas (Chumpitazi et. al., 2016). A transmissão de más notícias constitui uma realidade constante no quotidiano dos enfermeiros e uma área difícil e complexa de desenvolver (Borges et al, 2012), não causando desconforto apenas à pessoa que recebe a notícia, mas também ao profissional que a tem que transmitir, situação esta que leva a que recorram, por vezes, a mecanismos de fuga como já explanado acima, e/ou à conspiração de silêncio. No entanto, vários estudos confirmam que o dano é maior quando não se dá as informações do que ao comunicar a má notícia (Rodriguez, 2014).

Foram algumas as situações vivenciadas neste contexto. Assistiu-se a momentos em que os enfermeiros transpareceram dificuldades relativas à gestão de expectativas à pessoa em situação paliativa ou davam mais enfoque à perspectiva curativa. Esta situação era visível em enfermeiros externos ao serviço de CP aquando a visita da EIHSCP, sem formação específica nesta área. Também sentia essa dificuldade bem marcada antes de enveredar pela especialidade e antes de ter contacto com a prática clínica em contexto de estágio sendo-me incutido, até, na minha prática profissional que a comunicação de más notícias não era algo passível de ser realizado pelos enfermeiros e por esse motivo, uma área que nunca procurei desenvolver competências.

Segundo o Regulamento nº429/2018 das competências específicas do enfermeiro especialista, este utiliza ferramentas de comunicação adequadas, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista e o ajuste de expectativas e esta situação só pode ser exequível com recurso à verdade.

Face à natureza delicada que estas situações acarretam e pela relação de maior proximidade que se estabelece, o enfermeiro detém um papel essencial no processo da comunicação e no apoio dos familiares para se prepararem para receber, compreender e lidar com a má notícia.

As pessoas em situação paliativa facilmente apercebem-se do progresso da doença, levando a perda de confiança, assim como à não realização de intervenções tão fulcrais relacionadas com a preparação do luto, dificultando a abordagem da própria Equipa e impedindo-se despedidas. Esta conjetura continua muito vincada na prática dos cuidados de saúde de uma forma geral, mas pelo que se pôde observar, no contexto

deste ENP, tive uma percepção muito positiva acerca da prática de transmissão da má notícia pela Equipa de CP, como vou explicar de seguida.

A Equipa onde realizei o ENP utilizava um protocolo sempre que surgia a necessidade de realizar a comunicação de más notícias, constituído pelo acrónimo SPIKES.

Este protocolo sequencial foi elaborado por Buckman (1992) com o intuito de minimizar o impacto inicial da notícia, denominando-o de protocolo de más notícias, que consiste num instrumento que ajuda o profissional de saúde a transmitir a má notícia. Este apresenta seis etapas: 1 - Preparação e escolha de ambiente adequado; 2- Descobrir o que o doente já sabe; 3 - Descobrir o que o doente quer saber; 4 - Dar a notícia; 5 - Responder às emoções e às perguntas do doente; 6 - Propôr um plano de acompanhamento (Larkin & Searight, 2014).

Após alguns turnos já apresentava uma boa percepção das etapas que constituíam este protocolo de comunicação de más notícias e de como aplicá-las em contexto prático. A minha principal dificuldade inicial e que me colocava numa posição de desconforto estaria em dar resposta às emoções da pessoa após receber a má notícia e constituiu um aspeto que foi contornado pelas várias experiências que me surgiram ao longo do ENP. Durante o estágio, inicialmente apenas observei a intervenção da Equipa relativamente à comunicação da má notícia. Com o avançar das experiências fui ganhando mais autonomia e segurança na comunicação de más notícias e para o final do estágio já conseguia colocar em prática todas as etapas do protocolo.

A comunicação da má notícia era realizada com disponibilidade e num ambiente propício, calmo e com privacidade. Era validado o que a pessoa em situação paliativa e/ou família já sabiam e o que queriam saber. Após a comunicação da má notícia era concebido um momento para colocação de questões e expressão de sentimentos e era questionado se “Tem algo que o preocupe, alguma dúvida; há alguma coisa que possamos fazer por si ou pela sua família para o/os ajudar?”. São questões que parecem fazer todo o sentido e que transpuz para a minha prática de cuidados, pois são elucidativas de apoio, preocupação e disponibilidade e permite que a pessoa em situação paliativa aborde temas e coloque questões que muitas vezes são aquelas que, em outros contextos, os enfermeiros tentam que nem sejam abordados devido aos mecanismos de fuga já mencionados anteriormente.

Relato uma situação em que foi permitida a visita de vários familiares em simultâneo durante as restrições COVID de forma a estarem presentes com o seu familiar num momento de maior consciência, pois naquele dia ia-se iniciar sedação paliativa. Conseguiu-se, em apenas um momento, observar sete reações diferentes face à

comunicação da informação de um grande progresso da doença e que se iria proceder à sedação para maior controlo dos sintomas, agitação e sofrimento. Todos disseram o “*amo-te*” ou o “*gosto muito de ti*” e o “*estarei para sempre contigo e tu comigo*”. Uma das filhas deu a novidade de que estava grávida, sendo que a pessoa em situação paliativa se emocionou e deu uma gargalhada e caíram umas lágrimas. Note-se que esta pessoa já não estaria a responder a praticamente nenhum estímulo antes da família chegar. Foram apoiados todos os familiares naquele momento, mantivemo-nos sempre por perto para prestar cuidados de conforto e responder a algumas dúvidas. No seio familiar, existia a perceção de que a morfina era para acelerar a morte, tendo um familiar mencionado que iria “*sufocá-lo para morrer*” (SIC), portanto algo que os estava a inquietar. Imediatamente intervimos para desconstruir este mito, pelo que se ausentaram do serviço mais tranquilos, como os próprios verbalizaram.

No âmbito da comunicação de más notícias, existem notícias mais impactantes do que outras. A transição curativo-paliativo gera atitudes e reações emocionais ao termo “paliativo” bastante variadas de pessoa para pessoa como foi possível testemunhar, mas de forma geral, com um impacto enorme na pessoa em situação paliativa e no seio familiar. Em contrapartida, outras reagiam com serenidade e como algo esperado: “*Não vale de nada não aceitarmos*” (SIC); “*Tem que estar (bem-disposta), não adianta estar triste, pois a doença não desaparece*” (SIC); “*Está bem, obrigada por me ajudarem*” (SIC); “*Já estava à espera que este dia chegasse e não tenho medo da morte porque tenho uma família linda que já me fizeram mais feliz do que alguma vez imaginei ser*” (SIC); assim como outras através de choro e revolta “*Saiam daqui*” (SIC); “*Não sabem o que estão a dizer, o médico que me operou não disse isso*” (SIC); “*Não preciso da vossa ajuda, já estou bem acompanhado pelo meu médico*” (SIC). Perante as diferentes reações teve-se sempre o cuidado e a postura ética e humana de respeitar a decisão e tempo de cada pessoa, dando-lhes espaço. Nestes casos, demonstrava-se compreensão e empatia por estarem a ter aquela reação “*compreendo que esteja a sentir isso*” e demonstrava-se disponibilidade para ajudar caso aceitassem a ajuda. Era fornecido o contacto da EIHS CP para contacto quando estivessem prontos para receberem a visita.

A explicação do conceito de CP por parte da EIHS CP era realizada na primeira avaliação das pessoas referenciadas. Iniciava-se a visita pela apresentação dos elementos que constituíam a Equipa, questionava-se a pessoa em situação paliativa se tinha conhecimento da referenciação e o que sabia sobre o assunto. De seguida aludia-se a pessoa quanto aos objetivos e vantagens que iriam ter ao serem acompanhado por esta Equipa diferenciada.



Ao enfrentar um diagnóstico de doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, a pessoa tende a atravessar cinco fases até a aceitação da doença: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. A partir do momento que percorre estas fases, a pessoa consegue aceitar a sua situação e a consciência de ser finito, sendo possível, a partir daí, construir uma nova compreensão e forma de viver, com novos anseios e preocupações (Kubler Ross, 2008). Um outro aspeto que se considera pertinente e foi visível ao longo do ENP é que, referências tardias para os CP levam a que mais dificilmente se consiga intervir eficazmente na promoção da aceitação do estado de doença, assim como na promoção de um fim de vida digno com a melhor qualidade de vida que for possível.

Também se constatou que era frequente as pessoas em situação paliativa formularem questões sobre o sentido da vida, sobre o medo da morte e outras necessidades espirituais. De facto, os enfermeiros devem ter capacidade para atuar na dimensão espiritual da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, devem atender às necessidades espirituais das pessoas doentes e prestar cuidados adequados (Lukovsky et al., 2021).

Assim, com o intuito de aliviar o sofrimento espiritual desenvolveram-se algumas intervenções ao longo do estágio a fim de proporcionar bem-estar espiritual como por exemplo: promover ritos de oração, observação da eucaristia na televisão, prestar escuta ativa, demonstrar disponibilidade, dar apoio, oferecer ajuda, respeitar as crenças e práticas religiosas, fornecer informações para saber lidar com a sua situação de doença, incluir a família nos cuidados, apoiar a reconciliação com a família, gerir as expectativas, avaliar a importância da visita de um líder espiritual e promover a esperança de uma boa morte. Para que tal fosse possível, mobilizou-se conhecimentos da vertente sociocultural, espiritual e dos contextos e vivências da pessoa, cuidadores/familiares e utilizou-se ferramentas de comunicação adequadas.

Como jeito de conclusão, o processo de doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada pode englobar um conjunto de sentimentos, como tristeza, raiva, culpa, solidão, ansiedade, fadiga, desamparo, anseio, choque, torpor, alívio e emancipação (Lima & Machado, 2018), devendo o enfermeiro, designadamente o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa paliativa, comunicar e estabelecer uma relação terapêutica baseada numa atitude de apoio e disponibilidade no cuidar à pessoa em situação paliativa e família.

Neste sentido, foram desenvolvidas competências de comunicação eficaz com os diferentes intervenientes do processo de cuidar, designadamente na transmissão de

más notícias, assim como foram desenvolvidas competências no envolvimento dos cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada.

Por tudo isto que foi exposto, evidencia-se a comunicação como sendo uma pedra basilar em CP, não só entre enfermeiros e pessoa em situação paliativa como com a família e entre a equipa multidisciplinar.

## 1.2. TRABALHO EM EQUIPA EM CUIDADOS PALIATIVOS

O trabalho em equipa constitui outro pilar fundamental nos CP, no sentido que vai possibilitar uma intervenção multidimensional à pessoa em situação paliativa e família. Para isto, a pessoa em situação paliativa deve ser assistida integralmente, o que implica um complemento de saberes e partilha de responsabilidades, onde diferentes questões, ou até mesmo dilemas, se resolvem em equipa (Ribeiro & Martinez, 2016).

Com base no regulamento nº 429/2018 das competências específicas do enfermeiro especialista, este desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio.

Neste sentido, delineou-se o seguinte objetivo: Desenvolver competências de trabalho em equipa, colaborando com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio.

No serviço onde foi realizado o ENP, o trabalho em equipa era notório e uma realidade. Todos os profissionais das diferentes áreas tinham um papel ativo nas decisões tomadas. As reuniões de Equipa constituíram momentos muito enriquecedores de aprendizagem e onde era visível a complementaridade entre os pares e a articulação entre serviços na unidade hospitalar.

Estas reuniões sucediam-se diariamente, no início do turno, com o objetivo de se tomarem decisões importantes, priorizar as visitas para aquele dia, planear a alta/regresso a casa, avaliar o apoio familiar, avaliar o controlo sintomático, ler e analisar os registos clínicos das 24h anteriores, entre outros. Com estes momentos percecionou-se que, com uma boa comunicação e trabalho em equipa, é possível caminhar rumo à excelência dos cuidados e humanização dos mesmos. O atentar a pessoa em situação paliativa como um ser biopsicossocial e espiritual, inserido numa família e numa comunidade apresenta vantagens não só para a pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, mas também para a família e profissionais de saúde, pois é muito díspar o cuidar de alguém conhecendo a sua realidade e as relações que

o mesmo estabelece enquanto membro de uma comunidade, conseguindo-se delinear um plano de cuidados individualizado, com intervenções adequadas e por inerência melhores resultados. Tendo em conta o trabalho de qualidade desta EIHSCP, considerou-se pertinente abordar o conceito da transdisciplinaridade, pois não é suficiente ser-se múltiplos (multidisciplinaridade) nem diferentes (interdisciplinaridade), mas estarem integrados. Assim sendo, é na transdisciplinaridade em que há uma verdadeira interação entre os diferentes intervenientes no processo. Este último termo pressupõe a existência de uma equipa mais forte, estruturada e dinâmica em que: a) existe coresponsabilidade, de todos os membros da Equipa, nas tomadas de decisão e na avaliação dos resultados das intervenções; b) o dinamismo de toda a equipa; c) é fundamental o suporte mútuo e a partilha de informação e conhecimento; d) cada técnico integra conhecimentos e estratégias e centra-se, fundamentalmente, nas necessidades da Pessoa como um todo (Franco, 2007). Na EIHSCP onde foi desenvolvido o ENP, o trabalho em equipa assentava nestes critérios e servirá como um exemplo a ter em conta daquilo que é um verdadeiro espírito de equipa. Mesmo para quem integra uma equipa com este tipo de dinâmica torna-se favorável à aprendizagem e desenvolvimento de competências. De facto foi visível a preocupação de todos os profissionais para que os mestrandos conseguissem obter o máximo de experiências possíveis.

O que diferencia uma equipa de um grupo é a implicação dos membros num objetivo e desempenho comum, em que o resultado final supera a simples adição aritmética das partes, o que significa que os seus membros não podem alcançar os objetivos individualmente, mas sim devem contar uns com os outros (Vicente, 2011). Aliado à existência destes objetivos comuns, para que se consiga obter ganhos é, também, fundamental, que haja um bom clima organizacional. Este último é definido por Santos (2011) como o ambiente interno da organização caracterizado pela natureza e estilo das relações interpessoais. Este bom ambiente está patente no seio da Equipa e existe uma boa articulação entre todos os profissionais que a constituem como psicóloga, assistente social, nutricionista, médicos das várias especialidades e capelão, apesar deste último não ser solicitado como seria expectável e necessário.

O trabalhar em contextos de CP, diariamente, pode não ser fácil e, por esse motivo, a boa relação entre os profissionais configura-se como fulcral. Existe com alguma regularidade momentos de partilha de dificuldades e momentos de descontração e é desta forma que a Equipa se vai nutrindo entre si. Fazem das dificuldades oportunidades de união, agradecem e reconhecem o esforço de todos os colaboradores, assinalam datas festivas e há momentos para os profissionais darem algumas gargalhadas. E por

vezes é mesmo necessário o humor para se fazer face às constantes perdas que estes profissionais vão sofrendo no seu dia-a-dia, assim como na relação com a pessoa em situação paliativa. O recurso ao humor na prestação de cuidados de enfermagem constituiu uma abordagem não farmacológica na melhoria contínua dos cuidados (Zhao et al., 2020) e é algo que se privilegia e considera-se benéfico de ser aplicado nesta tipologia de cuidados.

Foi possível compreender o impacto destes pequenos lutos na Equipa, pois foi sentido através de momentos de alguma fragilidade, principalmente quando as mortes ocorriam de forma mais repentina e em que o “*até amanhã*” dito no final do turno/ visita não era cumprido. Por vezes ficava a sensação de que ficou alguma coisa por fazer ou por dizer. É importante que os profissionais que dedicam a sua prática a esta tipologia de doentes tenham estratégias de coping bem desenvolvidas e que se cuidem e tenham tempo para si. Pois se não cuidarem deles próprios não estarão capazes para cuidar do outro e, principalmente neste tipo de contexto, é necessário darem muito de si em prol do cuidar do outro.

Uma outra estratégia utilizada nos serviços de CP desta unidade hospitalar e que denota um grande trabalho em equipa consiste na realização de conferências familiares. Vários são os estudos que indicam que as conferências familiares são uma estratégia privilegiada para ir de encontro às necessidades das pessoas em situação paliativa e das famílias, sendo um momento de eleição para fazer face a imensas questões que assolam esta diáde de cuidados (Fukui et al., 2013; Bartolomeu, 2013; Hannon et al., 2012; Kuntz et al., 2020). Constitui-se como uma estratégia facilitadora do processo de adaptação à doença, permitindo a elaboração e hierarquização dos problemas conforme prioridades, discutir as diferentes opções disponíveis para fazer face ao problema, tomar decisões e criar planos. Com isto, é possível a capacitação da família para o processo de cuidar e para o processo de adaptação à perda.

Sabe-se de algumas instituições que não têm por hábito adotar esta estratégias das conferências familiares, segundo eles, por falta de tempo. Porém, é certo que, ao contrário do que muitas instituições pensam, estes momentos não constituem uma perda de tempo, pois permitem reunir vários elementos da família e da Equipa, facilitando a comunicação e a troca de informação entre os intervenientes (Hannon et al., 2012). Assim, é possível, em apenas um único momento e em 30-45 minutos, intervir em várias dimensões de uma forma mais eficaz, com os vários profissionais necessários tendo em conta o objetivo para determinada conferência familiar, reduzindo-se tempo em conversas informais com diferentes membros da família. Perceciona-se que a conferência familiar constitui o culminar de um bom trabalho de equipa em prol da

satisfação das necessidades multidimensionais da pessoa em situação paliativa e/ou família.

Como aspeto menos positivo no trabalho em equipa no serviço de CP, percebeu-se que nem sempre há o envolvimento do capelão para a identificação e intervenção nas necessidades espirituais das pessoas com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada e família. Ao contrário da percepção de que as intervenções do capelão são restritas à oração ou aos últimos dias de vida, pode-se afirmar que o cuidado espiritual por parte do capelão, integrado numa equipa de CP oferece uma gama mais extensa de intervenções de apoio não religiosos, além dos serviços religiosos tradicionais, de forma a que seja possível restaurar o máximo possível o equilíbrio da pessoa em situação paliativa (Kearney et al., 2017). Dado esta importância no seio da equipa e face a algumas manifestações por parte das pessoas em situação paliativa e familiares, considera-se essencial que o capelão tenha um papel mais ativo. Sensibilizados por este facto, para além de ter sido uma prática envolver o capelão sempre que necessário, pelo exposto, considera-se que foram desenvolvidas competências em desenvolver uma intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio. Há, de facto, a convicção que quando todos os profissionais trabalham para um mesmo fim, torna-se mais fácil caminhar rumo à prestação de cuidados humanizados e de excelência, através da abordagem multidimensional da pessoa em situação paliativa e família.

### 1.3. O CONTROLO DE SINTOMAS DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

O papel do enfermeiro no controlo sintomático é de enorme relevância. Segundo Neto (2017), os sintomas têm sempre que ser aliviados na pessoa em situação paliativa. Com base no regulamento nº 429/2018 das competências específicas do enfermeiro especialista, este avalia os sintomas no doente, valoriza variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional, avalia o grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa, promove o máximo bem-estar e conforto, elabora o diagnóstico das necessidades físicas, psicoemocionais, espirituais e sociofamiliares, reconhece valores e expectativas em relação ao processo de fim de vida e à diversidade individual, cultural e espiritual e adota medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas.

O descontrolo sintomático consiste num fator de desconforto impactante, quer a nível físico, social, emocional, psicológico ou espiritual. O facto deste desconforto, muitas

vezes, ser multidimensional, constitui-se como um árduo desafio para os profissionais de saúde. Assim, na prática profissional, este controlo deve ser assumido como prioridade máxima, pois tem implicações diretas sob o bem-estar da pessoa em situação paliativa sendo que, sem um controlo adequado de sintomas, não se pode prestar cuidados humanizados. A humanização dos cuidados passa, assim, para além da resposta ao controlo de sintomas, com o assistir a pessoa em situação paliativa em todas as suas dimensões (Abejas & Duarte, 2021).

Com base nestes pressupostos delineamos o seguinte objetivo: Desenvolver competências na conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação paliativa e família, maximizando a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento e sintomatologia inerente à situação de doença.

Na EIHS CP o controlo sintomático é uma prioridade de intervenção. Note-se que as intervenções instituídas não têm o objetivo de prolongar a vida ou provocar o sofrimento desnecessário, como o caso da prática de obstinação terapêutica, o que iria contra a filosofia dos CP. Neto (2017) refere que os médicos em cuidados paliativos estão obrigados a fazer tudo o que é devido, mas não tudo o que podem, não enveredando pela desproporcionalidade terapêutica ou diagnóstica, que são consideradas más práticas em contextos de CP. Algo que surpreendeu positivamente neste estágio foi a sensibilidade de toda a Equipa para basear a sua intervenção tendo como foco o curso normal da doença (ortotanásia) e em suspender o que não provocasse ganhos ou que pudesse estar a provocar algum desconforto à pessoa em situação paliativa. Discutia-se em equipa multidisciplinar todas as opções no sentido de se desviarem o máximo possível da obstinação terapêutica e havia, na maior parte das vezes, concordância entre todos os intervenientes. Foi vivenciado no ENP um modo de intervenção bastante diferente daquilo que era o foco e objetivo dos cuidados até ingressar no mestrado em enfermagem à pessoa em situação paliativa. O passar da vertente curativa para paliativa e o evitar ao máximo situações promotoras de desconforto não era, até então, uma realidade.

Como forma de promover o bem-estar, Gonçalves (2016) aponta como um fator de extrema importância o não esperar que seja a pessoa em situação paliativa a demonstrar desconforto, mas que lhe sejam prestados cuidados antecipatórios. Sem dúvida que a prevenção de sintomas é uma preocupação da Equipa, assim como a identificação e tratamento precoce dos agentes promotores de desconforto, sendo sempre prescrita medicação em horário fixo e em SOS para prevenção de sintomas e para rápida intervenção caso existam. É exemplo disso a administração de morfina SC

antes da realização de pensos ou antes da prestação de cuidados de higiene para a pessoa em situação paliativa não sentir dor à mobilização/transferência ou durante a manipulação da ferida, sendo uma prática recorrente. Também um outro exemplo é a prescrição de laxantes aquando a prescrição de opióides pelo seu possível efeito secundário de obstipação. São estes “pequenos grandes” detalhes que fazem toda a diferença na humanização de cuidados e respeito pela dignidade da pessoa.

A gestão do regime terapêutico não era função exclusiva do profissional de saúde, mas extensível à pessoa em situação paliativa e família. Os ensinamentos pelo enfermeiro acerca das medidas farmacológicas e não farmacológicas de que este dispõe tornava-se crucial para que o doente se sentisse como parte integrante do seu processo de cuidados e nos ajudasse na gestão do controlo sintomático. Em contexto de consulta externa, assim como na preparação para a alta, estes ensinamentos sobre a gestão do regime terapêutico eram bastante pormenorizados e exaustivos. A pessoa em situação paliativa e família faziam-se acompanhar para o domicílio de uma tabela com registo de todos os medicamentos, posologia e forma de administração, assim como aspetos revelantes sobre cada fármaco em observações, existindo um folheto próprio para esse registo.

Efetivamente, estas vivências permitiram desenvolver competências na adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas.

Considerando a subjetividade dos sintomas, há a necessidade de torná-los mensuráveis sempre que possível. Destaco a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) que é uma mais valia para a avaliação multidimensional dos sintomas. Trata-se de um instrumento que utiliza a combinação de sintomas físicos e psicológicos, composto por nove sintomas (Faller et al., 2016). Segundo o mesmo autor constitui uma ferramenta de triagem vantajosa que fornece uma imagem da experiência subjetiva dos sintomas da pessoa em situação paliativa e constitui, por outro lado, uma ajuda para iniciar conversas sobre os seus sintomas.

Apesar das pessoas em situação paliativa com capacidade para responder a instrumentos de avaliação de sintomas, designadamente a ESAS, ser uma minoria, sempre que eram prestados cuidados a pessoas conscientes e capazes, privilegiou-se a sua aplicação nas intervenções de avaliação. A experiência com esta escala foi ótima, uma vez que, quando se começa a adquirir o hábito de utilizá-la, percebe-se imediatamente que existe a subavaliação da intensidade dos sintomas por parte dos enfermeiros. Isto é, se formos nós a avaliar os sintomas e a preenchê-la, tendemos a dar menos pontuação do que aquela que a pessoa dá. Daí a importância de ser a própria pessoa a autoavaliar a intensidade de determinado sintoma através da escala, para que

não exista distorção dos resultados, pela subjetividade que os sintomas apresentam. Em relação à escala ESAS, ficaram algumas interrogações acerca das limitações da sua aplicabilidade em contexto de CP e no contexto de estágio em específico, pois a sua utilização não é prática comum. Foi possível verificar que não está parametrizada em SClinico, o que impede de efetuar um registo adequado, pelo que foi sugerida à EIHSCP e internamento que lançassem uma proposta para a sua inclusão na plataforma informática em questão.

Quanto à avaliação da dor, a escala que mais utilizei no decorrer deste estágio foi a numérica e a de PAINAD. Esta última, foi criada pela necessidade de encontrar uma escala que avalie a dor nas pessoas incapazes de comunicar e que seja de fácil uso clínico (Batalha et al., 2012). Sem dúvida que se trata de uma escala muito prática e rápida de aplicar e, por esse motivo, com muita adesão por parte da Equipa. De facto, a avaliação efetiva da dor é fundamental para o diagnóstico e tratamento adequado. Neste sentido, o enfermeiro especialista em CP, deverá ter competências no controlo da dor.

Relativamente a intervenções para alívio da dor e promoção de conforto, também foi possível retirar algumas elações no que concerne às medidas não farmacológicas. Constatou-se que a massagem tem efeito positivo na diminuição da dor e estão descritos vários benefícios na literatura. Estes podem ser tanto psicológicos - relaxamento do corpo e mente, diminuição da ansiedade e stress - como fisiológicos - diminuição do ácido láctico, dilatação dos vasos sanguíneos e facilita retorno de sangue e linfa, aumentando a atividade simpática (Dias, 2012) e obteve-se feedbacks excelentes com esta estratégia por parte das pessoas em situação paliativa. Muitas das pessoas que cuidamos, gostavam e pediam mesmo que se massajasse as costas com creme e em caso de edemas nos membros inferiores estes também manifestavam bem-estar após a aplicação desta intervenção. Acredita-se que o efeito do toque no decorrer da massagem também é, por si só, gerador de bem-estar e segurança.

Foram, assim, desenvolvidas competências nos cuidados de enfermagem especializados no que se refere à identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor, através da identificação, planeamento, execução, avaliação e registo da dor.

A diminuição do apetite também foi um sintoma muito frequente e que aflige não apenas a pessoa em situação paliativa, mas também as pessoas significativas. Segundo Barbosa et al., (2016), o alimentar-se é essencial à vida, correspondendo a uma necessidade não apenas fisiológica, mas também a uma fonte de prazer e socialização. A mesma fonte alega que o facto de muitas pessoas em situação paliativa terem uma



ingestão de alimentos e líquidos reduzida e consecutivamente a alteração da imagem, leva a um estado de desespero da díade de cuidados, baseado em conotações culturais e simbólicas que vão além do biológico. Questões relativas à suspensão da alimentação será melhor aprofundado no tópico da ética na prestação de cuidados. Grande parte das pessoas referenciadas para a EIHSCP apresentavam anorexia, sendo um sintoma tido em conta pela equipa. Apesar de haver uma grande preocupação para se ir ao encontro das preferências e gostos de cada pessoa, acaba por não ser exequível por questões de logística hospitalar. No entanto, dentro do que pode ser oferecido, tenta-se adaptar aos desejos e respeitar a vontade em se alimentar. Juntamente com as medidas não farmacológicas que podem ser adotadas, a parte farmacológica também é assumida como estratégia importante, pelo que era ponderada a prescrição de dexametasona e acetato de magesrol no caso das refeições serem consideradas importantes para a pessoa em situação paliativa. Consegui compreender ao longo do ENP esta questão cultural em volta da alimentação, de que forma impacta negativamente na díade de cuidados, assim como as estratégias que podemos utilizar para melhorar o apetite ou, caso não seja possível, explicar à família a importância de privilegiar os desejos e a vontade da pessoa doente.

Considera-se pertinente salientar um outro sintoma frequente na pessoa em situação paliativa e que não tinha essa perceção, sendo ele a dispneia. A dispneia é uma sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória e torna-se um sintoma angustiante do ponto de vista físico, social, espiritual e psicológico, sendo dos mais frequentes em estadios mais avançados (Clemens & Klaschik, 2011). Para o seu tratamento, o fármaco de eleição é a morfina, tendo uma ação central e atuando através da inibição do centro respiratório (Feio, 2016). Sem dúvida que a utilização da morfina para a dispneia tem resultados muito positivos, atuando praticamente no imediato e a maior parte das pessoas em situação paliativa em contexto de internamento e ambulatório acabam por dispor deste fármaco prescrito em horário fixo e/ou em SOS. Uma prática que despertou a atenção para este ENP contrapondo com a atividade profissional foi a confiança e a quantidade de dose que é administrada deste opióide. Ainda existe, noutros contextos, a relutância de se utilizar a morfina em doses mais elevadas pelo risco de depressão do centro respiratório. No entanto, quando se fala em pessoas desta tipologia de cuidados, a prioridade tem que ser o conforto e a existência de dor é indicativo de que ainda é seguro a administração de mais SOS de morfina, não existindo dose teto. Assim, foi possível, através destas experiências mencionadas, compreender que o objetivo prioritário passa por promover a máxima qualidade e bem-

estar possível à pessoa nas últimas horas e dias de vida, tendo em vista uma morte serena.

Existiram várias situações ao longo do ENP em que, após administração de morfina à pessoa com dispneia, permanecia-se junto da mesma para não se sentir sozinha, pois é um momento de grande angústia e aflição, aguardando-se que a medicação surtisse efeito, por vezes através de controlo da respiração, solicitando-se à pessoa para *“cheirar uma flor e soprar uma vela”*.

Foi possível, também, compreender os benefícios dos efeitos secundários de alguma terapêutica para controlo sintomático, como é o caso da butilescopolamina SC para diminuir as secreções e de que forma poderíamos usar o seu efeito secundário em prol do bem-estar da pessoa em situação paliativa.

Para terminar a abordagem dos sintomas físicos, afirmar que, relativamente à insónia e à obstipação, constituem-se como sintomas bastante frequentes e de enorme inquietação no seio da equipa multidisciplinar pelo que em todas as passagens de turno eram alvo de discussão.

Tal como os sintomas físicos, também a dimensão psicológica tem um grande impacto no bem-estar. Barbosa et al., (2016) referem que em CP o conceito de depressão é difícil de definir, especialmente se o doente está num estadio terminal. Durante o estágio foram detetadas algumas pessoas em situação paliativa que apresentavam humor deprimido/labilidade emocional ou em fases de negação/revolta. Quando era detetada a necessidade de apoio psicológico pela EIHS CP, era realizada a referenciação e discutido o caso em reunião de grupo. Apesar desta referenciação para a psicóloga, também era ajustada a medicação e sensibilizada a equipa do internamento para a importância de estarem mais presentes e prestar apoio emocional.

Para além da dimensão física e psicológica, a dimensão espiritual assume um grande relevo em CP. A espiritualidade constitui uma dimensão da vida que faz de cada pessoa um ser único e singular. É uma dimensão universal e que se encontra presente na vida de todos e que invoca sentimentos como o amor, a fé, a esperança e a confiança (Martins et al., 2015). Apesar do cuidar espiritual ser uma área importante de intervenção, é uma dimensão muitas vezes desvalorizada pelas equipas. E foi por haver consciência da sua importância que constituiu uma das áreas centrais do relatório de ENP pelas razões já emanadas. Várias pessoas em situação paliativa tinham em sua posse objetos religiosos nas mesas de cabeceira e isto era mais visível nos serviços de CP em comparação com outros. Os próprios familiares faziam-lhes chegar estes

símbolos de fé que, para as pessoas crentes, eram vistos como formas de “*ser iluminada e protegida; o meu santinho milagroso que me ajude até à hora da morte*” (SIC).

Ao longo deste ENP manifestações demonstrativas de comprometimento do bem-estar espiritual foram presenciadas através de expressões do tipo “*Porquê a mim; Que mal fiz eu a Deus; Deixem-me morrer que já não estou cá a fazer nada*” (SIC). Nestes casos era prestada disponibilidade, apoio emocional e escuta ativa no sentido daquela pessoa redefinir o sentido da vida e fazer uma retrospectiva dos momentos mais marcantes e felizes da sua vida. Este tipo de intervenção era favorável no sentido que permitia conhecer a trajetória da pessoa e perceber se haveria alguma forma de promover um maior bem-estar, ou alguma pessoa significativa que pudesse fazê-lo. Numa das situações, já no final do estágio, uma pessoa internada na unidade de CP, solicitou a visita por parte de um pároco da sua residência pois constituía algo importante para a mesma. O pedido de colaboração do capelão hospitalar ainda está muito aquém do que seria o ideal e foram detetadas algumas circunstâncias em que poderia ter sido positivo a sua referenciação. Deseja-se que a formação que se realizou no serviço acerca da espiritualidade tenha despertado e sensibilizado os profissionais relativamente a esta necessidade humana, onde a inclusão do capelão na equipa multidisciplinar é uma das intervenções previstas. Uma outra pessoa em situação paliativa verbalizava estar muito triste por não ver os netos há muito tempo. A EIHS CP contactou a filha de forma a perceber a possibilidade de trazer os netos ao internamento. A visita foi efetuada nesse mesmo fim-de-semana. São estes pequenos grandes detalhes de humanização que tornam este tipo de trabalho muito gratificante.

Partilha-se uma outra situação de uma pessoa internada em CP, já em fase agónica e sem resposta a estímulos há quase 24h, durante um posicionamento deixou escapar um “*Quero morrer*” (SIC). Eu e outra enfermeira, estando a posicionar a pessoa, olhamos uma para a outra no sentido de validarmos a informação percecionada e chegou-se à conclusão que tinha sido entendida a mesma expressão. Neste sentido, efetuou-se o reajustamento do plano e cuidados, dando prioridade a uma maior presença do enfermeiro. Também foi realizada a transmissão de informação ao médico responsável para reajustamento de analgesia e sedação para controlo sintomático através do aumento do débito da perfusão de midazolam e morfina, uma vez que ficou a sensação de que aquela pessoa poderia estar em sofrimento nos momentos de consciência. Efetivamente, praticar o “*heis-me aqui*” enquanto intervenção de enfermagem para alívio da angústia espiritual em pessoas em sofrimento espiritual nos últimos dias e horas de vida tornou-se um desafio enorme e uma experiência que proporcionou um crescimento profissional a este nível. Um estudo demonstrou existir

uma relação significativa entre dor psicológica e mecanismos de enfrentamento espiritual negativos, pelo que os profissionais que exercem cuidados em unidades de CP devem ser treinados para atender à dor total e às necessidades espirituais das pessoas em situação paliativa para que sejam capazes de lidar com o seu sofrimento (Gryschek et al., 2020). Assim, a intervenção multidimensional constitui a chave para a prevenção de angústia espiritual nesta fase final de vida, assim como para a promoção da qualidade de vida e de um fim digno.

Considera-se que estas vivências de estágio numa unidade de CP permitiram desenvolver a capacidade de avaliar os sintomas da pessoa em situação paliativa segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio, através da utilização de ferramentas padronizadas.

#### 1.4. APOIO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

O envolvimento dos familiares e pessoas significativas nos cuidados constitui algo fulcral para a garantia do bem-estar e da satisfação das necessidades de todo o sistema abrangente. Com base no regulamento nº 429/2018 das competências específicas do enfermeiro especialista, este envolve os cuidadores e/ou familiares da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, para que haja a otimização dos resultados na satisfação das necessidades; reúne-se com cuidadores e/ou familiares, reavaliando as suas necessidades, utilizando sempre que necessário a conferência familiar; atualiza o plano de intervenção numa parceria com os cuidadores e/ou familiares; e sabe adequar as estratégias de comunicação no processo de cuidar. Ainda, apoia a pessoa em situação paliativa e cuidadores e/ou familiares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto; e encaminha os cuidadores e/ou familiares para outros recursos de apoio.

Com base nestes pressupostos definiu-se como objetivo deste estágio: Desenvolver competências comunicacionais e relacionais na prestação de cuidados à família da pessoa em situação paliativa, apoiando no processo de luto.

Desde que remonta a existência do Homem, que a família constituiu um pilar fundamental a nível de apoio. Apesar das transformações ocorridas na sociedade, ainda hoje a família constituiu o suporte mais comum dos cuidados desenvolvidos na comunidade, tendo os enfermeiros o compromisso de integrá-la nos cuidados que prestam (Wright & Leahey, 2014). Perante um diagnóstico de doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, a família também adocece. Assim, o apoio às famílias e o apoio àqueles que cuidam das pessoas em situação paliativa é parte integrante das

equipas de CP (Neto, 2020). Assim, torna-se fulcral apoiá-la durante todas as fases da doença, desde o diagnóstico até ao processo de luto, para que se previna e/ou se identifique precocemente a ocorrência de lutos patológicos e para que consigam vivenciar esta fase da forma mais serena possível. Nesta linha de pensamento sobre o que é cuidar, também se realizaram intervenções de enfermagem dirigidas à família em que se estabeleceu uma relação terapêutica baseada no apoio e confiança. Verificou-se que estes cuidados à família em alguns casos se mantiveram após a morte do seu familiar. Percebe-se a importância e a necessidade desta intervenção do enfermeiro em CP, pois alguns dos familiares fizeram questão de entrar em contacto com a Equipa ou dirigirem-se ao hospital para agradecerem o apoio ou pedir ajuda para a resolução de algum problema, constituindo-se momentos privilegiados para a avaliação do luto e identificação de necessidades.

Os cuidadores e/ou família assumem cada vez mais um papel relevante no cuidar da pessoa em situação paliativa e não podem ser descurados dos planos de cuidados. Aliás, sendo o desejo da pessoa em situação paliativa e havendo condições para isso, o objetivo é que a morte ocorra em ambiente familiar. Porém, a tarefa de cuidar é algo exigente, tanto do ponto de vista físico, como psicológico. Cuidar de quem cuida é, uma responsabilidade do enfermeiro e deverá ser, também, uma responsabilidade dos decisores políticos. Neste contexto pode tornar-se vulnerável ao surgimento de patologias do foro mental, sendo nesta vertente importante apoiar todo o processo de transição.

Todas as transições desencadeiam mudança e estas devem ser exploradas no sentido de capacitar a família para a ultrapassar o mais eficazmente possível esta fase. Saliencia-se, com base na Teoria das Transições de Meleis, a importância do enfermeiro enquanto agente facilitador do processo de transição e o cuidar nas transições como um foco de atenção, sendo fundamental existirem nos planos de cuidados, intervenções específicas dirigidas à família que atravessa estes processos de transição. Na EIHSCP, quando detetada alguma necessidade da família, era agendada uma conferência familiar, que tal como já foi referido constituem um momento privilegiado para identificar necessidades e fazer face às questões que assolam esta díade de cuidados (Kuntz et al., 2020). As reuniões multidisciplinares constituem um momento crucial para se identificar essas mesmas necessidades da família. Também as questões relativas à exaustão do cuidador são muitas vezes abordadas em contexto de reunião multidisciplinar, sendo uma preocupação constante da Equipa.

O facto de haver uma assistente social tão próxima na Equipa constituiu-se como um agente facilitador do processo de avaliação e intervenção nas necessidades familiares.

Nunca tendo desempenhado funções num serviço com assistente social, não havia a perceção da sua importância no seio da equipa multidisciplinar e muito menos no decorrer das conferências familiares. O que se constatou, efetivamente, foi que dependendo do motivo da conferência familiar e das necessidades identificadas, por vezes era a assistente social que mais intervinha e liderava a mesma.

Houve a oportunidade de assistir a algumas situações no decorrer das conferências familiares com grande riqueza a nível de aprendizagens e reflexões. Destaca-se uma que foi realizada com o objetivo de preparar o regresso a casa de uma pessoa em acompanhamento pela EIHSCP com o desejo de morrer em casa. Para isso, era necessário avaliar se a família teria condições e/ou proporcioná-las. Salientar que, segundo um estudo epidemiológico, 85% da população demonstrou vontade de morrer em casa, mas que 60% morrem nos hospitais (Gomes et al., 2013). Assim, cabe aos enfermeiros avaliarem os desejos e barreiras da pessoa em situação paliativa e capacitarem os familiares para o cuidar. Em cerca de 45 minutos foi possível reunir vários profissionais, nomeadamente médico, enfermeiro e assistente social e criar um plano de intervenção adequado à díade de cuidados. Desmistificou-se preconceitos, esclareceram-se dúvidas e realizaram-se ensinamentos sobre gestão de regime terapêutico e controlo sintomático pois era algo que preocupava a família. Também se realizou a articulação com a equipa comunitária para terem mais apoio na fase de transição hospital-domicílio. No final da conferência familiar também foi fornecido o contacto da EIHSCP para os familiares se sentirem mais apoiados. É apenas um dos muitos exemplos que poder-se-ia destacar e que demonstra o quão vantajoso pode ser o planeamento, realização e avaliação de uma conferência familiar.

Apesar de haver a aquisição de competências na realização de conferências familiares, a pandemia constituiu uma limitação à maior aquisição, uma vez que não se realizaram tantas conferências familiares nem visitas familiares e, quando existiam, eram bastante limitadas e restritivas. A análise da relação entre pessoa em situação paliativa/família e a observação das dinâmicas entre eles foram raras comparativamente àquilo que poderia ter sido num contexto sem restrições. Contudo, salienta-se o apoio familiar realizado por telefone através do qual se dava apoio e esclareciam imensas dúvidas, ressaltando o facto de que se fornecer aos familiares um contacto telefónico direto era, por si só, fator apaziguador de medos e ansiedade.

Todos os momentos de intervenção junto da família foram aproveitados ao máximo e foram adquiridos conhecimentos e competências através de reflexões com a Equipa com base nas experiências de intervenção familiar.

Em jeito de conclusão, colocar a família como foco de intervenção de enfermagem especializada em CP é um pilar essencial para a prestação de cuidados integrados e humanizados, cabendo ao enfermeiro identificar as necessidades da família, conceção de planos adequados e executar intervenções eficazes que respondam às suas reais necessidades.

### 1.5. ÉTICA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A bioética e a enfermagem são duas áreas que encontram o seu fundamento na defesa da dignidade da pessoa humana e desde sempre que os problemas de natureza ética acompanham a prática do enfermeiro. Com foco na pessoa em situação paliativa e família, é indiscutível a importância da ética, da bioética e da deontologia profissional no dever do respeito pela dignidade da pessoa humana.

De forma a clarificar alguns conceitos, inicia-se por referir que a ética se baseia na reflexão sobre o agir, tendo em conta a pluralidade de vivências, de expectativas e valores das pessoas, tentando compreender o que é bem e o que é mal no comportamento humano (Machado, 1998) e assenta em 4 grandes princípios: o princípio do respeito pela autonomia da pessoa em situação paliativa; o princípio da beneficência, segundo o qual o profissional deve servir o melhor possível os interesses da pessoa em situação paliativa; o princípio de não maleficência, isto é, de não executar nada que seja contrário ao bem da pessoa em situação paliativa; e o princípio da justiça, que torna obrigatórios que se reconheçam as necessidades de outrem sem distinção de idade, raça, classe ou religião (Brito, 2008). Segundo o mesmo autor, existem mais 5 princípios éticos que norteiam os CP: o princípio da verdade, tendo a pessoa em situação paliativa o direito de saber sempre tudo a seu respeito e ser-lhe dada a informação que pretende; o princípio da proporcionalidade terapêutica, adotando-se apenas as medidas úteis e que tragam vantagens; o princípio do duplo efeito, onde os efeitos positivos terão que ser superiores aos negativos; o princípio da prevenção, antecedendo-se sempre complicações que possam ocorrer; e o princípio do não abandono, sendo-se solidário e acompanhando-se a pessoa em situação paliativa e família.

Para além da definição de ética, torna-se importante definir igualmente o conceito de deontologia. Esta consiste numa ética profissional das obrigações práticas, baseada na livre ação da pessoa e também no seu carácter moral, tratando-se de uma disciplina normativa, descritiva e empírica com a finalidade de determinar os deveres que devem ser cumpridos em determinadas circunstâncias sociais, dentro de uma determinada profissão (Brito, 2008).

À luz do exposto, definiu-se o seguinte objetivo: Adquirir competências relativas de reflexão crítica relativas a assuntos complexos e dilemas éticos inerentes à prática dos CP.

Os Códigos Deontológicos são um conjunto de normas que incidem sobre as obrigações, responsabilidades e direitos que regulam o exercício de uma profissão (Brito, 2008). A conduta dos enfermeiros também se pauta pelo respetivo Código Deontológico do Enfermeiro, do qual consta, no seu artigo 87º os deveres do enfermeiro relativamente ao respeito pela pessoa com doença incurável e /ou grave, progressiva e avançada. Este descreve que o enfermeiro, perante pessoas em situação paliativa desta tipologia de cuidados, assume o dever de defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que estejam com ele; respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação paliativa e pela família; e respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte (Nunes et al., 2005).

Face a estas obrigações profissionais e para que o enfermeiro possa ser um defensor dos interesses da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, a maior preocupação do enfermeiro não poderá ser o tratar, mas sim o cuidar.

Neste contexto, torna-se pertinente a distinção entre o conceito de «cuidar» e o conceito de «tratar». Segundo Collière, cuidar (care) consiste num ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades (Collière, 1996). Por outro lado, pode-se entender por «tratar» a prestação de cuidados técnicos e especializados dirigidos apenas à doença e que tem como principal finalidade obter a cura. Neste último, a pessoa em situação paliativa não é vista na sua globalidade e o profissional tende a deixar de parte as necessidades psicológicas, sociais e espirituais, com foco nas necessidades físicas. Collière chama-lhes cuidados de reparação (cure), tratando-se o que constitui obstáculo à vida (Collière, 1996). Neste sentido, é fundamental nunca esquecer que a pessoa é o verdadeiro centro de atenção e que a palavra-chave deixa de ser a «cura» (cure) e passa a ser o «cuidar» (care), o que implica que, através do pensamento crítico, o enfermeiro se interrogue se o que é cientificamente possível é eticamente correto.

Aspetos relacionados com a defesa das pessoas assumem uma importância ainda maior quando é dirigida a pessoas com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada e, por este motivo, muitas vezes surgem os dilemas éticos. Neste contexto de CP, o processo de deliberação ética torna-se um processo bastante complexo. Clarificar que os dilemas éticos emergem quando uma mesma situação carrega consigo duas ou



mais opções terapêuticas ou caminhos, a qual é suscetível à indagação social ou moral (Chaves e Massarollo, 2009).

Ao longo deste ENP, e considerando a EIHSCP um serviço de referência de dignidade nos cuidados, observaram-se algumas situações que despoletou reflexão sobre alguns dilemas éticos.

Em serviços de internamento, por vezes, a prática obstinação terapêutica se fez sentir. Nomeadamente nos serviços de cirurgia, as equipas ainda estavam muito direccionadas para a cura e para o tratar, mesmo referenciando a pessoa em situação paliativa para a EIHSCP, o que se sucedia normalmente em estadios bastante avançados. Assim, foram vivenciadas, por várias vezes, circunstâncias de pessoas em situação paliativa com prescrição de medidas potenciadoras de desconforto, como por exemplo: pessoas com bastantes secreções e com prescrição de grandes volumes de fluídos endovenosos por não se estarem a alimentar, crescendo a maior parte das vezes, alimentação parentérica; pessoas que apresentavam baixo débito urinário, na maior parte das vezes eram algaliados para monitorização da diurese; pessoas em situação paliativa com oxigénio suplementar sem critérios para tal; punções diárias para ver se as correções realizadas estavam a ter efeito; medicação por via endovenosa quando poderia ser administrada por via SC; medicação desnecessária de ser realizada nesta fase final da vida. Toda esta panóplia de situações levava a que as pessoas internadas apresentassem múltiplos acessos endovenosos e tubuladuras, o que conduzia a que várias pessoas estivessem imobilizadas aquando a visita. A EIHSCP, no decorrer da visita, ao realizar a avaliação da pessoa, avaliava de imediato se apresentava agitação psicomotora, para perceber se fazia sentido aquela pessoa em situação paliativa estar imobilizada. Avaliada a situação, tomava-se a decisão de qual a intervenção mais adequada para resolver o problema, com o objetivo de tratar a agitação com a máxima prontidão, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Para além do ajuste terapêutico, refletia-se sobre os equipamentos e artefactos que poderiam ser eliminados naquela pessoa em questão e formas alternativas de controlo, que normalmente passariam por passagem da terapêutica endovenosa para SC, eliminando-se a medicação que não fazia sentido ou que estivesse a causar algum tipo de desconforto pelos seus efeitos secundários. Era transmitida toda a informação das alterações à Equipa do respetivo internamento e fazia-se questão de explicar fundamentadamente as alterações efetuadas, de forma a que todos caminhassem com o mesmo objetivo e compreendessem a importância de certas alterações na prática do cuidar.

Se num extremo existe esta obstinação terapêutica e prática de distanásia, no outro posiciona-se a eutanásia. Convém distinguir os termos eutanásia e sedação paliativa, pois é algo que suscita muitas vezes dúvidas nos familiares. Recorda-se uma situação em que o familiar considerou que a sedação paliativa tinha como objetivo provocar a morte do seu ente querido. A sedação paliativa, realizada de forma adequada, não possui o mesmo objetivo da eutanásia, de facto não existe evidência de que a sedação paliativa encurte a vida. Conforme as Guidelines sobre a sedação em doentes terminais emanado pelo parecer nº P/20/APB/10 da Associação Portuguesa de Bioética, a sedação é uma intervenção médica com o fim de providenciar alívio numa multiplicidade de circunstâncias médicas. Segundo a mesma associação, a sedação paliativa cumpre com alguns pressupostos: a ação é boa (aliviar o sofrimento); não é pretendido o mal (não se deseja a morte do doente); a boa consequência não é obtida através da má (o alívio do sofrimento não implica a morte da pessoa em situação paliativa); e existe proporcionalidade entre o bem atingido e o mal efetuado (Associação Portuguesa da Bioética, 2010). Por outras palavras, enquanto na sedação paliativa o objetivo é aliviar o sofrimento através da utilização de fármacos sedativos utilizados para o controlo dos sintomas, na eutanásia o objetivo é terminar com a vida da pessoa em situação paliativa, através da administração de um fármaco letal.

Neste ENP existiu o confronto, por várias vezes, com um outro dilema ético: a decisão de suspender a alimentação, sendo um tema que levanta várias interrogações e receios. A preocupação de alimentar a pessoa em situação paliativa nos últimos dias de vida e as estratégias que se podem utilizar para o fazer continuam a ser motivo de controversa. O consensual é que todas as intervenções realizadas, nos últimos tempos de vida, terão que proporcionar conforto e a morte chegará pelo decurso natural da doença e não pela desnutrição ou desidratação (Barbosa et al., 2016). É esta vertente que sustenta as decisões na Equipa e a que foi transmitida aos familiares aquando a decisão de suspender a alimentação, para neutralizar o mito de que a pessoa em situação paliativa vai morrer com fome ou com sede. Foram presenciadas situações em que a família insistia que a pessoa ainda apresentava capacidade de deglutir e não percebiam os riscos inerentes à aspiração da alimentação. Porém, aquando a explicação ficavam mais esclarecidos e menos ansiosos. Em alguns casos recorria-se à realização de conferências familiares para dar conhecimento à família da opção da suspensão da alimentação e, em equipa multidisciplinar, explicar os motivos e benefícios desta intervenção para o conforto da pessoa em fim de vida. Mesmo para as equipas multidisciplinares de saúde dos vários serviços de internamento, a suspensão da alimentação é um assunto delicado. Na maior parte dos casos e tratando-se de pessoas

com doença incurável e/ou grave progressiva e avançada em fase terminal, não se justificava a colocação de uma sonda nasogástrica nem uma gastrostomia, pois poderia levar a que a pessoa tivesse que ser imobilizada ou sedada, causando agitação e desconforto e isso é o que menos se pretende em CP. Aquilo que foi percebido acerca deste dilema ético e contrapondo com o que se encontrou na pesquisa para revisão de literatura, é que se torna imperativo existir bom senso e sintonia da equipa interdisciplinar e família relativamente ao objetivo dos cuidados. À medida que a doença avança e aproxima-se o final da vida, o objetivo de CP não deverá ser a preocupação pelo estado nutricional, mas sim o alívio de sintomas e o conforto, mesmo que isso signifique que o doente tenha que cessar a alimentação (Ciccarelli & Mattos, 2021). Assim, entende-se que nos cuidados de enfermagem especializados à pessoa à situação paliativa torna-se fulcral que a par da ética, da deontologia e das implicações legais, haja bom senso e trabalho em equipa para resolução destes dilemas com vista ao melhor benefício e dignidade da pessoa em situação paliativa.

## **2. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS E DESENVOLVIDAS NO DOMÍNIO DA FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO**

No Plano Estratégico para o desenvolvimento dos CP do Biénio 2019-2020, constam várias linhas estratégicas entre as quais se destaca a formação e capacitação dos profissionais de saúde (PNCP, 2019-2020).

No documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, num dos enunciados descritivos, refere que “na busca permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” sendo, para isso, importante a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” (OE, 2002, p.18).

Como futura enfermeira especialista, também existem competências acrescidas no domínio da formação a serem desenvolvidas. Segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, previsto no Decreto-lei nº26/2019, o enfermeiro especialista deve alicerçar os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem, atuando como formador oportuno em contexto de trabalho, faz o diagnóstico de necessidades formativas, tem um papel ativo no favorecimento das aprendizagem e no desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, avaliando à posteriori o impacto da formação.

Com base nestes pressupostos foram delineados como objetivo geral: Desenvolver competências na formação em contexto de trabalho.

Foram traçados, ainda, como objetivos específicos:

- Desenvolver competências na conceção e realização de formação em contexto de cuidados, com o intuito de alicerçar os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente.
- Aprofundar conhecimentos acerca da dimensão da espiritualidade e o cuidar espiritual.

Partindo destes objetivos e tendo em conta a necessidade formativa identificada no diagnóstico de necessidades, realizou-se uma atividade formativa em contexto de trabalho, intitulada por “Espiritualidade em Cuidados Paliativos: Falar da angústia espiritual e esperança perante um diagnóstico sem perspectiva de cura”, com a duração de 1 hora e 30 minutos.

Esta formação foi planeada (APÊNDICE G) e realizada obedecendo rigorosamente aos princípios de realização de formação em contexto de trabalho. Assim, foram definidos os objetivos, planeamento da sessão, elaborado o plano de sessão, pedidos de autorização, divulgação da formação, realização das inscrições, criação do conteúdo em suporte PowerPoint, efetuado o registo de presenças, efetuada avaliação da mesma e reflexão após a sessão e envio das inscrições e presenças para o gabinete de formação para efeito de certificados de participação.

Com esta formação pretendeu-se:

- Capacitar os enfermeiros para intervenções mais ajustadas às necessidades espirituais presentes nas pessoas em situação paliativa.

Delineou-se como objetivos específicos:

- Sensibilizar a equipa para a importância da dimensão da espiritualidade;
- Sensibilizar a equipa para a importância da avaliação da dimensão espiritual e da esperança em CP
- Sensibilizar a equipa para a importância da intervenção na dimensão espiritual;
- Desenvolver conhecimentos na equipa relativamente à avaliação do bem-estar espiritual e da esperança;
- Refletir acerca da importância da dimensão espiritual em CP;
- Dar a conhecer os resultados do questionário de identificação de necessidades;
- Dar a conhecer a proposta de parametrização do SClinico;
- Dar a conhecer à equipa o papel do capelão no seio da equipa multiprofissional;
- Dar a conhecer à equipa o papel do capelão junto da pessoa em situação paliativa em CP;
- Dar a conhecer à equipa o papel da capelania no apoio espiritual e promoção da esperança em CP.

A formação foi dirigida a todos os profissionais da unidade hospitalar que estivessem em contacto com pessoas em situação paliativa ou que tivessem interesse na área. Decorreu no dia 20 de julho de 2022, das 17h00 às 18h30, em formato online.

O conteúdo desta formação consistiu na apresentação das necessidades identificadas e na compilação sobre cuidados espirituais tendo por base a mais atual evidência. Dela constaram os seguintes tópicos: Espiritualidade enquanto conceito; Espiritualidade VS Religião; Espiritualidade em CP; Intervenção dos Enfermeiros na espiritualidade em CP;

SClinico – O que existe; SClinico- Proposta de Parametrização; O papel da capelania no apoio espiritual e na promoção da esperança em CP.

Também foram apresentadas escalas relacionadas com a dimensão espiritual validadas para a população portuguesa (ANEXO B). Como a escala de avaliação da esperança Herth Hope Index não se constituía de acesso livre, enviei um email à Doutora Ana Querido (uma das autoras) a solicitar autorização para me ceder e para dá-la a conhecer aos enfermeiros aquando a realização da formação, a qual foi facultada (ANEXO C) e apresentada aos profissionais aquando a realização da mesma.

Após realizar o plano de sessão (APÊNDICE H), contactei o capelão hospitalar, o qual aceitou participar e abordar um pouco do seu papel junto da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada. Sem dúvida que a colaboração entre enfermeiros e capelães é essencial para fornecer apoio espiritual nas instituições de saúde (Taylor & Li, 2020) e pretendi também demonstrá-lo através desta formação.

Após a autorização do gabinete de formação, realizei a ficha de inscrição em Google Forms (APÊNDICE I), pois apesar de consistir numa formação gratuita, foi de inscrição obrigatória. A avaliação da sessão também foi realizada em Google forms (APÊNDICE J) e enviada para os emails após o término imediato da formação.

A divulgação da formação, seguindo os trâmites hospitalares, foi realizado pelo gabinete de imagem (ANEXO D). Mesmo assim, após ter uma data acordada com o Sr. Padre, realizei um cartaz (APÊNDICE L) que afixei no serviço de CP e noutros da instituição que normalmente referenciam doentes à EIHSCP.

Relativamente ao certificado da formação, foram recolhidos os emails dos inscritos e enviados para o gabinete de formação de forma a que o gabinete pudesse efetivar os certificados.

A apresentação decorreu através do método expositivo, com o apoio de uma apresentação em suporte informático power point elaborado para o efeito (APÊNDICE M).

Criei alguns momentos de reflexão e brainstorming ao longo da sessão. Num deles, pedi aos formandos para definir espiritualidade numa palavra ou numa pequena frase em 15 segundos e registassem no chat, mesmo antes de ter iniciado o tópico das definições do conceito de espiritualidade. As respostas foram variadas, mas grande parte direcionadas para a transcendência e sentido da vida. (APÊNDICE N).

Através destas definições pode-se constatar que alguns formandos já apresentavam uma ideia do que era a espiritualidade e as respostas foram muito ao encontro daquilo

que os autores que apresentei à posteriori referiam, fazendo essa ligação das respostas dadas e das definições de conceitos ao longo da apresentação. Foi manifestado pelos formandos a falta de formação e a falta de inclusão desta dimensão na avaliação inicial de enfermagem e nos registos que estavam a realizar no serviço. O capelão confidenciou que também ele tinha essa perspetiva acerca da falta de formação dos profissionais dos serviços hospitalares. No momento de esclarecimento das questões foram referidas algumas considerações acerca da formação e o feedback dos participantes, registadas no chat foi bastante positivo das quais destaco a seguinte opinião: “Muito boa formação. Tema muito importante, mas para o qual estamos pouco sensíveis com as rotinas do dia-a-dia”.

Foi um momento muito enriquecedor. O Sr. Padre salientou a importância da referenciação para o apoio religioso e espiritual e partilhou várias experiências positivas da sua prática clínica. Após a formação, enviei para os formandos, por email, o manual de assistência espiritual e religiosa hospitalar, que foi aconselhado pelo Sr. Padre no decorrer da mesma. Reuni-me com o Sr. Padre no final da sessão e ficou acordado que, mesmo tendo sido enviado o email com o manual, que ele iria realizar uma encomenda de 20 destes manuais para distribuir pelos diferentes serviços da unidade hospitalar, de modo a que os enfermeiros possam ter um guia de apoio à prática do cuidado religioso/espiritual.

A formação contou com 37 inscrições e 22 presenças, considerando-se uma boa adesão tendo em conta o pouco tempo de divulgação. Algo que me marcou positivamente foi a presença de profissionais da neonatologia, pediatria e obstetrícia, uma vez que são serviços que não referenciam pessoas para a EIHS CP, mas que faz todo o sentido de se intervir na dimensão espiritual, pois existem situações sem desfecho positivo que podem provocar um enorme sofrimento existencial e angústia espiritual aos pais.

Por último, e como forma de agradecimento aos profissionais presentes e aos profissionais que, mesmo não estando presentes tornaram isto possível, distribuí uma lembrança pelos serviços (APÊNDICE O). Trata-se de um porta-chaves com as duas imagens de capa que foram apresentadas nos slides juntamente com duas frases que me fazem todo o sentido de reter: “Esperança é ver a luz na escuridão” e “Sejam sempre luz para os que cuidam!”, juntamente com a escala de avaliação da esperança (ANEXO E), tendo distribuído pelos serviços.

Quanto à avaliação da formação por parte dos formandos, as respostas ao questionário foram muito positivas (APÊNDICE P).

A realização de formações em contexto de trabalho constituiu-se como algo bastante complexo, pelo rigor e dinâmica da unidade hospitalar. Surgiram algumas dificuldades a nível de compreender os trâmites que teriam que ser seguidos desde o planeamento até à avaliação. No entanto, estas mesmas dificuldades foram ultrapassadas com o apoio e explicação por parte da enfermeira responsável pelo serviço onde realizei o ENP e pela disponibilidade do departamento de formação. O tempo de divulgação também não foi o ideal por motivos de falecimento de um colaborador do centro de formação na semana em que iria ser iniciada a divulgação, pelo que se teve que aguardar por uma pessoa que substituísse as suas tarefas. Todavia, os enfermeiros responsáveis pelos serviços foram bastante acessíveis e contribuíram também eles na divulgação da mesma pelos seus colaboradores. Apesar destes entraves, conseguiu-se uma boa adesão e a satisfação dos intervenientes em relação à sessão foi notória. Considerava positivo ter sido realizada uma avaliação das práticas de enfermagem após esta formação para avaliar o impacto da mesma nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Uma vez que foi realizada no final do estágio pelas razões já mencionadas, não foi possível ter essa perceção.

Como jeito de conclusão, referir que constituiu um momento fulcral para a capacitação da equipa multidisciplinar para o cuidar espiritual e para o desenvolvimento pessoal referente à aquisição de competências relativas ao planeamento, execução e avaliação de formação em serviço, percebendo a sua importância para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem.



### **3. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO DOMÍNIO DA GESTÃO**

O domínio da melhoria contínua da qualidade constitui uma das competências comuns do enfermeiro especialista, devendo desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, tal como explanado no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista previsto no Decreto-Lei nº26/2019. A melhoria contínua e a gestão de cuidados não são função exclusiva dos enfermeiros gestores, pelo que toda a equipa deve estar envolvida em prol de um objetivo comum.

Neste sentido definiu-se para este estágio o objetivo: Desenvolver competências na gestão de cuidados.

A execução de registos de enfermagem é um aspeto fundamental no processo de enfermagem. Atualmente grande parte dos registos efetuam-se em plataformas informáticas. No caso das unidades de saúde, atualmente, utiliza-se a plataforma SClinico. Trata-se de um sistema de informação evolutivo e que tem crescido para se tornar uma aplicação única, comum a todos os profissionais de saúde e centrada na pessoa, com o objetivo de homogeneizar as práticas e a informação recolhida, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente (Ministério das Saúde, 2020).

A inexistência de registos em SClinico acerca da dimensão espiritual, verificada aquando da realização do diagnóstico de situação, prende-se com o facto de as respetivas intervenções não estarem parametrizadas, assim como não estar presente na avaliação inicial de enfermagem. Tal como já antes se mencionou, quando os enfermeiros foram questionados sobre o porquê de não avaliarem e identificarem necessidades da dimensão da espiritualidade da pessoa em situação paliativa na prática profissional, 60% afirmaram ser pelo SClinico não permitir esse registo. Igualmente, quando questionados sobre o porquê de não implementarem intervenções para atender às necessidades espirituais da pessoa em situação paliativa na sua prática profissional, 66.7% afirmaram ser pelo mesmo motivo.

De forma a potenciar a qualidade dos cuidados prestados, os enfermeiros devem procurar realizar os registos de cuidados de enfermagem, tal como consta nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Num dos enunciados descritivos explanado neste documento é referido que o enfermeiro, na busca incessante da excelência do seu exercício profissional, coopera no atingimento da máxima eficácia na organização dos cuidados, sendo importante a existência de um sistema de registos de

enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa em situação paliativa, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções (OE, 2002, p. 18).

Na busca da excelência de cuidados torna-se fulcral a avaliação contínua dos mesmos e, para isso, torna-se necessário que esta seja mensurável (Sandi, 2015), estabelecendo indicadores. Podemos definir os indicadores como ferramentas de gestão utilizadas para medir, monitorizar e avaliar os resultados de um dado processo ou projeto, tendo em conta dados registados de forma organizada e estruturada como parte dos sistemas de informação (Pinto & Ferreira, 2014). Assim, os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) adquirem como principais finalidades a uniformização dos registos de enfermagem e a visibilidade dos cuidados prestados, contribuindo para uma melhoria na organização dos serviços e com resultados positivos na assistência de enfermagem, melhoria da qualidade dos cuidados, das informações e da organização do serviço (Nascimento, 2021).

O National Coalition for Hospice and Palliative Care, o National Consensus Project for Quality Palliative Care e o National Quality Forum, afirmam que estes indicadores de qualidade devem ser organizados em oito grandes domínios, sendo que o quinto é referente ao fornecimento de informações sobre a disponibilidade de serviços de assistência espiritual ao doente ou à família (National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2018).

Através das orientações emanadas por estes documentos, pode-se afirmar que a espiritualidade é considerada um domínio relevante quando se fala de qualidade em saúde. Um outro estudo de Capelas et al., (2018) que teve como objetivo obter o consenso para os 25 indicadores de qualidade prioritários para os serviços de CP em Portugal, também salientou um indicador de qualidade no domínio dos aspetos espirituais, religiosos e existenciais do cuidar, tendo obtido um consenso elevado. Trata-se de um indicador de processo designado por “Disponibilização de suporte espiritual baseado na avaliação da religião do doente, preocupações existenciais e espirituais, utilizando um instrumento de avaliação estruturado, integrando a informação obtida no plano terapêutico geral do doente”. Pode-se constatar que se trata de uma temática cada vez com mais visibilidade e mais premente de ser integrada na prática de enfermagem.

Tendo como base a competência comum do enfermeiro especialista relativa à melhoria contínua, assim como a necessidade identificada no diagnóstico de necessidades de colmatar a falta de registos de enfermagem relativa a cuidados espirituais, surge a

realização de um projeto “Proposta de Parametrização em SCLinico: A dimensão espiritual” (APÊNDICE Q)

Esta atividade foi planeada e realizada obedecendo rigorosamente aos princípios de realização de um projeto desta natureza. Assim, foi realizada consulta documental em SCLinico, leitura dos protocolos da unidade hospitalar relativos às atribuições do enfermeiro dinamizador dos sistemas de informação em enfermagem (ANEXO F), definidos os objetivos, planeamento, reuniões com o departamento de qualidade, elaboração do documento com a apresentação do projeto, apresentação do projeto às pessoas responsáveis pelo grupo SIE e o seu envio e reflexão acerca do mesmo.

No que concerne ao planeamento do projeto, segui a sugestão da OE no seu guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Utilizei a metodologia de Deming (ciclo PDCA – Plan, Do, Check, Act/Adjust), adaptado por Pedro Salvada para 8 etapas, de forma a responder mais eficazmente às necessidades específicas de projetos de enfermagem. São elas: 1- Identificar e descrever o problema; 2- Perceber o problema e dimensioná-lo; 3- Formular objetivos iniciais; 4- Perceber as causas; 5- Planear e executar as tarefas/atividades; 6- Verificar os resultados; 7- Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; 8- Reconhecer e partilhar o sucesso (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Quanto à identificação e descrição do problema (etapa 1), este já foi acima explanado. Relativamente à etapa 2 de perceber e dimensionar o problema, foram identificadas forças e fraquezas. Como forças, destaca-se:

- Nos principais hospitais de referência nacionais não estão parametrizadas estas intervenções, pelo que a unidade hospitalar onde realizei o ENP seria uma referência;
- Motivação da equipa na implementação destas sugestões;
- A equipa concorda que é um tema que deveria ser obrigatório em CP;
- Formação avançada em CP em muitos dos profissionais que constituem a equipa;
- Existência de um capelão na unidade.

Por outro lado, identificou-se como fraquezas (referidas pela Equipa):

- Falta de formação;
- Falta de confiança.

A etapa 3 diz respeito à definição de objetivos. Os objetivos a serem preconizados para este projeto compreende-se entre objetivo geral e específicos.

Os objetivos gerais são:

- Parametrizar diagnósticos de enfermagem;
- Parametrizar intervenções de enfermagem;
- Parametrizar a avaliação da dimensão espiritual.

Relativamente aos objetivos específicos, com esta atividade pretendeu-se:

- Promover a avaliação e identificação de necessidades a nível da espiritualidade;
- Promover a inclusão do cuidar espiritual nos planos de cuidados de enfermagem;
- Melhorar os registos de enfermagem em SClinico relacionados com a dimensão espiritual;
- Promover o cuidar espiritual à pessoa em situação paliativa;
- Promover a dignidade, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa;
- Diminuir a prevalência da angústia espiritual na pessoa em situação paliativa.

A etapa 4 consiste na compreensão das causas e está relacionada com o diagnóstico de necessidades realizado: observação, pesquisa documental, questionário e entrevista ao informante privilegiado.

No que diz respeito à etapa 5, planeamento e execução das tarefas, realizei algumas propostas de parametrização que passo a enumerar:

- Na Avaliação Inicial acrescentar um campo de texto livre “Dimensão espiritual” onde se regista a avaliação da espiritualidade/religião da pessoa em situação paliativa.
- O único ponto relacionado com a dimensão esperança no SClinico consiste no “Avaliar esperança”, mas não está parametrizado. Não tem escala associada nem dá para gravar e utilizar no plano de cuidados. Assim, a proposta seria definir o Diagnóstico de Enfermagem “Esperança, comprometida” e como intervenções:
  - Avaliar a esperança (e associar a Escala de Herth Hope Index -PT validada para a População Portuguesa e cedida pela Dr.<sup>a</sup> Ana Querido);
  - Promover a esperança (código CIPE nº10024440);

- Aconselhar sobre a esperança (código CIPE nº10026212).
- Relativamente ao diagnóstico presente do “bem-estar, comprometido”, este apenas apresenta as dimensões do bem-estar físico, psicológico e emocional. A minha sugestão seria acrescentar o “bem-estar espiritual demonstra/ não demonstra” e associar como intervenções:
  - Aconselhar sobre angústia espiritual (código CIPE nº10026231);
  - Providenciar apoio espiritual (código CIPE nº10027067);
  - Apoiar as crenças (já existe no SClinico);
  - Encorajar expressão de crenças (já existe no SClinico);
  - Otimizar as crenças (já existe no SClinico).

Destaca-se que apenas foi exequível realizar a operacionalização até à quinta etapa, uma vez que as etapas subsequentes já dizem respeito à fase de implementação, não sendo atingida a mesma no presente ENP. Este projeto foi apresentado aos enfermeiros na formação sobre espiritualidade em CP, que teve como propósito possibilitar a continuidade do projeto quando o estágio terminasse. Espera-se veementemente que a proposta apresentada seja implementada e que contribua para melhorar a qualidade dos cuidados espirituais, no que se refere à avaliação, identificação de necessidades e intervenção na dimensão da espiritualidade, com o intuito de aliviar o sofrimento espiritual da pessoa em CP, obtendo-se, desta forma, ganhos em saúde.

A realização deste projeto permitiu a: compreensão sobre as estruturas e modelos de organização dos serviços; compreensão sobre a área da gestão como um dos alicerces ao desenvolvimento da prática de cuidados em CP; compreensão sobre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem; conhecimentos acerca dos SIE e do seu funcionamento; e aquisição de conhecimentos quanto à utilização de metodologias de projeto. Sobre este último tópico, referir que com esta metodologia de projeto é possível melhorar as práticas de cuidados, não só relativamente à dimensão da espiritualidade, como nos restantes domínios de cuidados e constitui uma ferramenta igualmente útil, não só para o planeamento de projetos, como também para resolver qualquer dificuldade com que os enfermeiros se deparem.

Possibilitou, também, a aquisição de competências de gestão, entre os quais capacidade de pesquisa, resolução de problemas, pensamento crítico, trabalho em equipa, compreensão da forma de organização dos vários serviços envolvidos da instituição, forma de operar do grupo SIE, elaborar projetos e a importância de existirem indicadores de qualidade.

Como jeito de conclusão, torna-se premente a parametrização em SClinico de diagnósticos e intervenções relacionadas com a dimensão espiritual, assim como incluir a mesma dimensão na avaliação inicial de enfermagem, fomentando o processo de melhoria contínua a nível dos cuidados de enfermagem especializados.

#### 4. INVESTIGAÇÃO EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

O Enfermeiro Especialista deve-se pautar por incorporar a melhor evidência científica procurando as melhores práticas, assim como ser agente ativo no campo da investigação. Neste pressuposto, deve possuir competência de identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, investigar e colaborar em estudos de investigação, interpretar, organizar e divulgar resultados provenientes da evidência, discutir as implicações da investigação e contribuir para novo conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Neste sentido, delineou-se como objetivo: Desenvolver competências de investigação.

Face ao diagnóstico de situação de necessidades inicialmente realizado, identificou-se como necessidade o aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências a nível de cuidados espirituais. Este diagnóstico corrobora Balboni & Balboni, (2018) e Navarro et al., (2022) que referem que mesmo havendo reconhecimento da importância destes cuidados, a espiritualidade continua a constituir-se na dimensão mais negligenciada nos últimos momentos da vida das pessoas e a mais desconhecida nos CP. Segundo Kang et al, (2021), a dimensão espiritual é algo intrínseco à pessoa e necessita de ser uma componente central nos CP de qualidade. À luz do exposto optou-se pela elaboração de uma *scoping review*, intitulada por “Dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual da pessoa em situação paliativa: uma *scoping review*”, com o objetivo de mapear a evidência científica relativa às dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual, em CP (APÊNDICE R) e que foi enviada e aceite a sua publicação na revista Nursing (APÊNDICE S).

##### Tipo de estudo

O estudo realizado trata-se de uma *scoping review*, o qual consiste num estudo secundário decorrente de revisões de estudos primários. O método utilizado teve por base o protocolo definido pela JBI (Peters et al., 2020) e à extensão do PRISMA (Tricco et al., 2018) para a sua elaboração.

##### Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa utilizada foi a estratégia PCC - População, Conceito e Contexto. Foram definidos como critérios de inclusão: Participantes – enfermeiros; Conceito – dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual da pessoa em CP; Contexto - unidades de CP (Internamento, Equipa Intra-Hospitalar, Equipa Comunitária).

Foram definidos como critérios de exclusão estudos que não estejam disponíveis em texto integral.

Os critérios de elegibilidade obedeceram aos seguintes parâmetros: Tipo de Estudo – considerados os estudos primários (qualitativos, quantitativos e mistos); Idioma – consideradas publicações disponíveis em Português, Espanhol e Inglês; Data de publicação – considerados estudos dos últimos 5 anos.

A pesquisa nas bases de dados ocorreu entre o dia 9 de junho de 2022 e o 25 de junho de 2022. Numa primeira fase, realizou-se uma pesquisa aleatória e exploratória com termos relacionados com a espiritualidade em CP, de forma a compreender quais os descritores mais utilizados e numa segunda fase, foram definidos os termos das frases booleanas para a realização da pesquisa final, identificando-se os respectivos descritores através dos termos Medical Subject Headings (MeSH): Spirituality; Spiritual Care; Palliative Care; Terminal Care; End of Life; Difficulties. Por último, foram analisadas as referências bibliográficas de todos os estudos selecionados para leitura integral, de forma a identificar-se estudos adicionais.

Esta pesquisa foi aplicada em quatro bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *National Library of Medicine*, *Cummulative Index to Nursing and Allied Heath Literature* e *Web of Science*, considerando a seguinte frase booleana de pesquisa: Palliative Care OR End of Life OR Terminal Care AND Difficulties AND Spirituality OR Spiritual Care.

A pesquisa, seleção e leitura dos estudos foram efetuados por dois revisores de modo independente e os dados foram igualmente extraídos por dois revisores de forma independente, usando um instrumento desenvolvido pelos investigadores para esse fim e alinhado com o objetivo da *scoping review*.

## Resultados

A apresentação dos estudos selecionados e dos resultados foi realizada com recurso a tabelas, de forma a sintetizar a informação encontrada.

Foram identificados, numa primeira fase, 3858 estudos para a revisão através da pesquisa nas bases de dados eletrónicas, sendo identificados e removidos 315 estudos duplicados, ficando para análise 3543 estudos.

Realizada uma triagem dos achados com base no título e resumo, identificou-se que 52 estudos cumpriam os critérios de inclusão definidos. Procedeu-se à análise das



referências bibliográficas dos 52 estudos selecionados para leitura integral e foram incluídos na pesquisa mais 3 estudos.

Estes 55 estudos foram analisados na íntegra e aplicados os critérios de inclusão e exclusão com o apoio de uma checklist construída para o efeito (Apêndice T). Os estudos que cumpriam os critérios foram elegíveis para fazer parte da seleção final e resultou de uma amostra final de 10 estudos. Foram realizadas fichas de leitura destes 10 estudos (Apêndice U). Todo este processo de pesquisa e seleção dos estudos foi representada pelo fluxograma PRISMA.

Com esta *scoping review* foi possível, após a análise dos resultados, identificar várias dificuldades sentidas pelos enfermeiros no cuidar espiritual à pessoa em situação paliativa. Emergiram 8 categorias: falta de tempo; falta de confiança dos enfermeiros; evitamento pelo enfermeiro em prestar cuidados espirituais; falta de formação; espiritualidade dos enfermeiros pouco desenvolvida; referência tardia para os CP; falta de reconhecimento da organização da importância dos cuidados espirituais; e crenças diferentes entre enfermeiros e pessoa doente. Verificamos que, das categorias definidas, a falta de formação é a mais mencionada, tendo sido identificada em 90% estudos, seguindo-se a falta de tempo identificada em 60% e a falta de reconhecimento da organização da importância dos cuidados espirituais em 50%. As restantes categorias situam-se entre os 30% e 10% dos estudos.

### Conclusão

Através da apresentação e discussão dos resultados concluiu-se que existem várias dificuldades sentidas pelos enfermeiros no cuidar espiritual em CP, as quais gravitam à volta de 3 eixos: défices na formação, défices organizacionais e défices pessoais na forma de lidar com esta dimensão do cuidar.

É cada vez mais evidente a importância de sensibilizar os profissionais de saúde, em geral e dos enfermeiros em particular, para a relevância do cuidar espiritual em CP.

Neste sentido, torna-se fundamental a existência de uma aposta mais consolidada no desenvolvimento de competências de um cuidar espiritual por parte, quer as instituições de ensino superior, quer as instituições de saúde, integrando esta dimensão do cuidar nos seus planos de estudos e na sua praxis respetivamente, possibilitando, desta forma, cuidados à pessoa em situação paliativa mais completos, éticos e humanos.

Com a realização deste estudo de investigação foi possível a aquisição de competências não só relativa a elaboração de estudos do tipo *scoping review*, como transversais a outros tipos de estudos secundários e primários. Sem dúvida que, investigarmos

aspectos que nos inquietam na prática, é o caminho para serem alcançados novos conhecimentos e melhoradas a prática de cuidados de enfermagem.

**CONCLUSÕES**

Neste capítulo salienta-se aspetos essenciais do relatório de ENP, nomeadamente atividades desenvolvidas, competências adquiridas, estudo de investigação realizado, potencialidades e dificuldades encontradas no desenvolvimento do estágio, implicações e sugestões para a prática clínica, formação e investigação.

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação paliativa tem competência para intervir na dimensão física, mental, social e espiritual, através da implementação de cuidados técnico-científicos, éticos e humanizados.

Para que o cuidar seja multidimensional, emerge a necessidade de desenvolver competências técnicas, relacionais, emocionais, éticas, culturais e espirituais,

A espiritualidade é uma dimensão central da pessoa em situação paliativa e família e normalmente refere-se à relação com o transcendente e envolve sentimentos, significados e propósitos para a existência.

Realizar o diagnóstico de situação permitiu identificar que os enfermeiros não intervêm eficazmente no cuidar espiritual, o que constituiu o mote para delinear os objetivos e atividades.

Revelou-se fundamental a realização deste estágio na área dos CP, no qual se desenvolveu competências avançadas em comunicação, na relação com a pessoa em situação paliativa e família, gestão de sintomas, apoio à família, gestão do luto, trabalho em equipa e ética na prestação de cuidados.

Realizou-se uma atividade de formação em contexto de trabalho designada de “Espiritualidade em Cuidados Paliativos” a qual constituiu um momento fulcral para a capacitação da equipa multidisciplinar para o cuidar espiritual e para o desenvolvimento de competências pessoais relativas ao planeamento, execução e avaliação de formações em contexto de trabalho.

No âmbito da aquisição de competências relacionadas com a melhoria contínua da qualidade e face à necessidade identificada de colmatar a falta de registos de enfermagem, foi realizado um projeto intitulado: “Proposta de Parametrização em SClinico: A dimensão espiritual”. Este possibilitou a aquisição de conhecimentos transversais, entre os quais de pesquisa, resolução de problemas, pensamento crítico, trabalho em equipa, compreensão da forma de organização dos vários serviços envolvidos da instituição, forma de operar do grupo SIE e a importância de existirem indicadores de qualidade.

Torna-se premente a parametrização em SClinico de diagnósticos e intervenções relacionadas com a dimensão espiritual, assim como incluir a mesma dimensão na

avaliação inicial de enfermagem e esperamos que, com esta proposta, seja possível melhorar a avaliação, identificação de necessidades e intervenção no cuidar espiritual, obtendo-se, desta forma, ganhos em saúde para os sujeitos de cuidados.

Foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear a evidência científica relativa às dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual da pessoa em situação paliativa, permitindo-nos obter um conjunto de resultados dos quais emergiram as conclusões: os enfermeiros não dão resposta às necessidades espirituais da pessoa em situação paliativa devido à falta de formação, falta de confiança, referenciação tardia para os serviços de CP, evitamento por parte do enfermeiro em prestar cuidados espirituais, falta de tempo, espiritualidade dos enfermeiros pouco desenvolvida, falta de reconhecimento da organização da importância dos cuidados espirituais e as crenças disparens entre enfermeiros e pessoa em situação paliativa; verifica-se a existência de várias dificuldades no cuidar espiritual sentidas pelos enfermeiros em CP, que gravitam à volta de 3 eixos, sendo eles: défices pessoais, organizacionais e de formação; é importante sensibilizar os profissionais de saúde e os enfermeiros em particular, para a relevância do cuidar espiritual em CP; é fundamental a existência de uma aposta mais consolidada no desenvolvimento de competências de um cuidar espiritual por parte, quer as instituições de ensino superior, quer as instituições de saúde.

Com a realização deste estudo de investigação foi possível a aquisição de competências não só relativa a elaboração de estudos do tipo *scoping review*, como transversais a outros tipos de estudos secundários e primários.

A perspetiva é de que estes resultados evidenciam a importância do tema definido para este relatório de ENP.

No final deste período tão rico em aquisição de conhecimentos e competências, os objetivos previstos foram atingidos e todo este percurso correspondeu e ultrapassou as expectativas.

Porém, surgiram algumas limitações relacionadas essencialmente com o contexto pandémico em que existia uma grande restrição das visitas e limitou a aquisição de algumas competências e interação com a família.

Apesar das limitações e dificuldades, constituiu, sem dúvida, um percurso com um grande crescimento pessoal, académico e profissional.

Os cuidados espirituais devem estar incluídos nas funções dos enfermeiros e esta competência está consagrada em Diário da República, constituindo o enfermeiro o profissional que estabelece maior contacto com a pessoa em situação paliativa e que

melhor conhece as suas necessidades multidimensionais, na medida em que é o profissional que a acompanha 24 horas por dia.

Os enfermeiros conseguirão evoluir profissionalmente enquanto prestadores de cuidados espirituais quando compreenderem o conceito da espiritualidade e existirem formação adequada nesta área de cuidados.

Torna-se fulcral que as equipas de CP invistam continuamente em ações de formação relacionadas com a comunicação, parecendo que a realização de workshops ou encenações de situações em role-play seja uma boa forma dos enfermeiros adquirirem treino e confiança.

A formação em CP no geral e a espiritualidade em particular será fundamental para a implementação de cuidados de enfermagem de qualidade, humanos e éticos.

Devem os enfermeiros estar atentos a todas as necessidades, de forma a proporcionar às pessoas em situação paliativa a oportunidade de continuarem a encontrar sentido para a vida, a encontrarem esperança e continuarem a ter um propósito até ao momento da morte, tendo-se presente que a morte em si não constitui uma fatalidade, mas sim a existência de uma vida sem sentido.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Abejas, A. & Duarte, C. (2021). **Humanização em Cuidados Paliativos**. Lidel,
- Amenta, M.O. (1986). Spiritual concerns. In M. O. Amenta & N. Bohnet (Eds.) **Nursing care of the terminally ill**. Boston: Little, Brown.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. *Apresentação*.  
<https://apcp.com.pt/apresentacao>
- Associação Portuguesa Cuidados Paliativos. (2018). Acesso aos cuidados paliativos em doentes não oncológicos: casuística de uma região do nordeste português. *Revista Cuidados Paliativos*. 5(1), 19-26.  
<https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/89c9ecee-ca4a-4e38-bb1e-12962cbdf7d3.pdf>
- Araújo, M. & Silva, M. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos. *Rev. Esc. Enferm.* 46(3), 626-632.
- Arriera I.C.O., Thofehn M.B., Porto A.R., Moura P.M.M., Martins C.L., & Jacondino M.B. (2018). Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Rev Esc Enferm USP*, 52. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>
- Associação Portuguesa da Bioética - Parecer nº P/20/APB/10: *guidelines sobre sedação em doentes terminais*. (2010). [http://upbioetica.org/wp-content/uploads/2021/01/Parecer-N.º-P\\_20\\_APB\\_10\\_Guidelines-Sobre-SedaçãO-em-Doentes-Terminais.pdf](http://upbioetica.org/wp-content/uploads/2021/01/Parecer-N.º-P_20_APB_10_Guidelines-Sobre-SedaçãO-em-Doentes-Terminais.pdf)
- Back, A. L., Arnold, R. M., Tulsky, J. A., & Edwards, K.F. (2005). Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 55(3), 164–177. doi:10.3322/canjclin.55.3.164
- Balboni T.A., Vanderwerker L.C., Block S.D., Paulk M.E., Lathan C.S., Peteet J.R., & Prigerson H.G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 25(5), 555-560. doi: 10.1200/JCO.2006.07.9046.
- Balboni M.J., Sullivan A., Enzinger A.C., Epstein-Peterson Z.D., Tseng Y.D., Mitchell C., Niska, J., Zollfrank, A., VanderWeele, T.J., & Balboni, T.A. (2014). Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J Pain Symptom Manage*. 48(3), 400-10. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020.
- Balboni, T., & Balboni, M. (2018). The Spiritual Event of Serious Illness. *J Pain Symptom Manage*. 56(5), 816-822. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.018.



- Barbosa, A., Pina, P. & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3.ªed.). Lisboa. Fundação Caloust Gulbenkian.
- Barbosa, A., Bernardo, A., & Leal, F. (2016). Ansiedade. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I.G.Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 249-257). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. [https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Juliao/publication/308902043\\_Terapia\\_da\\_Dignidade/links/57f6498e08ae280dd0bb2242/Terapia-da-Dignidade.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Juliao/publication/308902043_Terapia_da_Dignidade/links/57f6498e08ae280dd0bb2242/Terapia-da-Dignidade.pdf)
- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Bartolomeu, S.M. (2013). *Cuidar a Família: Realização das Conferências Familiares: Revisão Sistemática da Literatura*. [Dissertação de Mestrado Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr Lopes Dias]. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/2359>
- Batalha, L.M.C., Duarte, C.I.A., Rosário, R.A.F., Costa, M.F.S.P., Pereira, V.J.R., & Morgado, T.M.M. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*. Série III (8), 7–16. doi:10.12707/riii1294
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. Coimbra. Quarteto.
- Best M., Butow P., & Olver I. (2015). Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns*. 98(11), 1320-1328. doi: 10.1016/j.pec.2015.04.017.
- Brito, J.H.S. (2008). Deontologia e Direitos Humanos. In: *Revista Ordem dos Enfermeiros*.
- Brito, F.M., Costa, I.C.P., Costa, S.F.G., Andrade, C.G., Santos, K.F.O., & Francisco, D.P. (2014). Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. *Esc Anna Nery*, 18(2). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140046>
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: A guide for health care professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press,
- Caldeira, S. (2009). Cuidado Espiritual: Rezar como intervenção de Enfermagem. *CuidARTE Enfermagem*. 3(2), 157-164. <http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/ed05enfpsite.pdf>

- Caldeira, S., Branco, Z.C., & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. Série III (5). <https://doi.org/10.12707/RIII1133>
- Camargos, M.G., Paiva, C.E., Barroso E.M., Carneseca E.C., & Paiva B.S. (2015). Understanding the Differences Between Oncology Patients and Oncology Health Professionals Concerning Spirituality/Religiosity a Cross-Sectional Study. *Medicine (Baltimore)*. 94(47), e2145. doi: 10.1097/MD.0000000000002145.
- Carpenito, L.J. (2005). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática*. Porto Alegre. Artmed Editora.
- Capelas, M.L., Silva, S.C.F.S., Alvarenga, M.I.S.F., & Coelho, S.P. (2014). Desenvolvimento Histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. *Revista Cuidados Paliativos*, 1 (2), 7-13. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19801>
- Capelas, M.L. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 10 (2), 11-24. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>
- Cavaco, V.S.J., José, H.M.G., Louro, S.P.R.L.P., Ludgero, A.F.A., Martins, A.F.M., & Santos, M.C.G. (2013). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? Revisão Sistemática. *Revista Referência*, Série II (12), 93-103. <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-93103.pdf>
- Castillo, F. (2021). Health, spirituality and Covid-19: Themes and insights. *J Public Health (Oxf)*, 43(2), 254-255. doi: 10.1093/pubmed/fdaa185
- Chaves A.A.B., & Massarollo M.C.K.B. (2009). Perceção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*, 43(1):30-6. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100004>
- Chumpitazi C.E., Rees C.A., Chumpitazi B.P., Hsu D.C., Doughty C.B., & Lorin M.I. (2016). Creation and assessment of a bad news delivery simulation curriculum for pediatric emergency medicine fellows. *Cureus*, 8(5), 595. doi: 10.7759/cureus.595
- Ciccarelli, P.A. & Mattos, E.B.T. (2021). Nutrição enteral em idosos com demência em cuidados paliativos. *Revista Bioética*, 29(2), 427–436. doi:10.1590/1983-80422021292480

- Clemens, K.E., & Klaschik, E. (2011). Dyspnoea associated with anxiety—symptomatic therapy with opioids in combination with lorazepam and its effect on ventilation in palliative care patients. *Supportive Care in Cancer*, 19(12), 2027–2033. doi:10.1007/s00520-010-1058-8
- Cohen S.R., Mount B.M., Tomas J.J., & Mount L.F. (1996). Existential well-being is an important determinant of quality of life: Evidence from the McGill Quality of Life Questionnaire. *Cancer*, 77(3), 576-86. doi: 10.1002/(SICI)1097-0142(19960201)77:3<576::AID-CNCR22>3.0.CO;2-0.
- Collière, M.F. (1985). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, Marie Françoise (1996) – *Soigner...Le premier art de la vie*. Paris, Masson S. A.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021-2022) – Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2021-2022. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Connolly M., & Timmins F. (2021). Spiritual Care for Individuals with Cancer: The Importance of Life Review as a Tool for Promoting Spiritual Well-Being. *Semin Oncol Nurs.*, 37(5), 151209. doi: 10.1016/j.soncn.2021.151209. PubMed PMID:34465498.
- Conrad, N.L. (1985). Spiritual support for the Dying. *Nursing Clinics of North America*, 20 (2), 415-427. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3846983/>
- Costa, A.F. (2012). *Assistência ao doente moribundo no século XVIII* - [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10118>
- Deeken, A. (2009). An inquiry about clinical death considering spiritual pain. *Keio J Med*, 58(2), 110-119. doi: 10.2302/kjm.58.110.
- Demirbag, B.C., & Ozkan C.G. (2018). Intervenções de enfermeiras hospitalares para as necessidades espirituais de pacientes na região oriental do Mar Negro da Turquia - *Níger J Clin Practic*, 21(5), 624-631. doi: 10.4103/njcp.njcp\_62\_17.
- Despacho n.º 3721/2019 - Gabinete da Secretária de Estado da Saúde aprova o Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2019/2020. Diário da República II Série, nº66 de 2019-04-03. <https://dre.pt/application/conteudo/121939043>

- Despacho nº 7824/2016 - Designa os membros da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Diário da República II Série, nº113 de 2016-06-15. <https://files.dre.pt/2s/2016/06/113000000/1879818801.pdf>
- Despacho nº14311/2016 - Aprova o Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2017/2018. Diário da República II Série, nº228 de 2016-11-28. <https://files.dre.pt/2s/2016/11/228000001/0000200006.pdf>
- Dezorzi, L. W. (2006). *Diálogos sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em terapia intensiva*. [Dissertação mestrado em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6836/000536284.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dias, G. (2012). *A massagem como promotora do conforto à pessoa em fim de vida*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Santarém]. <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1229/1/A%20Massagem%20como%20Promotora%20do%20Conforto%20à%20Pessoa%20em%20Fim%20de%20Vida.pdf>
- Dijoseph J., & Cavendish R. (2005). Expanding the Dialogue on Prayer Relevant to Holistic Care. *Holistic Nursing Practice*, 19(4), 147-155. doi: [10.1097/00004650-200507000-00004](https://doi.org/10.1097/00004650-200507000-00004).
- Edwards A., Pang N., Shiu V., & Chan C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a metastudy of qualitative research. *Palliat Med*, 24(8), 753-70. doi: 10.1177/0269216310375860.
- Epstein-Peterson Z.D., Sullivan A.J., Enzinger A.C., Trevino K.M., Zollfrank A.A., Balboni M.J., VanderWeele, T.J., & Balboni, T.A. (2015). Examining forms of spiritual care provided in the advanced cancer setting. *Am J Hosp Palliat Care*, 32(7), 750-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4436038/>.
- Esperandio M., & Leget C. (2020). Espiritualidade em cuidados paliativos: questão de saúde pública? *Rev Bioética*, 28(3). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020283419>.
- Eti, S. (2011). Palliative care: An evolving field of medicine. *Primary Care*, 38(2), 159-171. doi: 10.1016/j.pop.2011.03.001
- Evangelista, C.B., Lopes, M.E.L., Costa, S.F.G., Batista, P.S., Batista, J.B.V., & Oliveira, A.M. (2016). Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da

literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 591–601.  
<https://www.scielo.br/j/reben/a/TY7ydpbDpBhnfBDmh5nH36b/?format=pdf&lang=pt>

Faller, J.W., Zilly, A., Moura, C.B.M., & Brusnicki, P.H. (2016). Escala multidimensional na avaliação da dor e sintomas de idosos em cuidados paliativos. *Cogitare Enfermagem*, 21(2). doi:10.5380/ce.v21i2.45734

Feio, M. (2016). Dispneia. In: **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa.

Fonseca A.L.N., Lacerda, M.R., Maftum, M.A. (2006). O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família. *Cogitare Enferm.* 11(1), 7-15. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5973>

Fowler, M., & Peterson, B.S. (1997). Spiritual theme in clinical pastoral education. *Journal of training and supervision in ministry*, 18, 46- 54.  
file:///Users/sofiasantos/Downloads/45-Article%20Text-89-1-10-20111118.pdf

Franco, Vitor. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11(1). doi.10.5380/psi.v11i1.6452

Fukui, M., Iwase, S., Sakata, N., Kuroda, Y., Yoshiuchi, K., Nakagawa,k., Quinn, K., & Hudson, P. (2013). Effectiveness of using clinical guidelines for conducting palliative care family meetings in Japan. *Supportive Care in Cancer*, 21(1), 53–58. doi:10.1007/s00520-012-1491-y

Garrard, E., & Wrigley, A. (2009). Hope and terminal illness: false hope versus absolute hope. *Clinical Ethics*, 4(1), 38-43. <https://doi.org/10.1258/ce.2008.008050>

Gomes, B., Sarmiento, V., Ferreira, P.L., & Higginson, I. (2013). Estudo epidemiológico dos locais de morte em Portugal em 2010 e comparação com as preferências da população portuguesa. *Acta Med Port* 2013 Jul-Aug: 26 (4): 327-334.  
file:///Users/sofiasantos/Downloads/amp,+327-334.pdf

Gomes H., Borges M., Baptista G., & Galvão A. (2017). A Relação de Ajuda ao doente em fim de vida e família. *Revista Studere Ciência & Desenvolvimento*, 1(1), 98–120.

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14562/1/A%20RELAÇÃO%20DE%20AJUDA.pdf>

Gonçalves, F. *O Cuidar dos Enfermeiros na Equipa de Suporte de Cuidados Paliativos*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo].  
[http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1819/1/Filipa\\_Goncalves.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1819/1/Filipa_Goncalves.pdf)

- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Lusodidacta
- Gryschek, G., Machado, D.A., Otuyama, L.J., Goodwin, C., Lima, M.C.P. (2020). Spiritual coping and psychological symptoms as the end approaches: a closer look on ambulatory palliative care patients. *Psicologia, Saúde e Medicina*, 25(4), 426-433. doi:10.1080/13548506.2019.1640887
- Hannon, B., O'Reilly, V., Bennett, K., Breen, K., & Lawlor, P.G. (2012). Meeting the family: Measuring effectiveness of family meetings in a specialist inpatient palliative care unit. *Palliative and Supportive Care*, 10(1), 43–49. doi:10.1017/s1478951511000575
- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L., & Stollenwerk, R. M. (1985). Spiritual well-being in older adults: Harmonious interconnectedness. *Journal of Religion & Health*, 24(2), 147–153. <https://doi.org/10.1007/BF01532258>
- International Association for Hospice and Palliative Care. (2018). *Palliative Care Definition*. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>.
- Kang K., Chun J., Kim H., & Kim H. (2021). Hospice palliative care nurses' perceptions of spiritual care and their spiritual care competence: A mixed-methods study. *J Clin Nurs*, 30(7-8): 961-974. DOI: 10.1111/jocn.15638
- Kearney, G., Fischer, L., & Groninger, H. (2017). Integrating Spiritual Care into Palliative Consultation: A Case Study in Expanded Practice. *Journal of Religion & Health*, 56(6), 2308-2316. doi:10.1007/s10943-017-0419-8
- Koenig, H., & Pritchett, J. (1998). *Religion and psychotherapy. Handboog of religion and mental health*. CA: Academic Press.
- Kolkaba, K. (2009). Comfort. In Peterson, S.J. & Bredow, T.S. *Middle Range Theories. Application to nursing research*. Lippincott.
- Kuntz, J. G., Kavalieratos, D., Esper, G.J., Ogbu, N., Mitchell, J., Ellis, C.M. & Quest, T. (2020). Feasibility and Acceptability of Inpatient Palliative Care E-Family Meetings During COVID-19 Pandemic. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(3), 28-32. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.06.001
- Kyung-Ah K., Shin-Jeong, K., Do-Bong, K., Myung-Hee, P., Soo-Jin, Y., Sung-Eun, C., Young-Sim, C., & Su-Jin, K. (2021). A meaning-centered spiritual care training program for hospice palliative care teams in South Korea: development

and preliminary evaluation. *BMC Palliat Care*, 9;20(1), 30. doi: 10.1186/s12904-021-00718-1.

Kubler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 9ª ed. São Paulo, Martins Fontes.

Larkin, C. & Searight, H.R. (2014). A Systematic Review of Cultural Preferences for Receiving Medical “Bad News” in the United States. *Health*, 06(16), 2162–2173. doi:10.4236/health.2014.616251

Lei nº 104/98 de 21 de abril, Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21, páginas 1739 – 1757

Lei nº 52/2012 - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República. I Série, nº172 (2012-09-05). <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Lei nº 26/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República. II Série, nº26 (2019-02-06), pp. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Lei nº 156/2015 - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. I Série, nº181 (2015-09-16). <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Lei nº79/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais Diário da República, II Série, nº 79 (2015-04-23). <https://files.dre.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>

Lei nº140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II Série, nº26 (2019-02-06). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.

Lei nº74/2006 - Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.

Diário da República – I Série, nº60 (2006-03-24), pp. 2242-2257. <https://files.dre.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>

Lei nº429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista à Pessoa em Situação Paliativa. Diário da República II Série, nº 135 (2018-07-16), pp. 19359-19370. em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Lei nº 101/2006 – Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República. I Série, nº109 (2006-06-06), pp.3856-3865. <https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>

- Lei nº 136/2015 - Define a RNCP como uma rede própria, independente da RNCCI. Diário da República. I Série, nº145 (2015-07-28), pp.5081-5091. <https://files.dre.pt/1s/2015/07/14500/0508105091.pdf>
- Lei nº 31/2018 - Regula os direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Diário da República. I Série, nº137 (2018-07-18), pp.3238-3239. <https://files.dre.pt/1s/2018/07/13700/0323803239.pdf>
- Lima, C. P., & Machado, M.A. (2018). Cuidadores principais ante a experiência da morte: seus sentidos e significados. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(1), 88–101. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002642015>
- Lucchetti G., Bassi R.M., & Lucchetti A.L.G. (2013) Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore*, 9(3),159-70. doi: 10.1016/j.explore.2013.02.004
- Lukovsky, J., McGrath, E., Sun, C., Frankl, D., & Beauchesne, M. (2021). A Survey of Hospice and Palliative Care Nurses' and Holistic Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *J Hosp Palliat Nurs*, 23(1), 28-37. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000711>
- Machado, J. P. (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto. Porto Editora.
- Manchola, C., Brazão, E., Pulschen, A., & Santos, M. (2016). Cuidados paliativos, espiritualidad y bioética narrativa en una unidad de salud especializada. *Rev. Bioét*, 24(1), 165–175. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241118>
- Martins, A.R., Pinto, S., Caldeira, S., & Pimentel, F. (2015). Translation and adaptation of the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale in portuguese palliative care nurses. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (4), 89–97. doi:10.12707/rrii13129
- Marques, A.L. (2014). *História dos Cuidados Paliativos em Portugal: Raízes*. Revista Cuidados Paliativos. Lisboa.
- McClain, C.S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). *Effect of spiritual well-being on end of-life despair in terminally-ill cancer patients*. *Lancet*.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, EUA: Springer Publishing Company.
- Mendes, J. (2012). *A dimensão espiritual do ser humano: o diagnóstico de angústia espiritual e a intervenção de enfermagem*. [Tese de Doutoramento, Universidade



- Católica Portuguesa]. Repositório Universidade Católica Portuguesa.  
<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10561>
- Ministério da Saúde. (2020). SClínico: Cuidados de Saúde Hospitalares.  
<https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>
- Narayanasamay, A. (1999). Asset: a model for auctioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. *Nurse Education Today*, 19(4), 274-285. doi: 10.1054/nedt.1999.0637.
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciênc. Saúde Colet*, 26 (02). <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2018). Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>
- National Consensus Project. (2013). Clinical practice guidelines for quality palliative care. 2nd ed. Pittsburgh: National Consensus Project. <https://doi.org/10.1093/med/9780199332342.003.0002>
- Navarro, B.G., Ortega, A.M., Navarro, S.G. (2022). Espiritualidade em Pacientes no Fim da Vida - É Necessário? Uma Abordagem Qualitativa para os Protagonistas. *Saúde Pública Ambiental*, 19(1), 227. doi: 10.3390/ijerph19010227.
- Neto, I.G. (2010). O que são os Cuidados Paliativos. In NETO, Isabel G. *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Alêtheia editores.
- Neto, I. (2016). *Eutanásia? Cuidados Paliativos – Testemunhos*. Alêtheia Editores.
- Neto, I. (2020). *Cuidados Paliativos: Conheça-os melhor*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Oliveira, L.A.F.O., Oliveira, A.L., & Ferreira, M.A.F. (2021). Formação de enfermeiros e estratégias de ensino-aprendizagem sobre o tema da espiritualidade. *Escola Anna Nery*, 25(5). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0062>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D.R., & Fleck, M.P.A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 105–115. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>
- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto] Repositório Aberto da universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7182>.
- Pereira, F. (2012). Bem-estar espiritual, qualidade de vida e coping em fase final de vida. [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde]. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14973/1/Bem%20estar%20espiritual,%20qualidade%20de%20vida%20e%20coping%20na%20fase%20final%20de%20vida.pdf>
- Peters, M.D.J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C., & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews In: Aromataris, E., & Munn, Z. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
- Phelps, A.C., Lauderdale, K.E., Alcorn, S., Dillinger, J., Balboni, M.T., Van Wert, M., & Balboni, T.A. (2012). Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *J Clin Oncol*, 30(20), 2538-2544. doi: 10.1200/JCO.2011.40.3766
- Pinto, V.R.S., & Ferreira, S.C.M. (2014). Computerized tool to calculate nursing quality indicators: methodological research. *Online Brazilian J Nurs*; 13, 382-385. <https://www.redalyc.org/pdf/3614/361441681007.pdf>

- PORDATA. Estatística sobre Portugal e Europa. (2021). *Censos 2021*. [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperança+de+vida+à+nascença+total+e+por+sexo+\(base+triênio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperança+de+vida+à+nascença+total+e+por+sexo+(base+triênio+a+partir+de+2001)-418)
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (2021) Censos 2021: Projeções de população residente em Portugal. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaqués&DESTAQUE\\_Sdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaqués&DESTAQUE_Sdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2)
- Puchalski, C.M., Dorff, R.E., & Hendi, I.Y. (2004). Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clin Geriatr Med*, 20(4), 689-714. doi: 10.1016/j.cger.2004.07.004.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Green, S.O., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Becker, H.N., Paul, M.P., Pugliese, K., & Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med*, 12(10), 885-904. doi: 10.1089/jpm.2009.0142.
- Querido, A. (2016). A Esperança em Cuidados Paliativos. In: *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa.
- Radbrush, L., & Payne, S. (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1: recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278-289. <https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/White-Paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-Europe.pdf>
- Ramos, V. (2017). *Equipa de emergência médica intra-hospitalar: processo de decisão de não reanimar*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/5580>
- Red, P.G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing and Health*. 15(5), 349- 357. doi: 10.1002/nur.4770150505.
- Reginato, V., Benedetto, M.A.C., & Gallian, D.M.C. (2016). Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(1), 237–255. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00100>
- Rego, F., Gonçalves, F., Moutinho, S., Castro, L., & Nunes, R. (2020). The influence of spirituality on decision-making in palliative care outpatients: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care*, 19(1). doi: 10.1186/s12904-020-0525-3

- Resende, T.M. (2014). *Acupuntura para pacientes oncológicos ambulatoriais: um cuidado espiritual de enfermagem* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora]. <https://bit.ly/32on4QJ>
- Ribeiro, C. & Martinez, M.J. (2016). Cuidados Paliativos: a importância do trabalho em equipa e aliança terapêutica. *Revista Portuguesa de Oncologia*, 2(2). <https://rponcologia.com/index.php/rpo/article/view/10/8>
- Ribeiro, B.M.S.S., & Dalri, R.C.M.B. (2022). Teorias de enfermagem com foco nos cuidados paliativos. *J. nurs. Health*, 12(1). <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/201185>
- Richardson, P. (2014). Spirituality, religion and palliative care. *Ann Palliat Med*, 3(3), 150-159. doi: 10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.05.
- Rocha, R.C.N.P. (2017). *Experiências e necessidades espirituais do familiar cuidador de paciente em atenção paliativa oncológica* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense]. <https://bit.ly/2B34r9M>
- Rodrigues, P. (2018). *O Team Building aplicado aos Cuidados Paliativos*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/6667>
- Rodriguez, M.I. (2014). Despedida silenciada: equipa médica, família, paciente - cúmplices da conspiração de silêncio. *Psic. Rev. São Paulo*, 23(2), 261–272 <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/22771>
- Rosellò, F.T. (2004). Necessidades espirituales del ser humano. *Labor Hospitalaria*, 271 (1). <https://www.laborhospitalaria.com/slug/num-271/>
- Ross L., Van Leeuwen, R., Baldacchino, D., Giske, T., McSherry, W., Narayanasamy A., Downes, C., Jarvis, P., & Akkerman, A.S. (2014). Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. *Nurse Educ Today*, 34(5), 697-702. doi: 10.1016/j.nedt.2013.09.014.
- Rothe, C. C. (2020). *As Representações Sociais dos Cuidados Paliativos*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Departamento de Ciências Sociais e Saúde]. [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_doc\\_id=268733](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=268733)
- Sá, A.C. (2009). Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. *O Mundo da Saúde São Paulo*, 33 (2), 205-217. [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/67/205a217.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/205a217.pdf)

- Sales, C., & Calvo, D. (2018). *Guia Metodológico de apoio à realização de entrevistas*. <http://www.resistance.uevora.pt/assets/downloading/Guia%20metodologico%20Entrevistas%20RESISTANCE.pdf>
- Santos, F.S. (2009). *Cuidados Paliativos - Discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu.
- Santos, M.S.M. (2011). *Gestão do desempenho: relevância da cultura organizacional: estudo caso nos Hospitais da Universidade de Coimbra*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/18061>
- Salazar, H. (2017). *Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos*. 1a ed. Lisboa: Factor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Sandí, A. (2015) A importância dos Sistemas de Informação em Saúde – Estudo de caso na USF CelaSaúde. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. [https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/29117/1/Ale\\_Auad\\_A%20import%c3%a2ncia%20dos%20Sistemas%20de%20Informacao%20em%20Sa%c3%bade%20-%20Estudo%20de%20caso%20USF%20CelaSa%c3%bade%20Final.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/29117/1/Ale_Auad_A%20import%c3%a2ncia%20dos%20Sistemas%20de%20Informacao%20em%20Sa%c3%bade%20-%20Estudo%20de%20caso%20USF%20CelaSa%c3%bade%20Final.pdf)
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Schaurich, D., & Crossetti, M.G.O. (2010). Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc. Anna Nery*, 14(1), 182-8. <https://www.scielo.br/j/ean/a/gSHfvM6GK5FGzYyRzMnyknc/?lang=pt&format=pdf>
- Schramm, F.R. (2017). A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciênc Saúde Coletiva*, 22(5), 1531-1538. doi. 10.1590/1413-81232017225.04532017
- Silva, H. (2016). Cuidados paliativos no Alto Minho: uma necessidade. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. [file:///Users/sofiasantos/Downloads/Hugo\\_Silva%20\(1\).pdf](file:///Users/sofiasantos/Downloads/Hugo_Silva%20(1).pdf)
- Sinclair, S., Pereira, J., & Raffin, S. (2006). A Thematic Review of the Spirituality Literature within Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 9(2), 464.479. doi: 10.1089/jpm.2006.9.464

- Stedeford, A. (1984). *Facing death: Patients, families, and professionals*. W. Heinemann Medical Books.
- Steinhauser, K.E., Christakis, N.A., Clipp, E.C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J.A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*, 284(19), 2476-2482. doi: 10.1001/jama.284.19.2476.
- Sulmasy, D.P. (2006). Spiritual issues in the care of dying patients: "... it's okay between me and god." *JAMA*, 296(11), 1385-1392. doi: 10.1001/jama.296.11.1385.
- Swinton, J., & Pattison, S. (2010). Moving beyond clarity: towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care. *Nurs Philos*, 11(4), 226-37. doi: 10.1111/j.1466-769X.2010.00450.x
- Tarouco, R.L., Muniz, R.M., Guimarães, S.R.L., Arrieira, I.C., Campos, N., & Burille, A. (2009). Spirituality and living with cancer in the process of dying. *Rev Enferm UFPE*, 3(4), 239-245. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/5597>
- Taylor, E.J. (2002). *Spiritual Care. Nursing theory, research and practice*: New Jersey: Prentice Hall.
- Taylor, E.J., Li, A.H. (2020). Healthcare Chaplains' Perspectives on Nurse–Chaplain Collaboration: An Online Survey. *Journal of Religion & Health*, 59(2), 625-638. doi: 10.1007/s10943-019-00974-9
- Thompson, G.N., Chochinov, H.M., Wilson, K.G., McPherson, C.J., Chary, S., O'Shea F.M., Kuhl, D.R., Fainsinger, R.L., Gagnon, P.R, & Macmillan, K.A. (2009). Prognostic acceptance and the well-being of patients receiving palliative care for cancer. *J Clin Oncol*, 27(34), 5757-5762. doi: 10.1200/JCO.2009.22.9799
- 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., Godfrey, C.M., MacDonald, M.T., Langlois, E.V., Weiser, K.S. Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, O., & Straus, S.E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169, 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Twycross, R. (2003) – *Cuidados paliativos*. 2ª edição, Climepsi Editores, Lisboa.

- Velosa, T., Caldeira, S., & Capelas, M. (2017). Depression and Spiritual Distress in Adult Palliative Patients: A Cross-Sectional Study. *Religions*, 8(8), 156. <https://doi.org/10.3390/rel8080156>
- Viana, A., Querido, A., Dixe, M.A., & Barbosa, A. (2010). Avaliação da esperança em Cuidados Paliativos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, pp. 607-616. <http://hdl.handle.net/10400.8/335>
- Vicente, J.A.D. (2011). *As relações interprofissionais em equipas de saúde mental: aspetos sociológicos e organizacionais*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra] – Repositório científico da Universidade de Coimbra <http://hdl.handle.net/10316/17822>
- Vincensi, B. (2019). Interconnections: Spirituality, Spiritual Care, and Patient-Centered Care. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 6(2), 104-110. doi: 10.4103/apjon.apjon\_48\_18
- Walker, A., Breitsameter, C. (2017). The Provision of Spiritual Care in Hospices: A Study in Four Hospices in North Rhine-Westphalia. *J Relig Health*, 56(6), 2237-2250. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0396-y>
- World Health Organization. (2014). *Definition of Palliative Care*. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization. (2020). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Londres. <http://www.thewhpca.org>
- Wright, L.M. (2005). *Spirituality, suffering and illness: Ideas for healing*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Wright, L. & Leahey, M. (2014). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.
- Yanli H., Fan L., Jeng-Fong C. (2019). Propriedades psicométricas da versão chinesa continental da Palliative Care Spiritual Care Competency Scale (PCSCCS-M) em enfermagem: um estudo transversal. *Cuidados Paliativos BMC*, 18(1):27. doi: 10.1186/s12904-019-0409-6.
- Zhao, J., Yin, H., Wang, X., Zhang, G., Jia, Yong., Shang, B., Zhao, J., Wang, C., & Chen, L. (2020). Effect of humour intervention programme on depression, anxiety, subjective well-being, cognitive function and sleep quality in Chinese nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2709–2718, 2020. Doi.10.1111/jan.14472.

**APÊNDICES**



APÊNDICE A - Extração de dados para caracterização das pessoas referenciadas para  
a EIHS CP

<b>Mês</b>	<b>Género</b>	<b>Serviço que referencia</b>	<b>Dias até observação</b>	<b>Oncológico ou não oncológico?</b>	<b>Conferência Familiar</b>	<b>Motivo solicitação</b>	<b>Motivo alta</b>
Março	M	Pneumologia	3	Não oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Março	M	Urologia	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Março	F	Medicina A	2	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Março	F	Medicina C	2	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Março	F	Pneumologia	3	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Março	F	Nefrologia	1	Não Oncológico	Sim (organização dos cuidados e planeamento da alta)	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Março	M	Cirurgia Geral A	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Março	F	Medicina B	5	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Março	F	Medicina A	1	Não Oncológico	Sim (esclarecimento situação clínica)	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Março	M	Medicina C	3	Não Oncológico	Sim (esclarecimento situação clínica)	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Equipa comunitária CP
Abril	F	Medicina A	2	Não Oncológico	Não	Controlo de sintomas	Domicílio
Abril	F	Medicina B	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Internamento CP
Abril	F	Cirurgia Geral	4	Oncológico	Não	Organização de cuidados	Consulta externa CP
Abril	M	Medicina C	1	Não Oncológico	Não	Controlo de sintomas	Óbito
Abril	F	Nefrologia	2	Não Oncológico	Não	Controlo de sintomas	Óbito
Abril	F	Medicina 3	2	Oncológico	Não	Controlo de sintomas	Consulta externa CP
Abril	M	Urologia	1	Não Oncológico	Não	Controlo de sintomas	Equipa comunitária CP
Abril	M	Cardiologia	5	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Abril	M	Medicina B	0	Oncológico	Não	Controlo de sintomas	Consulta externa CP
Abril	M	Medicina B	0	Oncológico	Sim (esclarecimento situação clínica)	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Internamento CP

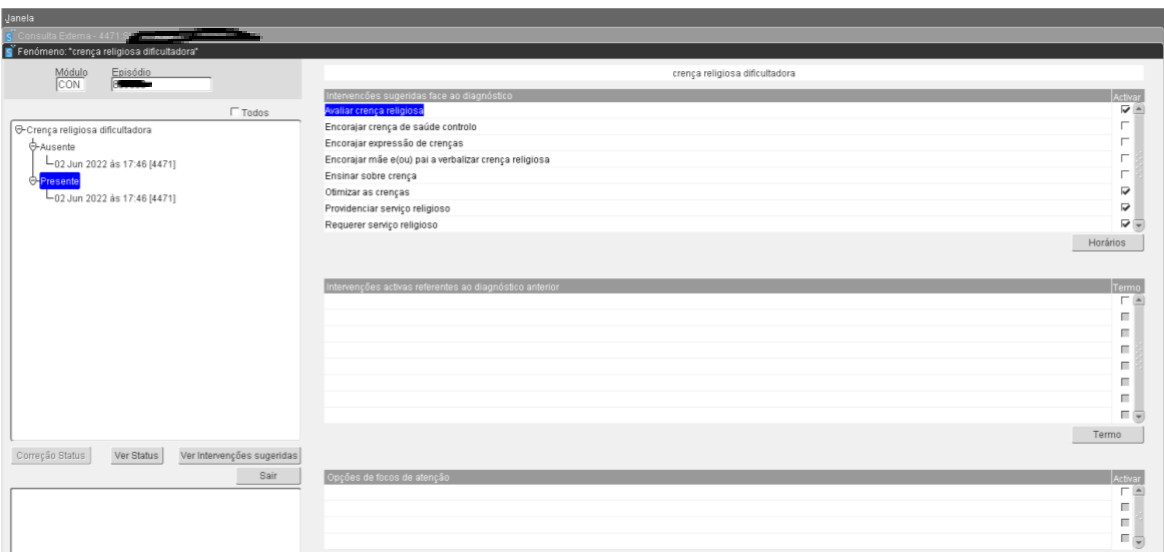
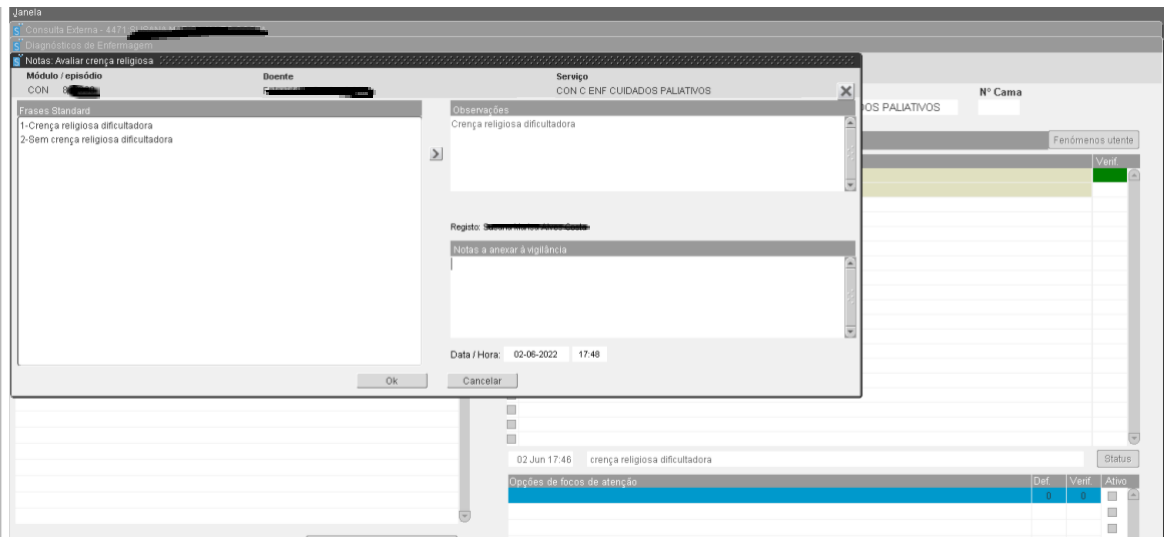
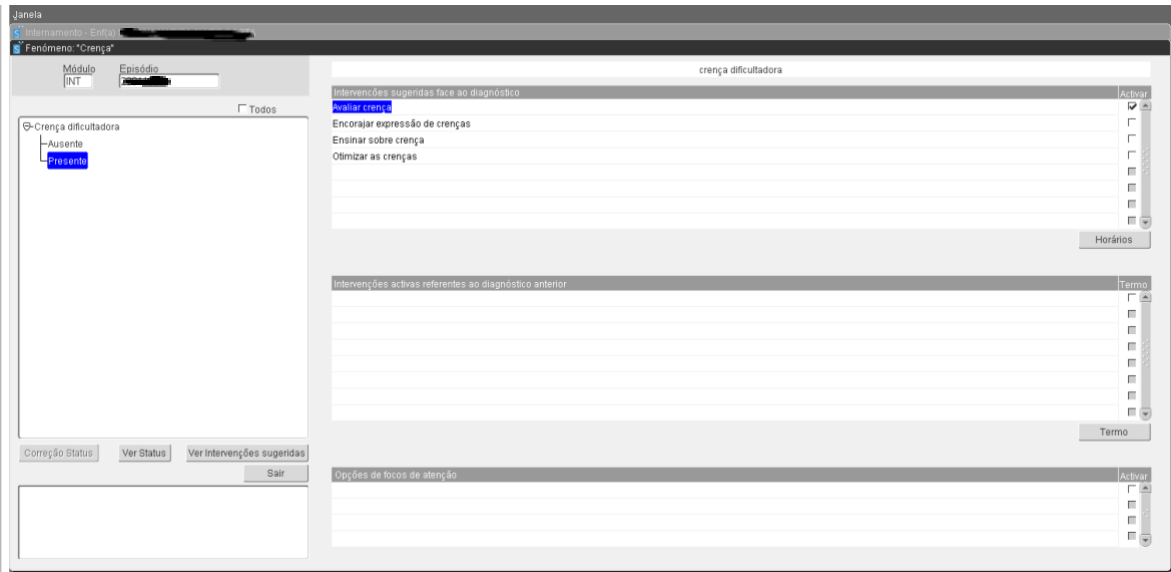
Abril	M	Pneumologia	1	Oncológico	Sim (esclarecimento situação clínica)	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Óbito
Abril	M	Medicina B	6	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Internamento CP
Abril	M	Pneumologia	6	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Óbito
Abril	F	Medicina A	4	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Óbito
Abril	F	Pneumologia	3	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Abril	M	Pneumologia	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Óbito
Abril	M	Cirurgia Geral	1	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Óbito
Abril	M	Urologia	1	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Abril	M	Medicina A	6	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Abril	F	Cirurgia Geral	4	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Óbito
Abril	M	Cirurgia Geral	0	Oncológico	Sim (esclarecimento situação clínica)	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Internamento CP
Abril	M	Medicina B	4	Oncológico	Sim (esclarecimento situação clínica + organização cuidados e planeamento alta)	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Abril	F	Cirurgia B	4	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Óbito
Abril	M	Neurologia	0	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Internamento CP
Abril	F	Cirurgia Geral	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Outro hospital
Abril	M	Medicina C	1	Não Oncológico	Não	Controlo de sintomas	Óbito
Abril	M	Cirurgia Geral	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Abril	F	Hematologia	6	Oncológico	Não	Controlo de sintomas	Óbito
Abril	M	Medicina A	1	Não Oncológico	Não	Controlo de sintomas	Consulta externa CP
Abril	F	Neurocirurgia	1	Não Oncológico	Não	Controlo de sintomas	Óbito
Abril	M	Neurologia	1	Não Oncológico	Não	Controlo de sintomas	Óbito
Abril	F	Medicina C	1	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Óbito
Abril	F	Medicina A	1	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	alta da equipa
Abril	F	Neurologia	1	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	alta da equipa

Abril	F	Medicina A	8	Não Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Equipa comunitária CP
Abril	F	Medicina B	1	Não Oncológico	Não	Controlo de sintomas	óbito
Abril	F	Cirurgia Geral	1	Oncológico	Sim (esclarecimento situação clínica + organização cuidados e planeamento da alta)	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Abril	F	Cirurgia A	3	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Equipa comunitária CP
Abril	M	Pneumologia	0	Oncológico	Não	Controlo de sintomas	óbito
Abril	F	ORL	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Internamento CP
Abril	F	Medicina A	2	Não Oncológico	Não	Controlo de sintomas	Equipa comunitária CP
Abril	M	Medicina B	1	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Abril	M	Medicina C	1	Não Oncológicos	Sim (organização cuidados e planeamento da alta)	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Equipa comunitária CP
Abril	F	Nefrologia	1	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Equipa comunitária CP
Abril	M	Neurologia	4	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Equipa comunitária CP
Abril	M	Neurologia	4	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Equipa comunitária CP
Abril	F	Pneumologia	5	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Maio	M	Medicina B	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	M	Centro Reabilitação do Norte	6	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados	Equipa comunitária CP
Maio	F	Pneumologia	3	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Maio	F	Medicina A	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Maio	M	Medicina B	4	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Maio	F	Cirurgia Plástica	3	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Maio	M	Neurologia	2	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito

Maio	F	Cirurgia Geral B	0	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	F	Pneumologia	3	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Internamento CP
Maio	F	Pneumologia	3	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Maio	M	Urologia	1	Não Oncológicos	Sim (esclarecimento situação clínica + organização cuidados e planeamento alta)	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	M	Pneumologia	1	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	M	Urologia	3	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas; tomada de decisões	Internamento CP
Maio	F	Medicina A	4	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Maio	M	Neurocirurgia	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	M	Pneumologia	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Internamento CP
Maio	F	Medicina A	1	Oncológico	Não	Controlo de sintomas	Consulta externa CP
Maio	M	Urologia	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	M	Pneumologia	1	Oncológico	Sim (esclarecimento situação clínica)	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	M	Cirurgia Geral	4	Oncológico	Sim (esclarecimento situação clínica)	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	F	Medicina A	1	Não Oncológicos	Sim (esclarecimento situação clínica)	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Maio	M	Medicina B	1	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Maio	M	Medicina A	1	Oncológico	Não	Controlo de sintomas	óbito
Maio	M	Medicina B	1	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	F	Medicina C	2	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Equipa comunitária CP
Maio	M	Medicina C	0	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	F	Neurocirurgia	1	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	F	Medicina A	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	F	Medicina A	5	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	alta da equipa

Maio	F	Neurocirurgia	3	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	M	Medicina C	2	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Consulta externa CP
Maio	F	Neurologia	2	Não Oncológicos	Sim (esclarecimento situação clínica)	Organização de cuidados; controlo de sintomas	alta da equipa
Maio	F	Pneumologia	1	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	M	Neurocirurgia	1	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	M	Medicina B	1	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	óbito
Maio	F	Medicina A	3	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas; tomada de decisões	óbito
Maio	M	Medicina C	1	Não Oncológicos	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas; tomada de decisões	óbito
Maio	F	Pneumologia	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Internamento CP
Maio	M	Pneumologia	1	Oncológico	Não	Organização de cuidados; controlo de sintomas	Equipa comunitária CP

APÊNDICE B – Focos com intervenções parametrizadas em SClínico: “Crença” e “Crença Espiritual”





APÊNDICE C – Questionário de Identificação de Necessidades

1- Considera a espiritualidade uma dimensão importante de intervenção nos clientes do foro paliativo? \*

- Sim
- Não

2- Identifica e avalia necessidades da dimensão da espiritualidade do cliente em Cuidados Paliativos na sua prática profissional? \*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

Se respondeu NUNCA, RARAMENTE ou ÀS VEZES na pergunta anterior, quais as razões? (pode seleccionar todas as opções que se adequar)

- Formação insuficiente
- Vergonha
- Falta de confiança
- Falta de tempo
- Falta de privacidade nas unidades
- Considerar que não é uma intervenção de enfermagem
- O Sclinico não permite o registo
- Outra opção...

3- Implementa intervenções e avalia os resultados dessas intervenções para atender às necessidades espirituais do cliente na sua prática profissional? \*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

Se respondeu NUNCA, RARAMENTE ou ÀS VEZES na pergunta anterior, quais as razões? (pode seleccionar todas as opções que se adequar)

- Formação insuficiente
- Vergonha
- Falta de confiança
- Falta de tempo
- Falta de privacidade nas unidades
- Considerar que não é uma intervenção de enfermagem
- O Sclinico não permite o registo
- Outra opção...

4- Quando identificado na sua prática profissional que um cliente apresenta angústia espiritual ou comprometimento do bem-estar espiritual, tem por hábito referenciar para outros profissionais com competência de intervenção nesta dimensão (capelão por

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

Em relação à pergunta anterior, se já o fez, foi por qual motivo? (pode seleccionar todas as opções que se adequarem)

Identifiquei a necessidade e referenciei

O cliente solicitou

A família solicitou

Outra opção...

APÊNDICE D – Questionário da entrevista ao informante privilegiado

## GUIÃO DA ENTREVISTA AO INFORMANTE PRIVILEGIADO

Tema: Espiritualidade em Cuidados Paliativos

Objetivo da Entrevista: Conhecer as necessidades do serviço, relativamente à abordagem da dimensão da espiritualidade junto da pessoa em situação paliativa e família, em Cuidados Paliativos na perspetiva da perceção de um enfermeiro do serviço de CP (informante privilegiado).

Tópicos:

- 1- De que forma a equipa de CP encara a dimensão da espiritualidade em Cuidados Paliativos?
- 2- Como é que os enfermeiros intervêm perante a pessoa em situação paliativa/família com comprometimento do bem-estar espiritual ou com angústia espiritual?
- 3- Quando executam uma intervenção a este nível, como são realizados os registos no SClinico?
- 4- Quais são os fatores que levam à não adesão da equipa de enfermagem relativamente a estas questões da espiritualidade?
- 5- Considera que a formação na área da espiritualidade é relevante para este tipo de abordagem?
- 6- Existe algo sobre esta temática que não tenha questionado e que considere pertinente? Gostava de tecer mais alguma consideração?

APÊNDICE E - Declaração de consentimento informado livre e esclarecido

## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO**

Enquanto mestranda a realizar o Estágio de Natureza Profissional no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e sob orientação da Professora Doutora Albertina Marques e Enfermeiro Bruno Feiteira, venho por meio solicitar a sua participação numa entrevista no papel de informante privilegiado.

O objetivo da entrevista é compreender qual a sua perceção acerca das necessidades do serviço, relativamente à abordagem da dimensão da espiritualidade junto do doente e família, em Cuidados Paliativos.

A sua participação nesta entrevista é fundamental e, neste sentido, gostaria de obter o seu consentimento para a realização da mesma, bem como para a sua gravação de áudio.

A entrevista será gravada apenas para efeitos de transcrição, sendo que no final será destruída.

A participação é voluntária e poderá desistir a qualquer momento. Será assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos em todos os momentos.

Eu, abaixo assinado(a), dou o meu consentimento livre e declaro-me pronto(a) a participar nesta entrevista.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2022

Assinatura do(a) Participante

---

Assinatura do(a) Investigador (a)

---



APÊNDICE F – Certificado de Formação sobre Comunicação



---

Participação em Eventos Científicos

---

## Declaração

Certifica-se que **Sofia Santos**, titular do Cartão de Cidadão com o n.º de identificação **14174943**, frequentou o seguinte evento científico:

### **2º Encontro de Cuidados Paliativos CUF**

que decorreu de **7 de Outubro de 2022** a **8 de Outubro de 2022**, no seguinte local: Porto Business School

Carnaxide, 7 de Outubro de 2022



Maria Barros

Código de Certificado: C-6321c6dfbb5ca

Av. do Forte, n.º3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Carnaxide

[academiacuf.up.events](https://academiacuf.up.events)

Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico



---

Conteúdo Programático

---

7 de Outubro de 2022

---

**17:00 – 18:30**

**Nome:** Workshop 3 - Comunicação clínica em cuidados paliativos

**Duração:** 1 hora e 30 minutos

**Descrição:**

---

APÊNDICE G –Atividade formativa “Espiritualidade em Cuidados Paliativos”

## **Planeamento da atividade formativa**

### **Tema: Espiritualidade em Cuidados Paliativos**

#### **Objetivo Geral:**

- Capacitar os enfermeiros para intervenções mais ajustadas às necessidades espirituais presentes nas pessoas em situação paliativa.

#### **Objetivo específico:**

- Sensibilizar a equipa para a importância da dimensão da espiritualidade;
- Sensibilizar a equipa para a importância da avaliação da dimensão espiritual e da esperança em CP
- Sensibilizar a equipa para a importância da intervenção na dimensão espiritual;
- Desenvolver conhecimentos na equipa relativamente à avaliação do bem-estar espiritual e da esperança;
- Refletir acerca da importância da dimensão espiritual em CP;
- Dar a conhecer os resultados do questionário de identificação de necessidades;
- Dar a conhecer a proposta de parametrização do SCLinico;
- Dar a conhecer à equipa o papel do capelão no seio da equipa multiprofissional;
- Dar a conhecer à equipa o papel do capelão junto da pessoa em situação paliativa em CP;
- Dar a conhecer à equipa o papel da capelania no apoio espiritual e promoção da esperança em CP.

#### **Descrição da atividade:**

- **Data da formação:** 20 de julho 2022
- **Hora da formação:** 17h
- **Local da formação:** Via Zoom
- **Destinatários:** Enfermeiros em contacto com pessoas em situação paliativa
- **Formadores:** Enfermeira Sofia Santos
- **Convidado:** Sr. Padre (capelão hospitalar)
- **Forma de avaliação da sessão:** Questionário de avaliação da sessão
- Serão enviados os **certificados de participação** pelo Gabinete de Formação da unidade hospitalar.

## **CONTEUDOS PROGRAMÁTICOS:**

### **INTRODUÇÃO**

- Apresentação do tema
- Comunicação dos objetivos da sessão
- Apresentação dos formadores/ intervenientes

### **DESENVOLVIMENTO**

- Espiritualidade enquanto conceito
- Espiritualidade VS Religião
- Espiritualidade em CP
- Intervenção dos Enfermeiros na espiritualidade em CP
- SClínico – O que existe
- SClínico- Sugestões de Parametrização
- O papel da capelania no apoio espiritual e promoção da esperança em CP

### **CONCLUSÃO**

- Esclarecimento de dúvidas
- Informação acerca da Avaliação da sessão através do questionário
- Informação sobre obtenção do certificado de participação

APÊNDICE H – Plano de sessão da atividade formativa

## PLANO DE SESSÃO

### IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

<b>NOME:</b> Espiritualidade em Cuidados Paliativos	<b>SESSÃO N.º 1</b>
<b>DESTINATÁRIOS:</b> ENFERMEIROS EM CONTACTO COM PESSOAS EM SITUAÇÃO PALIATIVA	
<b>LOCAL DE REALIZAÇÃO:</b> Via Zoom	<b>CARGA HORÁRIA DA SESSÃO</b> 1H30
<b>FORMADOR/A:</b> Enfª Sofia Santos; Palestrante convidado: Capelão da unidade hospitalar	<b>CARGA HORÁRIA FORMAÇÃO:</b> 1H30

FASES	CONTEÚDOS	MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	EXERCÍCIOS/ATIVIDADE S/ TRABALHOS	MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	DURAÇÃO	AVALIAÇÃO
INTRODUÇÃO	<b>INTRODUÇÃO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema</li> <li>• Comunicação dos objetivos da sessão</li> <li>• Apresentação dos formadores/intervenientes</li> </ul>	<p>Método Expositivo</p> <p>Método interrogativo</p>	<p>Apresentação dos diapositivos</p> <p>Apresentação dos inscritos (nome, serviço onde trabalham e porque se inscreveram)</p> <p>Formulação de perguntas</p>	<p>Tela de projeção + computador + apresentação</p> <p>Power Point</p>	15 min	<p>Avaliação diagnóstica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação</li> <li>- Feedback verbal</li> </ul>



DESENVOLVIMENTO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Espiritualidade enquanto conceito</li> <li>2. Espiritualidade VS Religião</li> <li>3. Espiritualidade em CP</li> <li>4. Intervenção dos Enfermeiros na espiritualidade em CP</li> <li>5. SClínico – O que existe</li> <li>6. SClínico- Sugestões de Parametrização</li> <li>7. O papel da capelania no apoio espiritual e promoção da esperança em CP</li> </ol>	<p>Método Expositivo</p> <p>Método interrogativo</p> <p>Método ativo</p>	<p>Apresentação dos diapositivos</p> <p>Formulação de perguntas</p> <p>Discussão de estudo de caso</p> <p>Brainstorming</p> <p>Participação do capelão hospitalar (Sr Padre)</p>	<p>Tela de projeção + computador + apresentação Power Point</p>	<p>1 hora</p>	<p>Avaliação formativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação</li> <li>- Feedback verbal</li> </ul>
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> <li>• Informação acerca da Avaliação da sessão através do questionário (envio email)</li> <li>• Informação sobre obtenção do certificado de participação (instituição enviará)</li> </ul>	<p>Método Expositivo</p> <p>Método interrogativo</p>	<p>Apresentação de diapositivos</p> <p>Formulação de perguntas</p>	<p>Tela de projeção + computador + apresentação Power Point</p>	<p>15 min</p>	<p>Avaliação formativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação</li> <li>- Feedback verbal</li> </ul> <p>Avaliação da sessão por questionário (envio link)</p>

APÊNDICE I – Ficha de inscrição da formação

## Inscrição na Formação - Espiritualidade em CP

Este formulário destina-se à sua inscrição na formação "Espiritualidade em Cuidados Paliativos" que se irá realizar no dia 20 de julho de 2022, pelas 17h, com a duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos. A formação será via Zoom e o link ser-lhe-á enviado para o email que introduzir neste formulário, 30 minutos antes do início da sessão. Para o conhecer melhor e poder direcionar a formação tendo em conta o seu serviço e as suas expectativas, peço que preencha o seguinte questionário.

Na semana seguinte à formação, irei entregar uma lembrança aos participantes como forma de agradecimento pela vossa comparência. Caso não estejam a fazer turno nesse dia, entregarei ao responsável do serviço.

As presenças na formação serão registadas à medida que forem sido aceites no zoom pelo co-anfitrião.

Muito obrigada pela atenção,

Enf<sup>a</sup> Sofia Santos - Aluna da Especialidade em Enfermagem em Cuidados Paliativos

**INSCRIÇÕES GRATUITA, MAS OBRIGATÓRIA!**

 [sofiasantos1717@gmail.com](mailto:sofiasantos1717@gmail.com) (não partilhado)  
[Mudar de conta](#)



**\*Obrigatório**

### Flyer da Formação



Formação - [REDACTED]

  
Inscrição aqui

## ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS

**FALAR DA ANGUSTIA ESPIRITUAL E ESPERANÇA PERANTE UM DIAGNÓSTICO SEM PERSPETIVA DE CURA**

Conceito de Espiritualidade; Espiritualidade VS Religião; Intervenção do Enfermeiro na dimensão espiritual; Sugestões SCLínico; Participação do Sr. Paciente [REDACTED]

 <b>Quando?</b> Quarta-feira, 20 de julho de 2022, pelas 17h00 (duração de 1,5h)	 <b>Onde?</b> Via zoom, será enviado o link cerca de 30 min antes do início da mesma	 <b>Para quem?</b> Enfermeiros do CHVNG que contactem com utentes do foro paliativo Estudantes de Enfermagem do [REDACTED]
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Conto com a vossa presença. Inscrição gratuita mas **obrigatória!**

Enf<sup>a</sup> Sofia Santos - Curso de Especialidade em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa - Estágaria da ESH-CP

Nome Completo:

A sua resposta

Serviço onde exerce funções:

A sua resposta

Qual o motivo da sua inscrição nesta formação?

A sua resposta

Email: (para efeitos de envio de link do zoom e para envio do certificado \*  
de participação)

A sua resposta

Enviar

Limpar formulário

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) -  
[Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

APÊNDICE J - Questionário de Avaliação da Sessão

Está a ter dificuldades em ver ou enviar este formulário?

**PREENCHER NO GOOGLE FORMS**

**Convidei-o a preencher um formulário:**

## Questionário de Avaliação da Sessão

A sua opinião sobre esta sessão que terminou é muito importante, pois permite desencadear um processo de melhoria contínua e o ajustamento dos programas e dos métodos em ações futuras. Por favor, avalie cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído ao valor 1 "nada" e ao valor 5 "muito" conforme a sua opinião.

Obrigada pela participação!



## Conteúdos Programáticos e métodos

**Conteúdo Programático da Formação adequado**

1 2 3 4 5

Nada      Muito

**Interesse/utilidade do tema**

1 2 3 4 5

Nada      Muito

**Adequação do tempo da formação aos objetivos**

1 2 3 4 5

Nada      Muito

## Avaliação da Formadora: Sofia Santos

**Domínio e clareza do formador relativamente ao tema**

1 2 3 4 5

Nada      Muito

**Capacidade do formador para motivar para o tema**

1 2 3 4 5

Nada      Muito

**Documentação e bibliografia suficiente e adequada**

1 2 3 4 5

Nada      Muito

**Pontualidade/cumprimento do horário das sessões**

1 2 3 4 5

Nada      Muito

**Avaliação Global**

**Concretização dos objetivos propostos**

1 2 3 4 5

Nada      Muito

**Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos**

1 2 3 4 5

Nada      Muito



### Observações/ sugestões de melhoria

### Nome (opcional)

**Enviar**

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Com tecnologia



Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

[Criar o seu próprio Formulário do Google](#)

APÊNDICE L – Cartaz para divulgação da formação pelos serviços

Formação para enfermeiros do [REDACTED]

# ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS

## FALAR DA ANGUSTIA ESPIRITUAL E ESPERANÇA PERANTE UM DIAGNÓSTICO SEM PERSPETIVA DE CURA

Conceito de Espiritualidade; Espiritualidade VS Religião; Intervenção do Enfermeiro na dimensão espiritual; Sugestões SClínico; Participação do Capelão



### Quando?

Sábado, 16 de julho de  
2022  
17h30 - 19h00



### Onde?

Via **zoom**, será enviado o  
link cerca de 30 min antes  
do início da mesma



### Para quem?

Enfermeiros em contacto  
com doentes do foro  
paliativo

**Inscrição gratuita e obrigatória no link em anexo ao email**

En<sup>fa</sup> Sofia Santos - I Curso de Especialidade em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

APÊNDICE M – Apresentação PowerPoint utilizada na formação

# Espiritualidade em Cuidados Paliativos

Falar da Angústia Espiritual e Esperança perante um diagnóstico sem perspectiva de cura

Sofia Santos  
20 Julho de 2022

Por termos doentes com doenças crónicas, que muitas vezes seguem para paliativos. Desta forma, adquirir algumas competências que me ajudem a ajudar melhor o doente.

Adquirir conhecimentos

Aquisição de conhecimentos, curiosidade sobre o tema

Interesse pela temática

Interesse na área

A pertinência da temática

Adquirir conhecimentos na área da Espiritualidade em Cuidados Paliativos

querer alargar os meus conhecimentos

Aprofundar conhecimentos sobre a temática

Motivo de inscrição na formação

Interesse na temática.

Interesse na área

Entender a espiritualidade e como poder ajuda no cuidar do doente/ famílias

Para enriquecimento pessoal e profissional

Acompanhamento de doentes paliativos e em cuidados de fim de vida

Pertinência do tema

Interesse pela temática e possibilidade de aplicar nas utentes no serviço

Necessidade de formação na área

Adquirir conhecimentos na área de Espiritualidade em Cuidados Paliativos

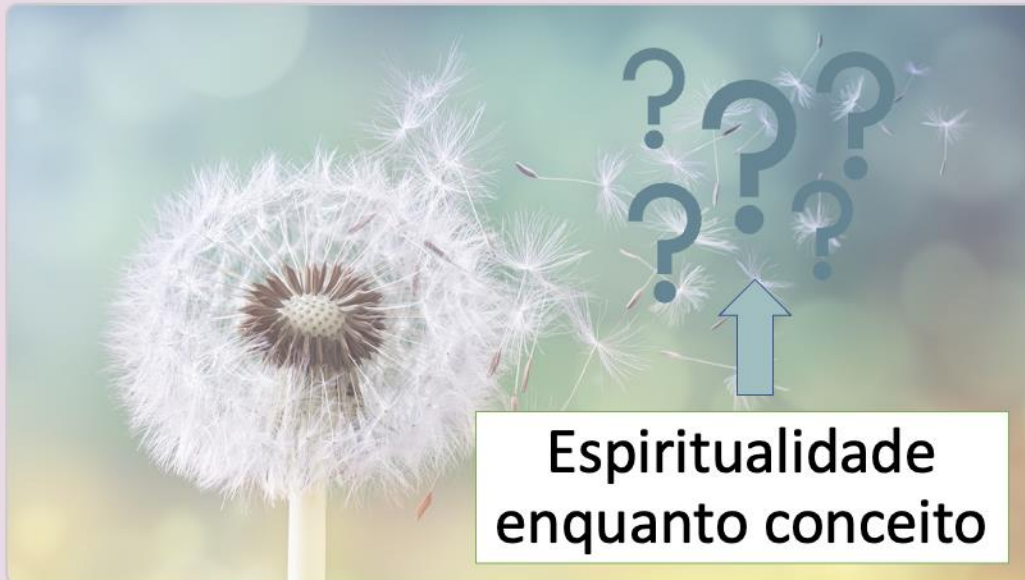
## SUMÁRIO

- Espiritualidade enquanto conceito
- Espiritualidade VS Religião
- Espiritualidade em CP
- Intervenção dos Enfermeiros na espiritualidade em CP
- SClínico – O que existe
- SClínico- Sugestões de Parametrização
- O papel da capelania no apoio espiritual e promoção da esperança em CP

## NOTA INTRODUTÓRIA



Esquecer a dimensão espiritual é desprezar o sentido da existência humana (Barbosa, 2010).



## ESPIRITUALIDADE ENQUANTO CONCEITO

- 
- Definição nada fácil
  - Sem consenso - tema não objetivo.
  - Acaba por comprometer a abordagem da espiritualidade.
  - Por ser um termo impreciso é que torna importante a sua abordagem (Swinton e Pattison, 2019)

## ALGUMAS DEFINIÇÕES- evolução

- O “eu”, a essência da nossa personalidade e parte que está em comunhão com o transcendente (Amenta, 1986).
- Predisposição de um indivíduo para atingir significados através do sentido de relação com dimensões que transcendem o próprio, ou seja, com o oculto, com Deus (Red, 1992).
- Como a pessoa vive tendo em conta o seu significado último, as suas crenças e os seus valores (Fowler, 1997).

## ALGUMAS DEFINIÇÕES (CONT.)

- Algo que está presente em todas as pessoas;
- Razão para a nossa existência;
- Manifestada através de:
  - sensação de paz interior
  - coragem que advém da percepção da relação com um Deus/transcendente, independentemente de qual seja a entidade suprema.
  - presença de sentimentos que revelam a existência do amor, da fé, da esperança, da confiança, do respeito e da inspiração.

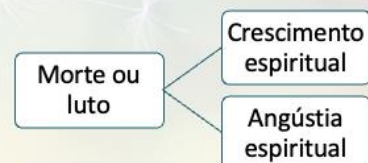
(Narayanasamy, 1999).

## ALGUMAS DEFINIÇÕES (CONT.)

- Qualidade mais profunda do seu próprio ser, sendo o que constitui as suas motivações últimas, o seu ideal, a sua paixão.

- Capacidade do indivíduo ter consciência de si mesmo e de procurar um sentido para os acontecimentos da sua vida, como é o caso do aparecimento de uma doença terminal. Assim, situações ligadas à morte e ao luto, poderão constituir um estímulo para o crescimento espiritual, assim como, por outro lado, podem levar a quadros de angústia espiritual

(Dorneles, 2001).



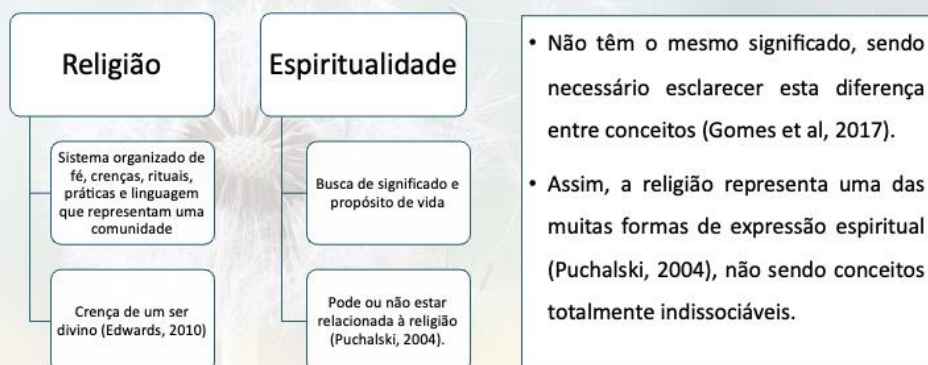
(Deeken, 2009)

## EM RESUMO:

- A maior parte dos estudos realizados entre 2003 e 2018 definiram espiritualidade como sendo uma medida de produção de **sentido** e de **propósito existencial**, sendo mais amplo que o conceito de religiosidade (Esperandio e Leget, 2020).
- Há quem confunda o conceito de religiosidade e espiritualidade, sendo esta última mais global e contemplando também a religiosidade.



## RELIGIÃO VS ESPIRITUALIDADE





## EM RESUMO:

- Tanto a espiritualidade como a religiosidade são dimensões centrais para as pessoas que estão em cuidados paliativos;

(Balboni et.al, 2007; Steinhauser et.al, 2000; Sulmasy, 2006)



## Espiritualidade em Cuidados Paliativos

## ESPIRITUALIDADE EM CP

### • Benefícios

- fonte de sentido
- promotora de sensação de bem-estar e de qualidade de vida
- coping
- suporte para cliente e família
- meio de resignação da vida

(Esperandio e Leget, 2020)

- Essência da abordagem paliativista (Manchola, Brazão, Pulschen, Santos, 2016)
- Cliente e família - força e confiança para enfrentar a situação (Gomes et al, 2017)
- Exemplo: fé como fonte de apoio para situações difíceis (Gomes et al, 2017)

## ESPIRITUALIDADE EM CP

### Fim de vida

H.Gomes, Borges, Baptista e Galvão, 2017

- sofrimento espiritual
- perda de sentido
- perda do significado da vida
- perda da esperança

### Sentimentos

Lima e Machado, 2018

- tristeza, raiva, culpa, solidão, ansiedade, fadiga, desamparo, anseio, choque, torpor, alívio e emancipação.
- sentidos não só pelo cliente, como pelas pessoas significativas
- intensidade é muito similar

## ESPIRITUALIDADE EM CP

- Os enfermeiros da área dos CP consideram a espiritualidade como uma dimensão importante !

Evangelista et al, 2016

Os do [REDACTED] também!



1- Considera a espiritualidade uma dimensão importante de intervenção nos clientes do foro paliativo?



● Sim  
● Não

## Espiritualidade: Qual o seu papel na medicina da dor



### Review Article Spirituality: What is Its Role in Pain Medicine?

Philip J. Siddall, MBBS, MM (Pain Mgt), PhD, FFRMANZCA,<sup>1\*</sup>  
Melanie Lovell, MBBS, PhD, FRACP, FACHPM,<sup>1\*</sup>  
and Rod MacLeod, MB, ChB, MRNMGD, PhD, DRCOG, FRCGP, FACHPM<sup>2\*</sup>

Department of <sup>1</sup>Pain Management, <sup>2</sup>Palliative and Supportive Care, Greenwich Hospital, HammondsCare, Sydney, New South Wales; <sup>3</sup>Sydney Medical School—Northern, University of Sydney, Sydney, New South Wales, Australia

Reprint requests to Philip Siddall, MBBS, MM (Pain Mgt), PhD, FFRMANZCA, Department of Pain Management, Greenwch Hospital, Greenwch, NSW 2065, Australia. Tel: +61 2 8728 2041; Fax: +61 2 9437-4828; E-mail: phil.siddall@sydney.edu.au

Inclusive, accessible, relevant, and applicable to people with a wide range of health conditions. In addition, there is accumulating evidence that interventions that address the issue of spirituality have benefits for physical and emotional health.

**Conclusions.** Given the firm place that spirituality now holds within other fields and the mounting evidence for its relevance and benefits for people with pain, there is increasing evidence to support the inclusion of spiritual factors as an important component in the assessment and treatment of pain.

**Key Words.** Pain; Spirituality; Palliative Care; Pain Medicine



### ABORDAGEM BIOPSIQUEESPIRITUAL



Diagrama das vertebres biológicas, psicológicas, sociais, e ambientais para a dor incluído na abordagem biopsíquicoespiritual



## Intervenção dos Enfermeiros na Espiritualidade em Cuidados Paliativos

### Identificar as necessidades Espirituais

Quando o doente verbaliza...	Podemos estar perante...
"As vezes interrogo-me sobre o sentido que tem a minha vida"	Necessidade de dar significado e sentido à vida
"parece que nunca ninguém precisa de mim"	Necessidade de se sentir útil
"é duro pensar que não há nada mais que eu possa fazer neste mundo"	Necessidade de projeção no futuro (esperança)
eu sinto-me desesperado, ninguém me pode ajudar a resolver o problema",	Necessidade de ajuda
"eu não queria ser um peso para a minha família quando for velho"	Necessidade de adaptação a novas dependências
"será que o senhor me quer ouvir agora?"	Necessidade de expressar sentimentos
"tenho medo de morrer"	Necessidade de aceitar e preparar a morte
"eu queria dizer ao meu pai, quanto arrependido estou do que lhe fiz"	Necessidade de me arrepender e de ser perdoado
"senti-me traído mas sei que a raiva me prejudica",	Necessidade de perdoar
"será que Deus existe? Como podemos ter a certeza que existe uma força poderosa que faz mover este universo?"	Necessidade de ter a certeza que existe Deus ou um poder transcendente no Universo

(Koenig e Pritchett, 1998).

## Angústia Espiritual – diagnóstico

Apresenta preocupação em relação ao sistema de crenças e/ou Deus	
Características do diagnóstico de Angústia Espiritual	<b>MAJOR</b> - Expressa falta de significado/propósito na vida e da morte
	- Expressa raiva de Deus
	É incapaz de experimentar a transcendência
	Expressa alienação ou isolamento
	Questiona o sofrimento
	Expressa falta de serenidade
	Expressa desespero
	Expressa necessidade de assistência espiritual
	Expressa falta de esperança
	Expressa falta de amor
	Sente-se abandonado
	Expressa sentimentos de culpa
	Recusa interagir com pessoas significativas
	Expressa alteração do comportamento: tristeza e Choro - Expressa falta de coragem
	É incapaz de expressar criatividade
	Expressa sentimentos de pesar
	Expressa alteração do comportamento: raiva
Não se interessa pela natureza/ambiente	
Expressa revolta	
	(Carpenito, 2005, p. 762)

## ESPIRITUALIDADE EM CP – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

### AVALIAR

- Imensos instrumentos que se podem utilizar para avaliar a espiritualidade
- Numa revisão sistemática da literatura, Lucchetti, Bassi e Lucchetti (2013) identificaram 25 instrumentos para uso clínico, apontando cinco como os mais apropriados:
  - FICA, SPIRITual History, FAITH, **HOPE** e Royal College of Psychiatrists.

## ESPIRITUALIDADE EM CP – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO



### DIRETÓRIO DE ESCALAS VALIDADAS PARA PORTUGUÊS EUROPEU

### Esperança

Versão portuguesa				Versão Original	
Título	Autor	Objetivo	Referência bibliográfica da validação e localização do instrumento	Título	Autor / Referência bibliográfica de localização
Herth Hope Index – Caragante – Versão Portuguesa (HHI-PT)	Rita Marques, Maria dos Anjos Dixe, Ana Querido, António Barbosa	Medir a esperança	Viana APM. Avaliação da esperança em cuidados paliativos: Tradução e Adaptação Cultural do Herth Hope Index. Investigação Quantitativa em Cuidados Paliativos. [Tese de Doutoramento]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2012 Marques RMO. A promoção da esperança nos cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada. Eficácia de um programa de promoção da esperança no conforto e na qualidade de vida. [Tese de Doutoramento]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa - ICS; 2014	Herth Hope Index (HHI)	Kaye Herth Herth K. Abbreviated instrument to measure Hope: development and psychometric evaluation. J Adv Nurs 1992; 17(10):1251-9

# ESPIRITUALIDADE EM CP – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

## ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH – (HHH-PT)

Data \_\_\_\_\_  
Código \_\_\_\_\_

Em baixo estão listadas várias afirmações.

Leia cada afirmação e coloque um [X] na caixa que descreve quanto concorda com essa afirmação neste preciso momento

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Tenho uma atitude positiva perante a vida.				
2. Tenho objectivos a curto, médio e /ou a longo prazo.				
3. Consiço ver possibilidades no meio das dificuldades.				
4. Tenho uma fé que me dá conforto.				
5. Tenho uma profunda força interior.				
6. Sou capaz de dar e receber carinho/amor.				
7. A minha vida tem um rumo.				
8. Acredito que cada dia tem potencial.				
9. Sinto que a minha vida tem valor e mérito.				

As quatro opções de resposta que devem ser usadas de seguinte forma:  
Discordo totalmente – 1  
Discordo – 2  
Concordo – 3  
Concordo Totalmente – 4

© 1989 Kaye Herth (1999)

2010 - Versão Portuguesa traduzida e adaptada por Andréa Viana, António Barbosa, Maria dos Anjos Dias, Ana Queiroz

# ESPIRITUALIDADE EM CP – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

DIRETÓRIO DE ESCALAS VALIDADAS PARA PORTUGUÊS EUROPEU				Espiritualidade	
Versão portuguesa				Versão Original	
Título	Autor	Objetivo	Referência bibliográfica de validação e localização do instrumento	Título	Autor / Referência bibliográfica de localização
Portuguese end of life spiritual comfort questionnaire	Sara Pinto, Shira Cabrita, José Carlos Martins, Katherine Kikube	Avaliar a espiritualidade em fim de vida	Pinto SC, Berenguer SC, Martins JA, Kikube K. Cultural adaptation and validation of the Portuguese End of Life Spiritual Comfort Questionnaire in Palliative Care patients. Porto Biomedical Journal 2016;14(147-52) Disponível em: <a href="https://www.academicoedit.com/revistas/1576/10/14143816618330995/Appendix_81">https://www.academicoedit.com/revistas/1576/10/14143816618330995/Appendix_81</a>	End of life spiritual comfort questionnaire in palliative care patients	Kathy Kikube <a href="https://www.theconforties.com">https://www.theconforties.com</a>
Questionário do Bem-estar espiritual (SWBQ)	MJ Gouveia, M Marques, R Pais Ribeiro	Avaliar as quatro dimensões de bem-estar espiritual (pessoal, comunitária, ambiental e transcendental) e obter uma medida global de bem-estar espiritual resultante da adição dos diferentes domínios	Gouveia MJ, Marques M, Pais Ribeiro JL. Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura factorial. Psicologia, Saúde & Órgãos 2009;35(2)281-293. Disponível em: <a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0875172909000701076287623">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0875172909000701076287623</a> Nº2009-239.pdf Instrumento disponível a pedido (mgouveia@psp21)	Spiritual Well-being Questionnaire - SWBQ	R Gomez, J Fisher Gomez R, Fisher J. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire: Personality and Individual Differences 2003;35(8)1975-95. Disponível em: <a href="https://www.researchgate.net/profile/R-Gomez/publication/254419503_Gomez_R_Fisher_JV_2003_Domains_of_spiritual_well-being_and_development_and_validation_of_the_Spiritual_Well-Being_Questionnaire_Personality_and_Individual_Differences_358_2975_1975-95/3180634980086636414166/Gomez_R_Fisher_JV_2003_Domains_of_spiritual_well-being_and_development_and_validation_of_the_Spiritual_Well-Being_Questionnaire_Personality_and_Individual_Differences_358_1975_1975.pdf">https://www.researchgate.net/profile/R-Gomez/publication/254419503_Gomez_R_Fisher_JV_2003_Domains_of_spiritual_well-being_and_development_and_validation_of_the_Spiritual_Well-Being_Questionnaire_Personality_and_Individual_Differences_358_1975_1975.pdf</a>
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being (FACT-Sp-12)	Filomena Ferrás, Gilda Santos	Avaliar o bem-estar espiritual em doentes oncológicos em fase final de vida	<a href="https://www.researchgate.net/publication/290501413337">https://www.researchgate.net/publication/290501413337</a>	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being (FACT-Sp-12)	Ann Petersen, GJ Fitchett, Mj Brady, L Hernandez, D Cella Petersen AN, Fitchett G, Brady M, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy - spiritual well-being scale (FACT-Sp). Ann Behav Med 2002; Winter;24(3):149-58
Questionário BES: Avaliação de recursos e necessidades espirituais	OCPC (Diana Mascó)	Avaliar de recursos e necessidades espirituais	PDF do instrumento disponível na direção <a href="https://files.hbbw.usp.br/asset/5503/7be">https://files.hbbw.usp.br/asset/5503/7be</a>	Questionário BES: Evaluación de recursos y necesidades espirituales	Grupo Espiritualidad SECOPAL <a href="https://www.researchgate.net/publication/290501413337">https://www.researchgate.net/publication/290501413337</a>

## INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

## ORAÇÃO

- Os enfermeiros devem estar aptos na área da espiritualidade e com competência para prestar cuidados espirituais (Conrad, 1985)
- Relação de apoio -> pede ao enfermeiro para rezar com ele.
- A oração:
  - Métodos mais antigos utilizados para alcançar a paz
  - associada a sentimentos de tranquilidade, calma, alívio, repouso e bem-estar, cura e recuperação.

Enfermeiros – apoiar e facilitar as práticas relacionadas com a oração  
(DiJoseph e Cavendish, 2005)

## INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

- Coisas simples!
- Momentos agradáveis
- Olhar para a natureza
- Caminhar sozinho
- Meditação ou reflexão profunda sobre o sentido da vida

(Mendes, 2012)

## ESPIRITUALIDADE EM CP – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

- Oferecer ajuda
- Promover a esperança
- Solicitar apoio da equipa de cuidados paliativos
- Mostrar disponibilidade
- Encaminhar para o capelão
- Escutar/Falar com o cliente relativamente à sua situação de doença
- Fornecer informações para saber lidar com a sua situação de doença
- Incluir a família nos cuidados
- Não alimentar falsas esperanças
- Apoiar a reconciliação com a família

(MENDES, 2012)

## INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO- PROMOÇÃO DA ESPERANÇA

- Deve ser mantida
- Parte integrante da vida humana
- Essencial à sua existência
- Auxiliar o cliente na gestão da esperança (realista!)
- Processo de Transição de Esperança (quatro fases):
  - (1) Esperança de cura;
  - (2) Esperança de tratamento;
  - (3) Esperança de Prolongamento de Vida;
  - (4) Esperança de uma morte serena

ANA QUERIDO, 2016

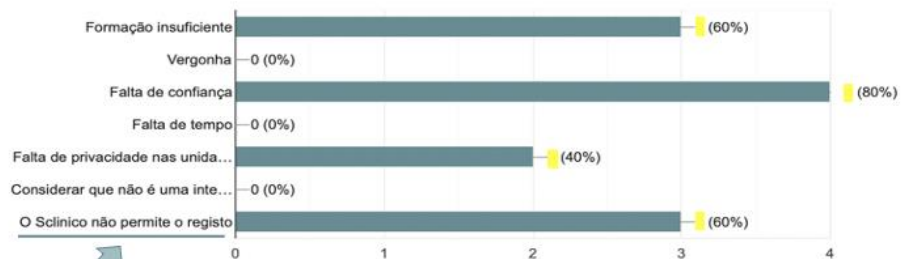
## Resumindo a importância da espiritualidade em CP

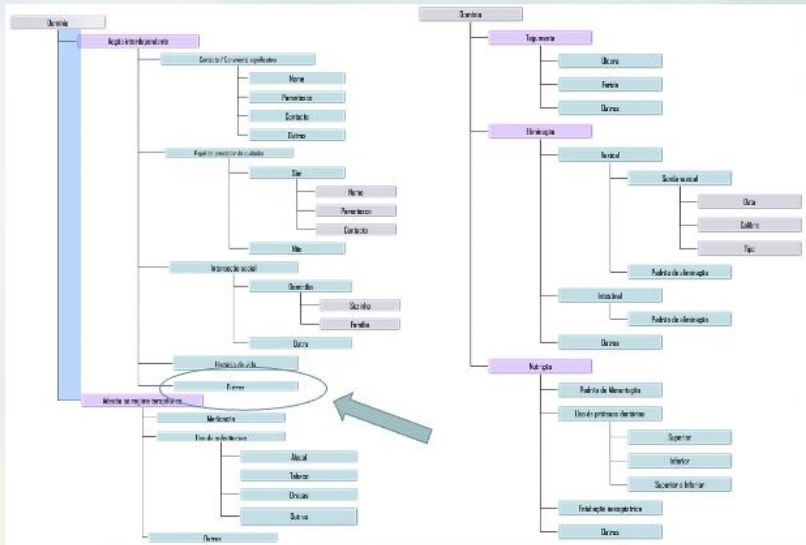


SCLINICO

2- Identifica e avalia necessidades da dimensão da espiritualidade do cliente em Cuidados Paliativos na sua prática profissional?

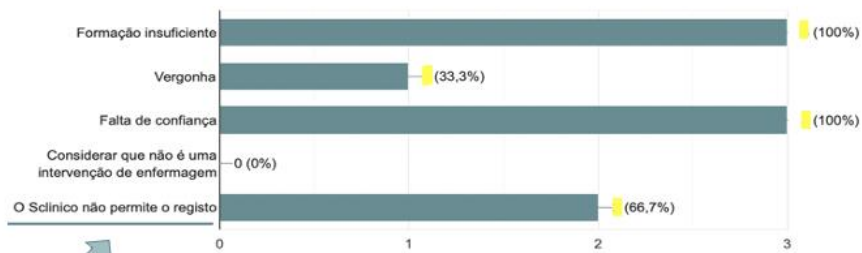
Se respondeu NUNCA, RARAMENTE ou ÀS VEZES na pergunta anterior, quais as razões? (pode selecionar todas as opções que se adequar)





3- Implementa intervenções e avalia os resultados dessas intervenções para atender às necessidades espirituais do cliente na sua prática profissional?

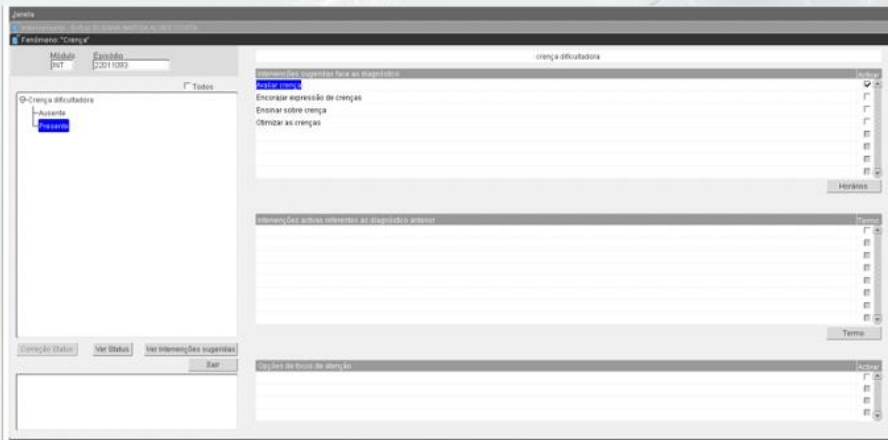
Se respondeu NUNCA, RARAMENTE ou ÀS VEZES na pergunta anterior, quais as razões? (pode selecionar todas as opções que se adequar)



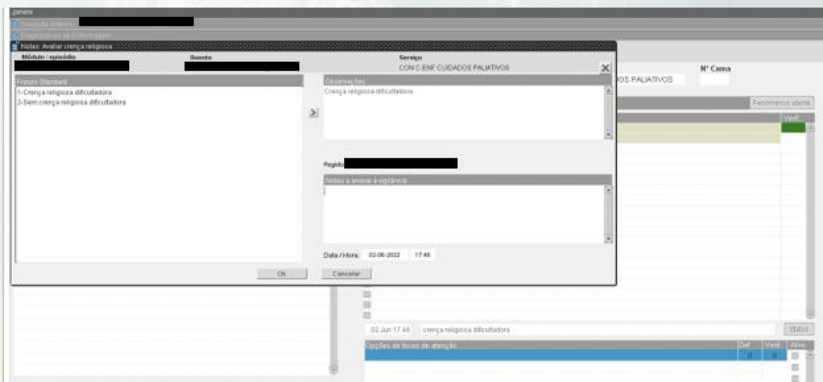
**SCLINICO – O QUE EXISTE**  
 - Crença  
 - Crença Religiosa



## FOCO “CRENÇA” DEFINIÇÃO: Atitude: opiniões; convicções e fé.



## INTERVENÇÕES PARA O FOCO “CRENÇA RELIGIOSA” DEFINIÇÃO: Crença: convicção e disposição pessoal para manter e abandonar ações tendo em conta a opinião e princípios religiosos próprios; fé religiosa que impregna; íntegra e transcende a natureza biológica e psicossocial de cada um.



## INTERVENÇÕES PARA O FOCO “CRENÇA RELIGIOSA”





## SCLINICO – SUGESTÕES DE PARAMETRIZAÇÃO

### Diagnóstico “Bem-Estar Espiritual, comprometido”

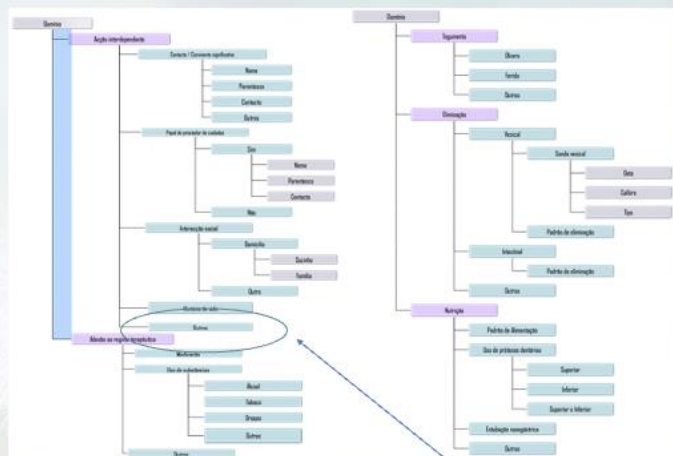
## Diagnóstico “Bem-Estar Espiritual, comprometido”

- Bem estar espiritual (no diagnóstico do bem-estar comprometido)
  - Demonstra
  - Não demonstra
- Aconselhar sobre angústia espiritual (código CIPE nº10026231);
- Providenciar apoio espiritual (código CIPE nº10027067);
- Apoiar as crenças (já existe no SClínico);
- Encorajar expressão de crenças (já existe no SClínico);
- Otimizar as crenças (já existe no SClínico).

## Diagnóstico: “Esperança, Comprometida”

- Definição: emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, optimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia
- Avaliar a esperança (e associar a Escala de Herth Hope Index -PT validada para a População Portuguesa e cedida pela Dr<sup>a</sup> Ana Querido);
- Promover a esperança (código CIPE nº10024440);
- Aconselhar sobre a esperança (código CIPE nº10026212).

PARAMETRIZAÇÃO DA DIMENSÃO ESPIRITUAL NA AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM



DIMENSÃO ESPIRITUAL



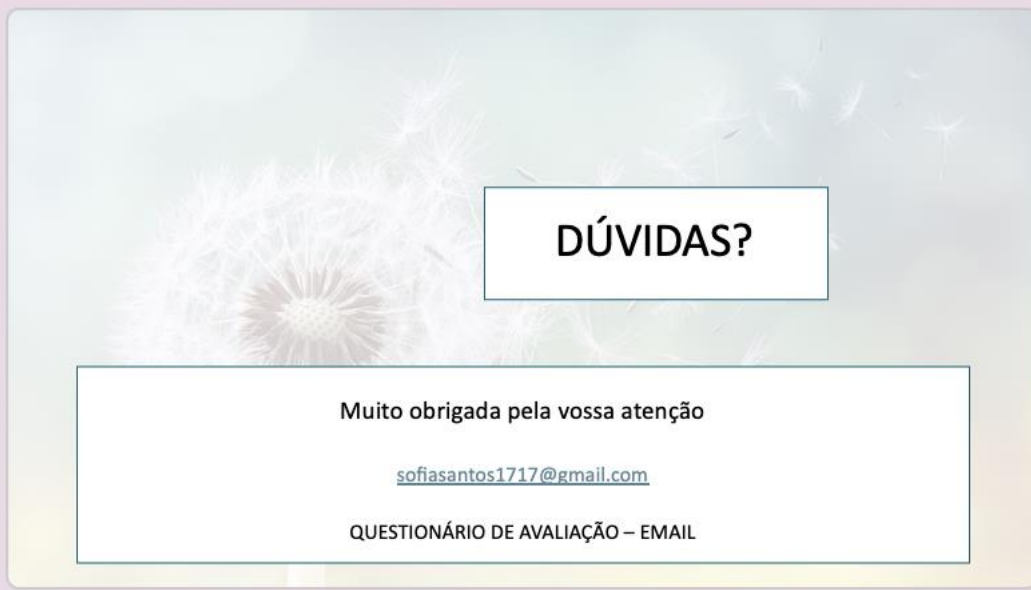
## O papel da capelania no apoio espiritual e promoção da esperança em CP

### O papel da capelania no apoio espiritual e promoção da esperança em CP

- Compreender o papel do capelão no seio da equipa multiprofissional;
- Compreender o papel do capelão junto do cliente em CP;
- Compreender o papel da capelania no apoio espiritual e promoção da esperança em CP.



SR PADRE [REDACTED]



## DÚVIDAS?

Muito obrigada pela vossa atenção  
[sofiasantos1717@gmail.com](mailto:sofiasantos1717@gmail.com)  
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO – EMAIL

APÊNDICE N – Categorização das respostas dos formandos acerca do conceito de  
espiritualidade

<b>Categoria</b>	<b>Respostas</b>
Sentido da vida	"Sentido para a vida"
	"Tem a ver com o propósito e sentido que a pessoa encontra para a sua vida"
	"Sentido para a vida"
	"Busca de um significado"
Transcendência	"Crenças que permitem a pessoa sentir-se ligada a algo que não lhe confere tranquilidade, bem-estar, energização"
	"Acreditar em algo"
	"Sentido de ligação a algo"
	"Alma"
	"Luz"
	"Conexão"
Consciência de si	"O íntimo em comunhão com o ser"
	"Pessoa"

APÊNDICE O – Lembranças entregues aos formandos





Que sempre permaneça amor nos nossos corações para cuidar da pessoa em fim de vida.

Muito obrigada pela vossa presença na formação "Espiritualidade em Cuidados Paliativos"

Enfª Sofia Santos (estagiária EISHCP)

Esperança é  
ver a luz  
na escuridão

**ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH – (HHI-PT)**

Data \_\_\_\_\_  
Código \_\_\_\_\_

Em baixo estão listadas várias afirmações.

Leia cada afirmação e coloque um [X] na caixa que descreve quanto concorda com essa afirmação neste preciso momento

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Tenho uma atitude positiva perante a vida.				
2. Tenho objectivos a curto, médio e /ou a longo prazo.				
3. Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades.				
4. Tenho uma fé que me dá conforto.				
5. Tenho uma profunda força interior.				
6. Sou capaz de dar e receber carinho/amor.				
7. A minha vida tem um rumo.				
8. Acredito que cada dia tem potencial.				
9. Sinto que a minha vida tem valor e mérito.				

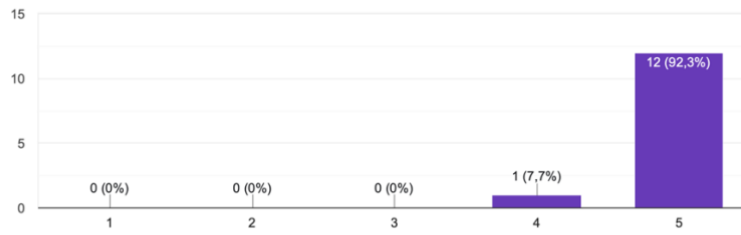
© 1989 Krae Hirth (1998)

2010 - Versão Portuguesa traduzida e adaptada por Andréia Viana, Andréia Barreira, Maira dos Anjos Dine, Ana Queiroz

APÊNDICE P – Avaliação da formação por parte dos formandos

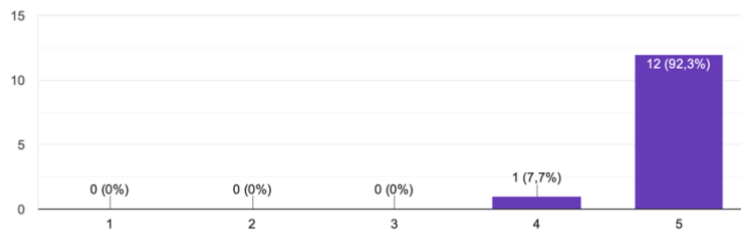
### Conteúdo Programático da Formação adequado

13 respostas



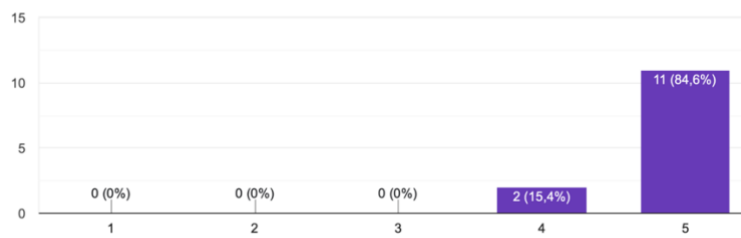
### Interesse/utilidade do tema

13 respostas



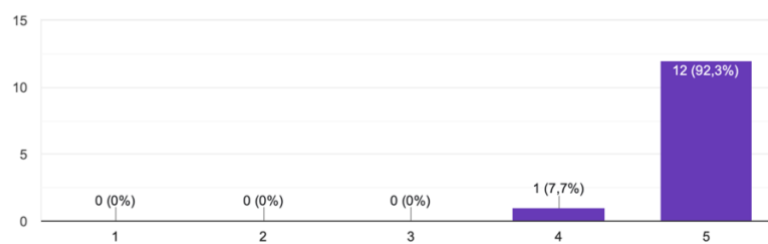
### Adequação do tempo da formação aos objetivos

13 respostas



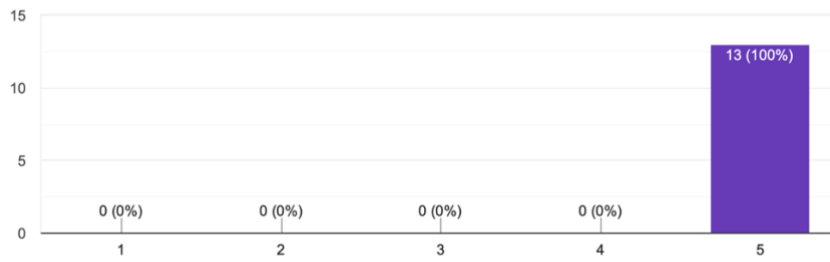
### Domínio e clareza do formador relativamente ao tema

13 respostas



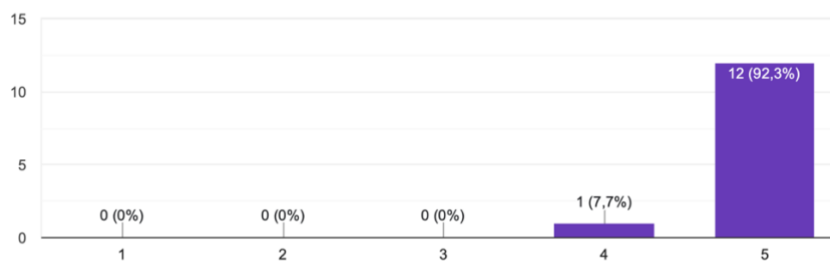
**Capacidade do formador para motivar para o tema**

13 respostas



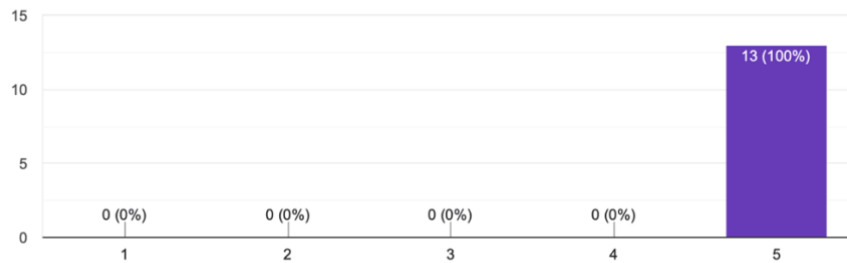
**Documentação e bibliografia suficiente e adequada**

13 respostas



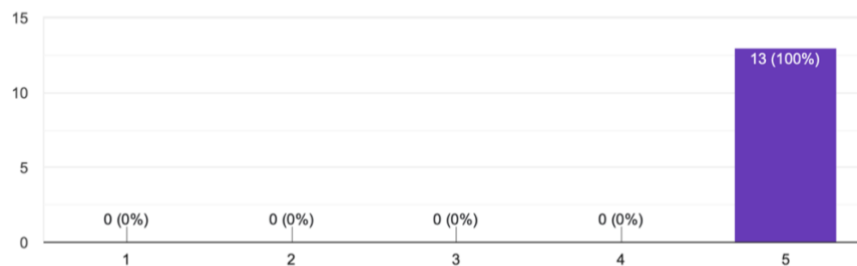
**Pontualidade/cumprimento do horário das sessões**

13 respostas



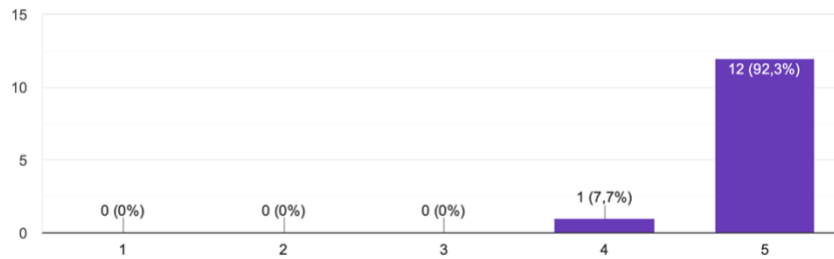
**Concretização dos objetivos propostos**

13 respostas



Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos

13 respostas



No espaço das observações do questionário, 3 formandos deixaram os seguintes registos:

- “Nada a melhorar, foi excelente a intervenção e a capacidade de nos motivar e captar a atenção para o tema”;
- “Muito boa formação e pertinente. O conteúdo foi exposto de forma profissional e com muito conhecimento naquela área. Parabéns”;
- “Nada de negativo a apontar, gostei muito e vou estar mais atenta a este tema nos meus cuidados”.

APÊNDICE Q – Proposta de parametrização em SClínico: A dimensão espiritual”



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# Projeto:

## Proposta de Parametrização em SClinico: A dimensão espiritual

---

Mestranda:  
Ana Sofia Meira dos Santos

7 de julho de 2022

---

Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

**Instituto Politécnico de Viana do Castelo**

**Escola Superior de Saúde**

---

I Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Ano Letivo: 2021/2022

**Projeto:**

Proposta de Parametrização em SClinico: A dimensão espiritual

**Estágio de Natureza Profissional na Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados  
Paliativos numa unidade hospitalar do Norte**

---

---

**Mestranda:**

Ana Sofia Meira dos Santos, nº8474

**Orientadores:**

Professora Doutora Albertina Marques

Enfermeiro Bruno Feiteira

---

7 de julho de 2022



## **NOTA INTRODUTÓRIA**

A importância da “Informação de Enfermagem” na governação em saúde é consensual segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), constituindo-se como crucial para a continuidade e qualidade dos cuidados, para a tomada de decisão e para os domínios da gestão, formação e investigação.

De modo a dar visibilidade aos cuidados de enfermagem é fundamental proceder ao seu registo. Só assim poderão ser extraídos indicadores que permitam a melhoria contínua da prestação de cuidados (Pereira, 2009).

Os enfermeiros, cada vez mais, devem procurar preocupar-se com a realização dos registos da sua prestação de cuidados de enfermagem, fazendo este aspeto parte dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Neste mesmo documento, num dos enunciados descritivos é referido que o enfermeiro, na busca incessante da excelência do seu exercício profissional, coopera no atingimento da máxima eficácia na organização dos cuidados, sendo importante a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções (OE, 2002, p. 18).

Para avaliarmos a qualidade, necessitamos que esta seja mensurável (Sandi, 2015) e dessa necessidade surgem os indicadores.

Tendo em conta o que afirma Pinto e Ferreira (2014), podemos designar os indicadores como sendo ferramentas de gestão utilizadas para medir, monitorizar e avaliar os resultados de um dado processo/projeto, tendo em conta dados registados de forma organizada e estruturada como parte dos sistemas de informação.

Tendo em conta todos estes fatores, torna-se necessário garantir que os sistemas de informação integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem, e estes devem ser parametrizados de acordo com as necessidades de cada serviço (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Assim, os Sistemas de Informação em Enfermagem adquirem como principais finalidades a uniformização dos registos de enfermagem e a visibilidade dos cuidados prestados, contribuindo para uma melhoria na organização dos serviços e com resultados positivos na assistência de enfermagem, melhoria da qualidade dos cuidados, das informações e da organização do serviço (Nascimento, 2021).

Enquanto mestranda do I curso em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo e sob a orientação da Professora Doutora Albertina Marques e Mestre Bruno Feiteira, surgiu a oportunidade de elaborar esta proposta de Parametrização em SClínico, uma vez que foi identificada esta necessidade junto da Equipa de Enfermagem e da Enfermeira Chefe.

Uma das competências comuns do enfermeiro especialista prende-se com o domínio da melhoria contínua da qualidade e, para isso, deve desenvolver as suas práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua (DR nº26/2019) e, tendo como base esta competência, surge a presente atividade.

Para a execução deste projeto, optei por seguir a sugestão dada pela Ordem dos Enfermeiros no seu guião para a organização de projetos de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Utilizei a metodologia de Deming (ciclo PDCA – Plan, Do, Check, Act/Adjust), adaptado por Pedro Salvada para 8 etapas de forma a responder melhor às necessidades específicas de projetos de enfermagem. São elas:

1. Identificar e descrever o problema
2. Perceber o problema e dimensioná-lo
3. Formular objetivos iniciais
4. Perceber as causas
5. Planear e executar as tarefas/atividades
6. Verificar os resultados
7. Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa
8. Reconhecer e partilhar o sucesso (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Este projeto será estruturado tendo em conta as etapas supracitadas. Destaco que apenas ser-me-á exequível realizar o planeamento até à quinta etapa, uma vez que as etapas subsequentes já dizem respeito à fase de implementação, apenas podendo ser desenvolvida posterior à parametrização sugerida.

Por fim, apresento uma conclusão, refletindo sobre os aspetos gerais da elaboração do presente projeto.

## 1 . PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROJETO DE PARAMETRIZAÇÃO EM SCLINICO ACERCA DA DIMENSÃO DA ESPIRITUALIDADE

### 1.1. Identificar e descrever o problema

Através da observação das práticas dos enfermeiros nos primeiros turnos que realizei na unidade hospitalar e após a exposição do meu parecer à Enfermeira Chefe, identificamos efetivamente a necessidade de incidir no desenvolvimento de um projeto na área da parametrização relativa à dimensão da espiritualidade.

Na EIHSCP foi identificada essa necessidade através da não realização de registos em SClínico relativamente à dimensão espiritual, sendo detetada à posteriori a mesma circunstância no serviço de internamento de CP e consulta externa de CP.

Também, para além da não realização de registos apercebi-me (e os próprios enfermeiros condisseram) de que não era avaliada a dimensão espiritual/religiosa aquando a admissão da pessoa em situação paliativa e que a intervenção a este nível ficava muito aquém do que era o ideal.

De acordo com o National Coalition for Hospice and Palliative Care, o National Consensus Project for Quality Palliative Care e o National Quality Forum, os indicadores de qualidade devem ser organizados em oito grandes domínios, sendo que o quinto é referente ao fornecimento de informações sobre a disponibilidade de serviços de assistência espiritual ao doente ou à família (National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2018).

Tendo em conta um estudo de Capelas et al (2018) que teve como objetivo obter o consenso para os 25 indicadores de qualidade prioritários para os serviços de CP em Portugal, surgiu do estudo um indicador de qualidade do domínio dos aspetos espirituais, religiosos e existenciais do cuidar que obteve um consenso elevado. Trata-se de um indicador de processo: Disponibilização de suporte espiritual baseado na avaliação da religião do doente, preocupações existenciais e espirituais, utilizando um instrumento de avaliação estruturado, integrando a informação obtida no plano terapêutico geral do doente. Ou seja, trata-se de uma temática cada vez com mais visibilidade e mais premente de ser interiorizada na prática de enfermagem.

### 1.2. Perceber o problema

Pesquisas demonstram que os profissionais de saúde não estão capazes de identificar e de fazer face às necessidades espirituais dos doentes do foro paliativo (Phelps et al, 2012; Ross et al, 2014) e são imensos os estudos que têm incidido na importância da

inclusão da dimensão da espiritualidade na prestação de cuidados de saúde (Best, Butow e Olver, 2015; Epstein-Peterson et al, 2015; Camargos et al, 2015) mas esta abordagem tem sido ainda escassa, ficando muito aquém (Balboni et. al, 2013).

Torna-se evidente a importância de sensibilizar os profissionais de saúde para a relevância de se abordar as questões relacionadas com a espiritualidade.

Como todos os projetos, existem forças e fraquezas que devemos ter em conta durante o planeamento e incluir, em antemão, estratégias de minimizar as fraquezas existentes.

Como forças, destaco:

- Nos principais hospitais de referência nacionais não estão parametrizadas estas intervenções, pelo que a unidade hospitalar onde realizei o ENP seria uma referência;
- Motivação da equipa na implementação destas sugestões;
- A equipa concorda que é um tema que deveria ser obrigatório em CP;
- Formação avançada em CP em muitos dos profissionais que constituem a equipa;
- Existência de um capelão na unidade.

Por outro lado, identifico como fraquezas (referidas pela equipa):

- Falta de Formação;
- Falta de confiança.

### **1.3. Formular objetivos iniciais**

Os objetivos a serem preconizados para este projeto compreende-se entre objetivo geral e específicos.

#### **1.3.1. Objetivo geral**

- Parametrizar diagnósticos de enfermagem;
- Parametrizar intervenções de enfermagem;
- Parametrizar a avaliação da dimensão espiritual.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Promover a avaliação e identificação de necessidades a nível da espiritualidade;
- Promover a inclusão do cuidar espiritual nos planos de cuidados de enfermagem;
- Melhorar os registos de enfermagem em SClinico relacionados com a dimensão espiritual;
- Promover o cuidar espiritual à pessoa em situação paliativa;
- Promover a dignidade, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa;
- Diminuir a prevalência da angústia espiritual na pessoa em situação paliativa.

### **1.4. Perceber as causas**

De forma a realizar o diagnóstico de necessidades, para além de ter presente a literatura existente e que já foi aqui explanada, recorri a mais três métodos diferentes para conseguir compreender mais pormenorizadamente o problema em questão: observação das práticas dos enfermeiros dos serviços de CP; entrevista com um informante privilegiado; e aplicação de um questionário à equipa de Enfermagem dos serviços de CP.

Relativamente à não inclusão da dimensão espiritual no Plano de Cuidados deve-se ao facto de não estarem parametrizadas as intervenções em SClinico para os focos relacionados com a dimensão espiritual como por exemplo: Angústia Espiritual, Esperança, Bem-estar Espiritual, Apoio Espiritual, Comportamento Espiritual e Crença Espiritual. Integram todos focos da CIPE, mas ainda sem parametrização em SClinico.

Relativamente à não avaliação da dimensão da espiritualidade no momento de admissão, identifiquei, também, que esta não está presente na avaliação inicial de enfermagem do SClinico.

Através de um questionário que realizei às equipas dos serviços de CP, quando estes foram questionados sobre o porquê de não avaliarem e identificarem necessidades da dimensão da espiritualidade do cliente em CP na prática profissional, 60% afirmaram que é pelo SClinico não permitir o registo.

Quando questionados sobre o porquê de não implementarem intervenções para atender às necessidades espirituais do cliente na sua prática profissional, 66.7% afirmaram que seria pelo mesmo motivo do SClinico não permitir esse mesmo registo.

Através da entrevista que realizei a um informante privilegiado com o objetivo de compreender a perceção do mesmo acerca das necessidades do serviço, relativamente à abordagem da dimensão da espiritualidade, foram retiradas as seguintes conclusões relevantes para o diagnóstico de necessidades:

- Foi referido que a dimensão da espiritualidade “não é um tema muito trabalhado, apesar da área em que estamos que devia ser obrigatório” (I), daqui a necessidade de abordar este tema junto da equipa.
- Também me apercebi de que a avaliação não era realizada de uma forma formal “*É assim, formal não temos (...) é sempre a título informal, não registamos*” (I), nem registada “*Não tem. Teria que ser em Outros*” (I).
- Relativamente ao que está parametrizado em SClinico quanto à dimensão espiritual, também é muito escasso “*Tem a crença religiosa, é a única coisa que está parametrizada no hospital é a crença religiosa comprometida ou não comprometida e tem algumas intervenções. Todos os outros, bem-estar espiritual, angústia, do que tivemos a explorar, não tem nada parametrizado ainda, nesse sentido... nem a esperança*” (I).
- Quanto às atividades que tinha em mente para realizar durante este estágio, estas acabaram por ser validadas pelo informante como importantes para o serviço, incluindo a parametrização de intervenções “*Sim, sim, sim, sem dúvida. E até sugerir alguns diagnósticos de enfermagem para melhorarmos os nossos registos no SClinico*” (I).

### **1.5. Planear e executar as tarefas**

As sugestões de parametrização são as que passo a enumerar:

- Na Avaliação Inicial acrescentar um campo de texto livre “Dimensão espiritual” onde se regista a avaliação da espiritualidade/religião da pessoa em situação paliativa.
- O único ponto relacionado com a esperança no SClinico consiste no “Avaliar esperança”, mas não está parametrizado. Não tem escala associada nem dá para gravar e utilizar no plano de cuidados. A minha proposta seria definir o Diagnóstico de Enfermagem “Esperança, comprometida” e como intervenções:
  - Avaliar a esperança (e associar a Escala de Herth Hope Index -PT validada para a População Portuguesa e cedida pela Dr<sup>a</sup> Ana Querido);

- Promover a esperança (código CIPE nº10024440);
- Aconselhar sobre a esperança (código CIPE nº10026212).
- Relativamente ao diagnóstico presente do “bem-estar, comprometido”, este apenas apresenta as dimensões do bem-estar físico, psicológico e emocional. A minha sugestão seria acrescentar o “bem-estar espiritual demonstra/ não demonstra” e associar como intervenções:
  - Aconselhar sobre angústia espiritual (código CIPE nº10026231);
  - Providenciar apoio espiritual (código CIPE nº10027067);
  - Apoiar as crenças (já existe no SClinico);
  - Encorajar expressão de crenças (já existe no SClinico);
  - Otimizar as crenças (já existe no SClinico).

#### **1.6. Verificar os resultados**

Com a implementação destas sugestões será possível aos enfermeiros começarem a avaliar e intervir na dimensão da espiritualidade.

No entanto, e sendo uma característica do ciclo PDCA, a avaliação dos resultados é contínuo e crucial para a determinação do impacto e concretização dos objetivos que foram traçados.

Neste projeto, propunha que a avaliação fosse realizada através dos indicadores sugeridos por Capelas et.al (2018).

#### **1.7. Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa**

Nesta fase a atenção terá que estar voltada para a deteção de dificuldades da equipa relacionadas com a implementação das medidas que foram sugeridas.

#### **1.8. Reconhecer e partilhar o sucesso**

Assim como o insucesso deve ser partilhado e encarado como potenciador de melhoria, o sucesso também deve ser reconhecido e celebrado, fazendo com que a equipa se sinta motivada e incluída neste processo crucial para a obtenção de ganhos em saúde.

## **NOTA CONCLUSIVA**

Este projeto torna-se não só uma ferramenta com a finalidade principal de contribuir para a melhoria contínua das práticas de enfermagem, mas também para o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, sendo esta uma competência comum do enfermeiro especialista.

Através da metodologia de projeto de Deming será possível, cada vez mais, melhorar as práticas de cuidados, não só relativamente à dimensão da espiritualidade, mas quanto aos vários domínios presentes nas intervenções dos enfermeiros.

Trata-se de uma metodologia muito útil não só para o planeamento de projetos, mas para resolver qualquer dificuldade com que nos deparamos no nosso dia-a-dia profissional e pessoal.

Considera-se premente a parametrização em SClinico de diagnósticos e intervenções relacionadas com a dimensão espiritual, assim como incluir a mesma dimensão na avaliação inicial de enfermagem.

Espero que com esta proposta seja possível melhorar a avaliação, identificação de necessidades e intervenção na dimensão da espiritualidade, obtendo-se, desta forma, ganhos em saúde para os sujeitos de cuidados.

## **BIBLIOGRAFIA**

Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, Phelps AC, Gorman DP, Zollfrank A, et al. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J Clin Oncol*. 2013;31(4):461-7.

Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns*. 2015;98(11):1320-8

Camargos MG, Paiva CE, Barroso EM, Carneseca EC, Paiva BS. Understanding the Differences Between Oncology Patients and Oncology Health Professionals Concerning Spirituality/Religiosity a Cross-Sectional Study. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(47):e2145.

CAPELAS, Manuel Luís - Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*. Vol. 10. Número 2, 2018, pp. 11-24. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>



DIÁRIO DA REPÚBLICA – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - 2ª série, nº26, 6 de fevereiro de 2019.

Epstein-Peterson ZD, Sullivan AJ, Enzinger AC, Trevino KM, Zollfrank AA, Balboni MJ, et al. Examining forms of spiritual care provided in the advanced cancer setting. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32(7):750-7.

NASCIMENTO, Tiago; FRADE, Inês; MIGUEL, Susana; PRESADO, Maria Helena; CARDOSO, Mário – Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciênc. Saúde Colet*. 26 (02) 12 fev 2021

National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 4th ed. Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018. P. 1-57.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos, 2002. Lisboa

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE): Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais. 2007. Acedido a 5 de julho de 22. URL: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. CONSELHO DE ENFERMAGEM REGIONAL. Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros, 2013.

PEREIRA, Filipe - Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 2009

Phelps AC, Lauderdale KE, Alcorn S, Dillinger J, Balboni MT, Van Wert M, et al. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *J Clin Oncol*. 2012;30(20):2538-44.

Pinto VRS, Ferreira SCM. Computerized tool to calculate nursing quality indicators: a methodological research. Online Brazilian J Nurs 2014; 13:382-385.

Ross L, van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. Nurse Educ Today. 2014;34(5):697-702.

SANDI A. A importância dos Sistemas de Informação em Saúde – Estudo de caso na USF CelaSaúde. Coimbra: FEUC; 2015.

APÊNDICE R – *Scoping Review* aprovada para publicação na Revista Nursing

## DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR ESPIRITUAL DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: UMA SCOPING REVIEW

### RESUMO

**Objetivo:** Mapear a evidência científica relativa às dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual da pessoa em situação paliativa. **Método:** Estudo do tipo *Scoping Review*, com base nas recomendações PRISMA-ScR e do protocolo definido pelo Joanna Briggs Institute. Pesquisa em 4 bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (PUBMED), *Cummulative Index to Nursing and Allied Heath Literature* (CINAHL) e *Web of Science* e considerados estudos dos últimos 5 anos (2017-2022). **Resultado:** Amostra final de 10 estudos. Foram identificadas várias dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual da pessoa em situação paliativa, dos quais destacamos: falta de formação; falta de tempo; falta de reconhecimento; falta de confiança; evitamento; referência tardia; espiritualidade dos enfermeiros pouco desenvolvida; crenças diferentes. **Conclusão:** Foram identificadas múltiplas dificuldades sentidas pelos enfermeiros no cuidar espiritual, as quais passam quer por défices na formação, quer por défices organizacionais, quer por défices pessoais. **Descritores:** Cuidados Paliativos; Cuidados de fim de vida; Enfermagem; Espiritualidade; Cuidado Espiritual.

### INTRODUÇÃO

O aumento da prevalência das doenças crônicas e degenerativas está intimamente relacionado com o aumento da esperança média de vida que se tem verificado, o que conduz à necessidade de alteração do paradigma do cuidar. Torna-se imprescindível que, no caso da pessoa com doença grave sem perspectiva de cura, o foco deixe de ser o tratar e curar doenças e passe a ser o suprir das necessidades multidimensionais da pessoa e seus familiares. É neste contexto que emergem os cuidados paliativos (CP), assentando numa abordagem que por objetivo potenciar a qualidade de vida da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, bem como das suas famílias, enquanto seres biopsicossociais e espirituais<sup>1</sup>.

A espiritualidade pode ser definida como a capacidade da pessoa ter consciência de si mesmo, de procurar um sentido para os acontecimentos da sua vida e de um propósito existencial<sup>2</sup>. Consiste na tentativa da pessoa se relacionar com o transcendente para encontrar significado, propósito e esperança<sup>3</sup>.

Deste modo, quando uma pessoa se depara com um diagnóstico de uma doença sem perspectiva de cura, pode surgir associado o sofrimento espiritual, pela perda de sentido, perda do significado da vida e perda da esperança<sup>4</sup>. Várias pesquisas revelam existir forte ligação entre saúde e espiritualidade<sup>5</sup> sendo que esta última contribui para o bem-estar e atua como estratégia de  *coping*, ajudando as pessoas a lidarem com agentes stressores<sup>2</sup> tornando-se benéfico a inclusão da espiritualidade na prática de cuidados<sup>6</sup>.

De facto, a dimensão espiritual sendo algo intrínseco à pessoa, necessita ser uma componente central nos CP de qualidade, tornando-se parte integrante da essência da abordagem paliativista<sup>7</sup>.

Mesmo com o reconhecimento da importância destes cuidados, a espiritualidade continua a ser a dimensão mais negligenciada nos últimos momentos da vida das pessoas e a mais desconhecida nos CP<sup>8</sup>, pelo que a intervenção direcionada à dimensão espiritual durante o processo de cuidar da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada é praticamente inexistente ou mesmo nula<sup>9</sup>. Face ao exposto, optamos pela elaboração de uma *scoping review*, com o objetivo de mapear a evidência científica relativa às dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual, em CP.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo *scoping review*. Esta metodologia constitui um estudo secundário, decorrente de revisões de estudos primários e tem ganho cada vez mais relevo, tendo-se tornado numa referência, à medida que o número de estudos de investigação primários tem crescido<sup>10</sup>.

Para a elaboração da *scoping review*, recorreremos ao protocolo definido pelo Joanna Briggs Institute (JBI)<sup>10</sup> e à extensão do PRISMA para *scoping review*<sup>11</sup>.

Para a estratégia de pesquisa e identificação dos estudos, recorreremos à estratégia PCC-População, Conceito e Contexto. Foram, ainda, definidos como critérios de inclusão: Participantes – enfermeiros; Conceito – dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual da pessoa em CP; Contexto - unidades de CP (internamento, equipa intra-hospitalar, comunitária).

Por outro lado, foram definidos como critérios de exclusão estudos que não estejam disponíveis em texto integral.

Os critérios de elegibilidade obedeceram aos seguintes parâmetros: Tipo de Estudo – considerados os estudos primários (qualitativos, quantitativos e mistos); Idioma –

consideradas publicações disponíveis em Português, Espanhol e Inglês; Data de publicação – considerados estudos dos últimos 5 anos (2017-2022).

A pesquisa nas bases de dados ocorreu entre o dia 9 de junho de 2022 e o 25 de junho de 2022.

Numa primeira fase, realizamos uma pesquisa aleatória e exploratória com termos relacionados com a espiritualidade em CP, de forma a compreender quais os descritores mais utilizados.

Numa segunda fase, definimos os termos das frases booleanas para a realização da pesquisa final, identificando-se os respectivos descritores através dos termos Medical Subject Headings (MeSH): Spirituality; Spiritual Care; Palliative Care; Terminal Care; End of Life; Difficulties. Numa terceira fase, as referências bibliográficas de todos os estudos selecionados para leitura integral foram analisadas, de forma a identificar-se estudos adicionais.

Esta pesquisa foi aplicada em quatro bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (PUBMED), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Web of Science, considerando a seguinte frase booleana de pesquisa: Palliative Care OR End of Life OR Terminal Care AND Difficulties AND Spirituality OR Spiritual Care.

A pesquisa, seleção e leitura dos estudos foram efetuados por dois revisores de modo independente.

Os dados foram igualmente extraídos por dois revisores de forma independente, usando um instrumento desenvolvido pelos investigadores para esse fim e alinhado com o objetivo da *scoping review*, composto pelos seguintes itens: identificação do estudo; autores do estudo; ano do estudo; país onde foi desenvolvido; objetivo do estudo; tipo de estudo/desenho; amostra/participantes; instrumentos e/ou técnicas de produção de dados; principais resultados; principais conclusões.

A apresentação dos estudos selecionados e dos resultados foi realizada com recurso a tabelas, de forma a sintetizar a informação encontrada.

A categorização foi a forma adotada para a análise dos resultados, sendo que as categorias que surgiram foram validadas por todos os investigadores.

## RESULTADOS

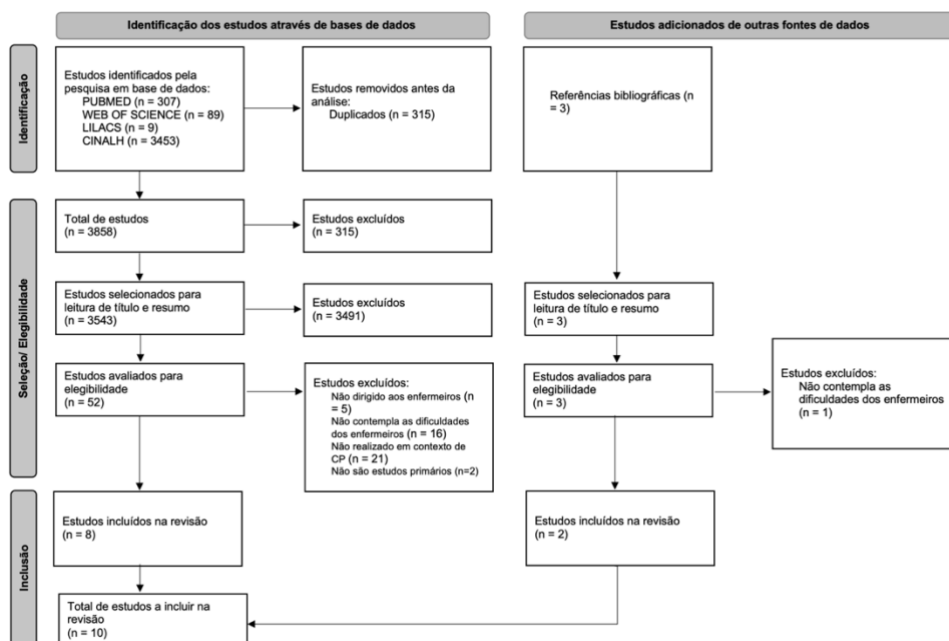
Na pesquisa, os resultados foram apresentados com o recurso a tabelas, de forma a sistematizar e a tornar mais perceptível a sua análise. Foram identificados, numa primeira fase, 3858 estudos para a revisão através da pesquisa nas bases de dados eletrónicas: LILACS, PUBMED, CINAHL e Web of Science. Ainda, por via eletrónica, foram identificados e removidos 315 estudos duplicados, tendo ficado para análise 3543 estudos.

Realizada uma triagem dos achados com base no título e resumo, identificamos que 52 estudos cumpriam os critérios de inclusão definidos. Procedemos à análise das referências bibliográficas dos 52 estudos selecionados para leitura integral e foram incluídos na pesquisa mais 3 estudos.

Estes 55 estudos foram analisados na íntegra e aplicados os critérios de inclusão e exclusão, com apoio do preenchimento de uma checklist construída para o efeito. Os estudos que cumpriam estes 3 critérios foram elegíveis para fazer parte da seleção final e ficamos com uma amostra final de 10 estudos. Foram realizadas fichas de leitura destes 10 estudos. O processo de pesquisa e seleção dos estudos da presente *scoping review* está representada no fluxograma PRISMA (Figura 1).

Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a *Scoping Review* adaptado do PRISMA<sup>21</sup>

Fonte: elaborado pelos autores, 2023



Os 10 estudos selecionados apresentavam datas compreendidas entre 2017 e 2022. Verificamos que 1 estudo foi publicado em 2017, 2 estudos foram publicados em 2019,

1 estudo foi publicado em 2020, 5 estudos foram publicados em 2021 e 1 estudo foi publicado no ano de 2022. Quanto ao tipo de estudo, são maioritariamente qualitativos (8 estudos) e 2 mistos.

No que diz respeito à nacionalidade, verificámos que se trata de uma temática estudada em inúmeros países designadamente Dinamarca, Irlanda, EUA, Brasil, Suíça, Espanha, Alemanha e Coreia do Sul, o que mostra uma preocupação transversal e internacional.

Os 10 estudos selecionados apresentavam datas compreendidas entre 2017 e 2022. Verificamos que 1 estudo foi publicado em 2017, 2 estudos foram publicados em 2019, 1 estudo foi publicado em 2020, 5 estudos foram publicados em 2021 e 1 estudo foi publicado no ano de 2022. Quanto ao tipo de estudo, são maioritariamente qualitativos (8 estudos) e 2 mistos.

No que diz respeito à nacionalidade, verificámos que se trata de uma temática estudada em inúmeros países designadamente Dinamarca, Irlanda, EUA, Brasil, Suíça, Espanha, Alemanha e Coreia do Sul, o que mostra uma preocupação transversal e internacional.

No que se refere ao contexto onde foram realizados os estudos, verificou-se que na sua maioria ocorreram em contexto hospitalar, sendo apenas 2 deles em contexto misto (hospitalar e comunitário).

Apresentamos, na seguinte tabela, as características principais de cada estudo presente na amostra final (Tabela1).

Tabela 1 – Apresentação dos estudos da *scoping review*

Fonte: elaborada pelos autores, 2023

Nº	Título do estudo	Autor	Ano	País	Desenho do Estudo	Participantes/ Amostra
E1	Four aspects of spiritual care: a phenomenological action research study on practicing and improving spiritual care at two Danish hospices <sup>12</sup>	Viftrup et al.	2021	Dinamarca	Estudo qualitativo (investigação-ação); Entrevista grupo focal	-Enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, capelães, cozinheiros e pessoal auxiliar (9 entrevistas em grupo focal com 5-8 participantes em cada grupo; 12 entrevistas com pessoas doentes)
E2	How specialist palliative care nurses identify patients with existential distress and manage their needs <sup>13</sup>	Fay e Oboyle	2019	Irlanda	Estudo qualitativo; Entrevistas semiestruturadas	Dez enfermeiros (sete em CP comunitários e três em CP hospitalares)
E3	Interprofessional Perspectives on Providing Spiritual Care for Patients with Lung Cancer in Outpatient Settings <sup>14</sup>	Siler et al.	2019	EUA	Estudo qualitativo; Entrevistas telefónicas e sessões em grupo	19 profissionais de saúde com experiência em oncologia e CP (enfermagem, medicina, assistente social e capelania)
E4	Nurses' performance in palliative care: spiritual care in the light of Theory of Human Caring <sup>15</sup>	Evangelista et al.	2021	Brasil	Estudo qualitativo, exploratório; Entrevista semiestruturada	10 enfermeiros que trabalhavam em CP



E5	Nurses' response to spiritual needs of cancer patients <sup>16</sup>	Zumstein-Shaha, Ferrell e Economou	2020	EUA e Suíça	Estudo qualitativo; Inquérito Qualitativo	62 enfermeiros com experiência em lidar com pessoas doentes do foro paliativo
E6	Spirituality in Patients at the End of Life-Is It Necessary? A Qualitative Approach to the Protagonists <sup>8</sup>	Navarro, Ortega e Navarro	2022	Espanha	Estudo qualitativo fenomenológico; Entrevistas semiestruturadas	7 pessoas doentes e 10 profissionais especialistas em processos de fim de vida (dos quais 7 eram enfermeiros)
E7	The Provision of Spiritual Care in Hospices: A Study in Four Hospices in North Rhine-Westphalia <sup>17</sup>	Walker e Breitsameter	2017	Alemanha	Estudo qualitativo; Entrevista semiestruturada	22 trabalhadores dos 4 hospícios, dos quais 5 eram enfermeiros
E8	Hospice palliative care nurses' perceptions of spiritual care and their spiritual care competence: A mixed-methods study <sup>18</sup>	Kang et al	2021	Coreia do Sul	Método misto; Questionário + entrevista grupo focal	282 enfermeiros em 40 instituições de CP + entrevistas a grupos focais com 6 especialistas de CP
E9	Nurses' training and teaching-learning strategies on the theme of spirituality <sup>19</sup>	Oliveira, Oliveira e Ferreira	2021	Brasil	Método qualitativo; Entrevista semiestruturada	34 enfermeiros de um hospital oncológico
E10	A Survey of Hospice and Palliative Care Nurses' and Holistic Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care <sup>20</sup>	Lukovsky et al.	2021	Nova Iorque	Método Misto; Escala (SSCRS); Inquérito com perguntas abertas	Enfermeiros da Hospice Palliative Nurses Association e da American Holistic Nurses Association (n = 250).

Fonte: elaborada pelos autores, 2023

Apresentamos, também, os objetivos e resultados dos estudos constituintes da amostra final, tendo como referência o objetivo da *scoping review* (Tabela 2).

Tabela 2- Síntese dos objetivos e resultados dos estudos da *scoping review*

Fonte: elaborada pelos autores, 2023

Nº	Objetivo	Resultados
E1	Explorar a forma como os participantes percebiam, sentiam, viviam, praticavam e compreendiam os cuidados espirituais nos centros hospitalares e como os cuidados espirituais podiam ser melhorados.	As necessidades espirituais não satisfeitas por falta de tempo na interação enfermeiro-pessoa doente (mesmo com enfermeiro de referência); Enfermeiros mais confiantes e confortáveis nos aspetos físicos; Errada compreensão das necessidades espirituais das pessoas doentes e reconhecem que têm que evoluir a esse nível.
E2	Explorar como os enfermeiros de CP identificam pessoas doentes com angústia existencial e gerem as suas necessidades.	Dificuldade de estabelecer relação com pessoas doentes em angústia, sendo relatadas situações de evitamento e sentimento de frustração quando sentiam que não podiam ajudar; desejo de se afastarem das pessoas doentes que sofrem de angústia existencial como método de autoproteção; pode ser emocionalmente exigente; a identificação precoce da angústia existencial por eles poderia permitir uma intervenção atempada.
E3	Explorar as perspetivas dos profissionais de saúde com experiência em CP e oncologia sobre os atuais desafios e fatores facilitadores na satisfação das necessidades espirituais.	Reencaminhamento para assistente social e capelão; dificuldades em abordar a espiritualidade na ausência dele; abordagem da espiritualidade mais difícil de abordar do que a dimensão física; só questionam existência de alguma religião; Não se sentem confortáveis com as questões espirituais; falta de formação.
E4	Analisar a atuação de enfermeiros na assistência a pessoas doentes em CP, com destaque para a dimensão espiritual, à luz da Teoria do Cuidado Humano.	Questões pessoais, formação profissional, estrutura do serviço, rotina de trabalho, rácios e falta de tempo não permitem a abordagem da espiritualidade; dimensão espiritual é algo delicado, difícil, complicado, limitando-se a realizar o cuidado físico e escuta ativa.
E5	Explorar o relato das necessidades espirituais das pessoas doentes por parte dos enfermeiros.	Difícil falar sobre questões religiosas e espirituais com as pessoas doentes por não serem realizados regularmente; não é questionada; religião e espiritualidade não eram consideradas questões importantes dentro das suas instituições; falta de confiança leva a hesitação; "assuntos privados";

		dificuldades em identificar o profissional mais competente; lacunas da respetiva organização ou instituição; sentimentos de frustração e impotência quando as pessoas doentes recusavam cuidados; enfermeiros com formação fizeram-no com mais regularidade; importante que tivessem tempo.
E6	Identificar as necessidades espirituais das pessoas doentes em fim de vida e a forma como os profissionais de enfermagem podem trabalhar para proporcionar um acompanhamento eficaz.	Necessidade de formação e de ferramentas; formação como solução para integrar a componente espiritual nos cuidados; não é atendida, nem mesmo nos CP.; não está integrado como parte do trabalho, porque têm que dar resposta a outras intervenções que são esperadas da classe de enfermagem.
E7	Explorar a forma como os cuidados espirituais são prestados nos hospícios e que significado tem a espiritualidade.	Conceito de espiritualidade altamente indefinido; conhecimento limitado sobre abordagem da espiritualidade e religiões diferentes; questionada apenas religião na admissão; diversidade espiritual é um desafio; hesitantes ao lidar com pessoas cujas filiações religiosas diferentes; a espiritualidade não tem o valor que se poderia esperar; o tempo é gasto em coisas mais práticas; não abordagem poderia estar relacionado com períodos de tempo curtos de internamento até morrerem; formação como uma condição essencial, mas não suficiente.
E8	Compreender as perceções dos enfermeiros dos CP hospitalares em relação aos cuidados espirituais e a sua competência para prestar cuidados espirituais.	Enfermeiros com mestrado eram mais competentes; dificuldade em satisfazer necessidades espirituais; preparação limitada e insuficiente; conceito abstrato e difícil de abordar; agenda atarefada; difícil praticar cuidados espirituais no horário de trabalho; os enfermeiros não são capazes de refletir suficientemente sobre a sua espiritualidade.
E9	Investigar se e como o tema da espiritualidade foi abordado na formação de enfermeiros que atuam em CP.	Necessidade de formação; os enfermeiros valorizam o tema na formação/qualificação profissional e consideram a sua inclusão como relevante e a experiência em CP importante para considerar essa dimensão; ausência ou insuficiente abordagem do tema na formação académica e profissional; 97,1% sem qualquer proximidade com o tema; formação continua como a única possibilidade de preparar os enfermeiros para cuidar da dimensão espiritual das pessoas doentes.
E10	Avaliar as perceções dos enfermeiros hospitalares, paliativos e holísticos sobre a espiritualidade e os cuidados espirituais.	- Durante a licenciatura 42,5% não tiveram contacto com o tema; 22% indicaram que o principal prestador de cuidados espirituais deveria ser um capelão; 60,6% consideraram que deveriam ser prestados por todas as partes envolvidas; todos indicaram ter encontrado uma pessoa doente com necessidades espirituais; 53% afirmaram ter tomado consciência das necessidades espirituais da pessoa doente; 64,9% responderam que são capazes de satisfazer as necessidades espirituais da pessoa doente; mais de 80% indicaram que abordam a espiritualidade da pessoa doente na sua prática diária; 91,7% consideraram que receberam formação suficiente.

De forma a sintetizar os resultados e através da categorização, apresentamos uma tabela que evidencia a síntese relativa às dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual da pessoa em CP (Tabela 3).

Tabela 3 - Dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual da pessoa em CP

Fonte: elaborada pelos autores, 2023

Dificuldades sentidas	Estudos que fazem referência	Nº referências (n)	FR (%)
Falta de tempo	E1; E4; E5; E6; E7; E8	6	60%
Falta de confiança dos enfermeiros	E1; E3; E5	3	30%
Evitamento pelo enfermeiro em prestar cuidados espirituais	E2; E5	2	20%
Falta de formação	E1; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10	9	90%
Espiritualidade dos enfermeiros pouco desenvolvida	E8	1	10%
Referenciação tardia para os CP	E1; E7	2	20%

Falta de reconhecimento da organização da importância dos cuidados espirituais	E3; E4; E5; E6; E7	5	50%
Crenças diferentes entre enfermeiros e pessoa doente	E7	1	10%

Assim, após esta análise dos resultados emergiram 8 categorias referentes às dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual da pessoa em CP: falta de tempo; falta de confiança dos enfermeiros; evitamento pelo enfermeiro em prestar cuidados espirituais; falta de formação; espiritualidade dos enfermeiros pouco desenvolvida; referência tardia para os CP; falta de reconhecimento da organização da importância dos cuidados espirituais; e crenças diferentes entre enfermeiros e pessoa doente. Verificamos que, das categorias definidas, a falta de formação é a mais mencionada, tendo sido identificada em 90% estudos, seguindo-se a falta de tempo identificada em 60% e a falta de reconhecimento da organização da importância dos cuidados espirituais em 50%. As restantes categorias situam-se entre os 30% e 10% dos estudos.

## DISCUSSÃO

Após o mapeamento da evidência científica relativa às dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual em CP impõe-se uma discussão analítica, crítica e reflexiva dos achados.

A espiritualidade constitui-se numa dimensão intrínseca à pessoa e de acordo com Evangelista et al.<sup>21</sup> um fator crucial na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada. Efetivamente a espiritualidade deve ser uma componente substancial do cuidar em CP.

A análise da produção científica mostrou que a importância do cuidar espiritual em CP é reconhecida pelos enfermeiros na maior parte dos estudos<sup>8,14-17,19-20</sup> e a evidência científica demonstra este reconhecimento como significativo para o processo de cuidar<sup>6,18,21-26</sup>. Porém, mesmo com o reconhecimento da sua importância, existem algumas barreiras à inclusão do cuidar espiritual por parte dos enfermeiros. Entre as várias dificuldades dos enfermeiros no cuidar espiritual em CP que surgiram da análise dos estudos desta revisão, podemos destacar: Falta de tempo (60%); Falta de confiança dos enfermeiros (30%); Evitamento por parte do profissional em prestar cuidados espirituais (20%); Falta de formação (90%); Espiritualidade dos enfermeiros pouco desenvolvida (10%); Referência tardia para os CP (20%); Falta de reconhecimento da importância da espiritualidade por parte da organização (50%); Crenças diferentes entre enfermeiros e pessoa doente (10%).

Se por um lado existe o reconhecimento dos enfermeiros da importância do cuidar espiritual, por outro lado também existe uma ambiguidade na compreensão das funções destes profissionais de saúde a esse respeito e do que vai para além das suas funções<sup>27</sup>. Assiste-se a uma tendência de delegar o cuidar espiritual para o líder religioso<sup>14,20</sup>, o que é corroborado por outras pesquisas<sup>28-30</sup>. Destacam-se algumas situações em que os enfermeiros pedem colaboração a outros profissionais por não terem habilidade para lidar com assuntos espirituais<sup>14-15</sup> como assistente social<sup>14</sup> ou, ainda, haver dificuldade em identificar o profissional mais competente para responder a essas questões<sup>16</sup>. No estudo de Lukovsky et. al<sup>20</sup>, 22% dos enfermeiros referiram que seria o capelão o principal prestador de cuidados espirituais, enquanto os restantes consideraram que deveria ser prestado por toda a equipa. Este último resultado vai ao encontro dos resultados de um estudo, que foi realizado com objetivo de conhecer a perceção dos profissionais de saúde em relação ao cuidado espiritual, tendo se constatando que estes consideram necessária a implicação de toda a equipa para deteção das necessidades espirituais e/ou religiosas<sup>25</sup>. De facto, a colaboração entre enfermeiros e capelães é essencial para fornecer apoio espiritual nas instituições de saúde<sup>31</sup> e há dificuldade em prestar apoio espiritual na ausência de capelão no seio das equipas<sup>32</sup>. Sem dúvida, que o serviço de apoio espiritual e religioso constitui-se num elo da equipa multidisciplinar que assegura a atenção integral<sup>33</sup> da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada e melhora a qualidade assistencial<sup>33</sup>.

A dificuldade relativa à falta de formação foi a mais vincada nos resultados desta *scoping review*<sup>8,14-20</sup>. O cuidar espiritual foi descrito como algo difícil<sup>14-16,18</sup>. De facto é vasta a literatura que nos remete para a falta de formação como uma barreira decisiva e impeditiva dos enfermeiros fornecerem cuidados espirituais<sup>18,20-21,26,34-37</sup>.

Em contrapartida, no estudo de Lukovsky et. al<sup>20</sup>, a grande maioria dos inquiridos (91,6%) considerou que os enfermeiros receberam instrução e formação suficientes sobre questões relativas aos cuidados espirituais e 64,9% responderam que são capazes de satisfazer as necessidades espirituais da pessoa doente. Estes resultados demonstram que os enfermeiros que têm formação em assuntos espirituais estão mais confortáveis dentro do domínio espiritual. Igualmente Zumstein-Shaha, Ferrell e Economou<sup>16</sup>, verificaram que os enfermeiros que apresentavam formação em cuidados espirituais realizavam cuidados espirituais com mais regularidade e Kang et. al<sup>18</sup>, constataram que os enfermeiros com mestrado eram mais competentes em cuidados espirituais. Através destes resultados podemos atestar que a falta de formação é a principal causa das dificuldades na integração dos cuidados espirituais como resposta às necessidades da pessoa em situação paliativa. No entanto, estas barreiras podem

ser ultrapassadas pelos profissionais de saúde à medida que apostam na vertente formativa<sup>21,34-36</sup>. Apesar da falta de formação ser uma realidade evidenciada nesta *scoping review*<sup>8,14-20</sup>, é relatada também a vontade dos enfermeiros quererem investir na formação em espiritualidade<sup>8</sup>. No mesmo sentido, o estudo de Farahani et. al<sup>37</sup> e de Silvermann et. al<sup>38</sup> demonstram situações semelhantes. O de Farahani et. al<sup>37</sup> refere que 75% dos enfermeiros estavam dispostos a participar em cursos de formação sobre cuidado espiritual e o de Silbermann et. al<sup>38</sup> que 68% dos participantes manifestaram interesse em evoluir do ponto de vista formativo relativamente a esta temática. Assim, é urgente a integração da espiritualidade nos currículos de enfermagem<sup>8,14-20,39</sup>, o que demonstra a importância e o reconhecimento da espiritualidade como dimensão humana a não descurar nos cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa em situação paliativa.

No estudo de Walker e Breitsameter<sup>17</sup> transparece a dificuldade em cuidar de pessoas com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada com religiões diferentes da religião do enfermeiro, pelo que a diversidade cultural pode ser encarada como uma limitação para a prestação do cuidar espiritual<sup>40</sup>. Deste modo, a formação acerca das várias culturas e religiões potencia a intervenção na dimensão da espiritualidade<sup>41</sup>. Por outro lado, a confusão de conceitos entre religião e espiritualidade também pode estar no cerne desta limitação<sup>21,42</sup>, pelo que o cuidar espiritual da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada pode ser influenciada pela própria espiritualidade do enfermeiro e pela formação sobre as diferenças religiosas, culturais e espirituais<sup>43</sup>. Mais uma vez se conclui que a formação é uma pedra basilar na capacitação dos enfermeiros para o cuidar espiritual. Porém, não suficiente<sup>17</sup>.

De acordo com os nossos resultados, os enfermeiros manifestam que lhes é difícil fornecer cuidados espirituais às pessoas com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, pois eles próprios não são capazes de refletir suficientemente sobre a sua espiritualidade<sup>18</sup>. Os resultados obtidos vão ao encontro de diversos estudos<sup>44</sup>, que revelaram que quanto mais avançada for a saúde espiritual dos enfermeiros, melhor será a sua atitude em relação ao cuidar espiritual. Assim, a disposição para o enfermeiro prestar cuidados espirituais é influenciada pelo seu autoconhecimento espiritual e os que se preocupam com os seus aspetos espirituais prestam melhores cuidados espirituais<sup>45</sup>. Parece que uma maior consciência do “eu” espiritual possa ser um passo fundamental para os enfermeiros se interessarem pelas questões espirituais e ter mais competência para intervenção na dimensão da espiritualidade.

Outra dificuldade para o cuidar espiritual em CP prende-se com a falta de tempo, sendo referido em vários estudos desta *scoping review*<sup>8,12,15-18</sup>. Num estudo de Farahani et. al<sup>37</sup>

realizado no Irão com o objetivo de examinar as barreiras para a implementação do cuidar espiritual, o fator impeditivo com score mais alto consistia na falta de tempo. Nesse mesmo estudo, a falta de tempo é justificada pela escassez de enfermeiros no Irão, afetando a qualidade no atendimento, pelo que se cingem aos cuidados ditos essenciais<sup>37</sup>. Nos resultados dos estudos da *scoping review* foram conferidas situações semelhantes, em que as práticas espirituais não eram incentivadas pelos rácios enfermeiro-pessoa doente elevados<sup>15,18</sup>, pela falta de tempo para conversarem com a pessoa doente sobre estas questões<sup>16</sup>, por terem que dar resposta a outras intervenções que são esperadas da classe de enfermagem<sup>8</sup> e pelo tempo ser despendido em aspetos mais práticos<sup>17</sup>. Outros autores corroboram que a falta de tempo constitui uma dificuldade no cuidar espiritual<sup>34-35,46-47</sup>.

Também a falta de confiança em abordar a dimensão da espiritualidade por parte dos enfermeiros emergiu da análise de estudos selecionados<sup>12,14,16</sup>. No estudo de Viftrup et. al<sup>12</sup> e de Siler et. al<sup>14</sup>, os enfermeiros sentiam-se mais confortáveis em cuidar dos aspetos físicos, assim como na investigação de Zumstein-Shaha, Ferrell e Economou<sup>16</sup> que se constatou falta de confiança em cuidar dos aspetos espirituais. Surgiram, ainda, termos como “hesitações” e “inseguranças” na abordagem de questões espirituais<sup>12</sup>, termos estes que denunciam desconforto e pouco à vontade na realização desta intervenção. Percebe-se que esta falta de confiança dos enfermeiros no cuidar espiritual está relacionada com a falta de formação, uma vez que os estudos supracitados que abordam esta dificuldade<sup>12,14,16</sup> também têm subjacente e como resultados, a necessidade de evoluírem do ponto de vista formativo. A falta de confiança dos enfermeiros em abordar estas questões também foi detetada num estudo de Christensen e Turner<sup>28</sup> e foi decorrente destes profissionais considerarem que a esfera espiritual seria um assunto privado, o que também é abordado por outras pesquisas<sup>16,37,40,47</sup>.

Da mesma forma que a falta de confiança interfere na prestação de cuidados espirituais, também o próprio sistema de crenças do enfermeiro pode ter implicações a este nível, podendo levar a situações de evitamento por parte do profissional<sup>13,16</sup>. As atitudes dos enfermeiros em relação à finitude da vida também podem estar relacionadas com sentimentos de tristeza, frustração e evitamento, através do referido pelos participantes do estudo de Fay e Oboyle<sup>13</sup>. Neste mesmo estudo<sup>13</sup>, dois enfermeiros admitiram o desejo de se afastarem das pessoas doentes como método de autoproteção. Este evitamento por parte dos profissionais em prestar cuidados espirituais à pessoa doente em fim de vida é corroborado por outros autores<sup>48-49</sup>, sendo situações geradoras de

sentimentos de impotência e de fracasso devido à inevitabilidade da morte e de distanciamento<sup>50</sup>.

O estudo de Kudubes et. al<sup>39</sup>, demonstrou uma correlação negativa entre o comportamento de fuga e as percepções dos enfermeiros sobre o cuidado espiritual. Também os estudos de Zyga et. al<sup>51</sup> e Cevik e Kav<sup>52</sup> chegaram aos mesmos resultados. Assim, de modo a haver mudanças positivas na atitude dos enfermeiros em relação à morte e à percepção do cuidado espiritual, torna-se importante a existência de programas de formação<sup>39</sup>.

A referenciação tardia para os CP como limitador para o cuidar espiritual também foi identificada pelos estudos de Viftrup et. al<sup>12</sup> e de Walker e Breitsameter<sup>17</sup>. Verificou-se, nestes mesmos estudos<sup>12,17</sup>, que as pessoas doentes morriam antes dos enfermeiros terem tempo de os conhecerem suficientemente para atenderem às necessidades espirituais. O estabelecimento de uma relação terapêutica e empática facilita a compreensão destas mesmas necessidades espirituais<sup>53</sup>.

Por último, as lacunas a nível organizacional e institucional foram identificadas como obstáculos ao cuidar espiritual em CP. No estudo de Zumstein-Shaha, Ferrell e Economou<sup>29</sup> identificaram-se relatos de que a espiritualidade nunca é abordada e que nem a religião nem a espiritualidade eram consideradas questões importantes dentro das instituições, não estando integrada nas “rotinas” de trabalho<sup>19</sup>. No estudo de Walker e Breitsameter<sup>30</sup>, quando questionados de quanta importância é atribuída à espiritualidade na prática diária dos cuidados hospitalares, os enfermeiros relataram que não têm o valor que se poderia esperar e que o tempo é gasto em intervir em aspetos relacionados com a dimensão física<sup>30</sup>. Desta forma, a falta de sensibilidade institucional acaba por interferir na prestação de cuidados espirituais<sup>34</sup>, pelo que os CP devem-se configurar numa abordagem regulada pela humanização e solidariedade por parte de quem os presta<sup>92</sup>.

Na presente *scoping review* identificamos algumas limitações, como a inclusão apenas de estudos publicados em português, espanhol e inglês. Assim, estudos publicados noutros idiomas também poderiam ter fornecido dados importantes. Também, caso tivéssemos acesso a outros estudos para além dos de acesso integral, poderíamos ter alcançado outras dificuldades por parte dos enfermeiros em abordar a espiritualidade em contexto de CP.

## CONCLUSÃO

O cuidar da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada cria um ambiente altamente complexo nos serviços de saúde e requer profissionais com competência para lidar com a multidimensionalidade das necessidades da pessoa doente e suas famílias, entre as quais, as necessidades espirituais. Os principais motivos para os profissionais de enfermagem não darem resposta às necessidades espirituais da pessoa em situação paliativa prende-se, essencialmente, com a falta de formação. Soma-se a falta de confiança, a referenciação tardia para os serviços de CP, o evitamento por parte do enfermeiro em prestar cuidados espirituais, a falta de tempo, a espiritualidade dos enfermeiros pouco desenvolvida a falta de reconhecimento da organização da importância dos cuidados espirituais e as crenças diferentes entre enfermeiros e pessoa doente.

Em síntese, verifica-se a existência de várias dificuldades sentidas pelos enfermeiros no cuidar espiritual em CP, as quais gravitam à volta de 3 eixos: défices na formação, défices organizacionais e défices pessoais na forma de lidar com esta dimensão do cuidar.

É cada vez mais evidente a importância de sensibilizar os profissionais de saúde, em geral e dos enfermeiros em particular, para a relevância do cuidar espiritual em CP.

Neste sentido, é fundamental a existência de uma aposta mais consolidada no desenvolvimento de competências de um cuidar espiritual por parte, quer as instituições de ensino superior, quer as instituições de saúde, integrando esta dimensão do cuidar nos seus planos de estudos e na sua praxis respetivamente, possibilitando, desta forma, cuidados à pessoa em situação paliativa mais completos, éticos e humanos.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Internet]. 2020 out. [citado 25 set 2022]. Disponível em: <http://www.thewhpca.org>
2. Esperandio M, Leget C. Espiritualidade em cuidados paliativos: questão de saúde pública? Rev Bioética. 2020 Jul-Set [citado 18 Agosto 2022]; 28(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020283419>.
3. Fernandes de Oliveira F, Mangini Bocchi SC, Popim RC. Diagnóstico de enfermagem e o cuidado na dimensão espiritual: revisão integrativa. Nursing (São Paulo) [Internet]. 5º de agosto de 2020 [citado 3 de março de



- 2023];23(265):4141-50. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/624>
4. Gomes H, Borges M, Baptista G, Galvão A. A Relação De Ajuda Ao Doente Em Fim De Vida E Família. *Revista Studere Ciência & Desenvolvimento*. 2017 mai. [citado 19 Agosto 2022] 1 (1): 98–120. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14562/1/A%20RELAÇÃO%20DE%20AJUDA.pdf>
  5. Van Elk, Aleman A. Brain mechanisms in religion and spirituality: An integrative predictive processing framework. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017 fev; 73:359-78. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.12.031. PubMed PMID:28041787.
  6. Vincensi BB. Interconnections: Spirituality, Spiritual Care, and Patient-Centered Care. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019 Abr-Jun;6(2):104-110. doi: 10.4103/apjon.apjon\_48\_18. PubMed PMID: 30931353; PubMed Central PMCID: PMC6371669.
  7. Manchola C, Brazão E, Pulschen A, Santos M. Cuidados paliativos, espiritualidad y bioética narrativa en una unidad de salud especializada. *Rev. Bioét*. 2016 jan-abr [citado 18 Agosto 2022]; 24(1): 165–175. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241118>
  8. Navarro BG, Ortega AM, Navarro SG. Espiritualidade em Pacientes no Fim da Vida - É Necessário? Uma Abordagem Qualitativa para os Protagonistas. *Saúde Pública Ambiental*. 2022 dez [citado 20 Agosto 2022];19(1):227.doi: 10.3390/ijerph19010227.
  9. Demirbag, BC; Ozkan CG. Intervenções de enfermeiras hospitalares para as necessidades espirituais de pacientes na região oriental do Mar Negro da Turquia - Níger *J Clin Pract*. 2018 mai;21(5):624-631. doi: 10.4103/njcp.njcp\_62\_17. PubMed PMID:29735864.
  10. Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z; Tricco AC, Khalil H. Scoping Reviews In: Aromataris E, Munn Z. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. 2020 [citado 14 set 2022]. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
  11. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMAScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 out;169:467–473.doi: 10.7326/M18-0850.
  12. Viftrup D, Nissen R, Sondergaard J, Hvidt N. Four aspects of spiritual care: a phenomenological action research study on practicing and improving spiritual care at two Danish hospices. *Palliat Care Soc Pract*. 2021 out; 15. <https://doi.org/10.1177/26323524211050646>.

13. Fay Z, Oboyle C. How specialist palliative care nurses identify patients with existential distress and manage their needs. *Int J Palliat Nurs*. 2019 mai; 25(5):233-243. doi: 10.12968/ijpn.2019.25.5.233. PubMed PMID:31116658
14. Siler S, Mamier I, Winslow B, Ferrell B. Interprofessional Perspectives on Providing Spiritual Care for Patients With Lung Cancer in Outpatient Settings. *Oncol Nurs Forum*. 2019 Jan; 46(1): 49-58. <https://doi.org/10.1188/19.ONF.49-58.PubMed> PMID:30547964; PubMed Central PMCID: PMC7008957.
15. Evangelista C, Lopes M, Costa S, Batista P, Duarte M, Morais G et al. Nurses' performance in palliative care: spiritual care in the light of Theory of Human Caring. *Rev Bras Enferm*. 2021 mar;75(1):e20210029. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0029>
16. Zumstein-Shaha M, Ferrell B, Economou D. Nurses' response to spiritual needs of cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2020 Out; 48. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101792>.
17. Walker A, Breitsameter C. The Provision of Spiritual Care in Hospices: A Study in Four Hospices in North Rhine-Westphalia. *J Relig Health*. 2017 Dez; 56(6): 2237-2250. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0396-y>
18. Kang K, Chun J, Kim H, Kim H. Hospice palliative care nurses' perceptions of spiritual care and their spiritual care competence: A mixed-methods study. *J Clin Nurs*. 2021 abr; 30(7-8): 961-974. <https://doi.org/10.1111/jocn.15638>.
19. Oliveira L, Oliveira A, Ferreira M. Formação de enfermeiros e estratégias de ensino-aprendizagem sobre o tema da espiritualidade. *Escola Anna Nery*. 2021; 25(5). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0062>
20. Lukovsky J, McGrath E, Sun C, Frankl D, Beauchesne M. A Survey of Hospice and Palliative Care Nurses' and Holistic Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2021 fev; 23(1): 28-37. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000711>
21. Evangelista C, Lopes M, Costa S, Batista P, Batista J, Oliveira A. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2016, Jun; 69(3): 591-601. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324>
22. Kruizinga R, Scherer-Rath M, Schilderman HJBAM, Puchalski CM, Laarhoven HHWM. Toward a fully fledged integration of spiritual care and medical care. *J Pain Symptom Manage*. 2018 mar; 55(3):1035-1040. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.11.015. PubMed PMID:29169995.
23. Shah S, Frey R, Shipman K, Gardiner F, Milne H. A survey to explore health care staff perceptions of spirituality and care working in a single district area in New

- Zealand. Eur J Integr Med 2018 set; 22:1-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.eujim.2018.07.006>
24. Lazenby M. Understanding and addressing the religious and spiritual needs of advanced cancer patients. *Semin Oncol Nurs* 2018 agosto; 34(3): DOI: 10.1016/j.soncn.2018.06.008. PubMed PMID:29169995.
  25. Tarrida ACL, Romero VR, Martín TG. Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Rev Esp Salud Pública*. 2020 nov [citado 21 out 2022]; 94:e202001002. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272020000100083](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272020000100083).
  26. Santos PM, Rodrigues KS, Pinheiro LA, Santana BS, Ipólito MZ, Márcia MCSM. Apoio religioso e espiritual na concepção de enfermeiros e familiares de pacientes críticos: um estudo transversal. *Rev Esc Enferm USP*. 2021 out; 55:e20200508. [doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0508](https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0508).
  27. Sanders L, Kopis S, Moen C, Pobanz A, Volk F. Perceptions of Spirituality and Spiritual Care in Religious Nurses. *J Christ Nurs*. 2016; 33(4). doi:10.4103/0973-1075.173949. PubMed PMID:26962280; PubMed Central PMCID: PMC4768449.
  28. Christensen KH, Turner DS. Spiritual care perspectives of danish registered nurses. *Journal of Holistic Nursing*. 2008 mar [citado 25 out 2022]; 26(1): 7–14. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0898010107301869>.
  29. Vlasblom JP, Van der Steen JT, Walton MN, Jochemsen H. Effects of nurses' screening of spiritual needs of hospitalized patients on consultation and perceived nurses' support and patients' spiritual well-being. *Holist Nurs Pract*. 2015 nov-dez; 29(6):346-56. doi: 10.1097/HNP.000000000000111. PubMed PMID:26465624.
  30. Kaddourah B, Abu-Shaheen A, Al-Tannir M. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care at five tertiary care hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Oman Med J* 2018 mar; 33(2):154-8. doi: 10.5001/omj.2018.28. PubMed PMID: 29657685; PubMed Central PMCID: PMC5889832.
  31. Taylor, Elizabeth Johnston; Li, Angela H. Healthcare Chaplains' Perspectives on Nurse–Chaplain Collaboration: An Online Survey. *J Religion Health*. 2020 abr; 59(2): 625-638. Doi: 10.1007/s10943-019-00974-9.
  32. Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Nikanfar AR, Alavi-Majd H, Mirza-Ahmadi F, et al. Spirituality in Cancer Care: A Qualitative Study. *J Q Res Health Sci* 2014 jan [citado 25 out 2022];2:366-78. Disponível em:

- [https://www.researchgate.net/publication/260749499\\_Spirituality\\_in\\_Cancer\\_Care\\_A\\_Qualitative\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/260749499_Spirituality_in_Cancer_Care_A_Qualitative_Study).
33. Astrow AB, Kwok G, Sharma RK, Fromer, N, Sulmasy DP. Spiritual Needs and Perception of Quality of Care and Satisfaction With Care in Hematology/Medical Oncology Patients: A Multicultural Assessment. *J Pain Symptom Manage*. 2018 jan;55(1):56-64. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.08.009.
  34. Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, Epstein-Peterson ZD, Tseng YD, Mitchell C, et al. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J Pain Symptom Manage*. 2014 set;48(3):400-10. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020. PubMed PMID: 24480531; PubMed Central PMCID: PMC4569089.
  35. McCormick TR. Spirituality and medicine. UW Dept. of Bioethics & Humanities. 2014 abr. [citado 7 out 2022]. Disponível em: <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/spirit.html>.
  36. Rocha RCNP. Experiências e necessidades espirituais do familiar cuidador de paciente em atenção paliativa oncológica [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2017 [citado 4 nov 2022]. Disponível em: <https://bit.ly/2B34r9M>.
  37. Farahani AS, Rassouli M, Salmani N, Mojen LK, Sajjadi M, Heidarzadeh M, et al. Evaluation of Health-Care Providers' Perception of Spiritual Care and the Obstacles to Its Implementation. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2019 abr-jun; 6 (2):122-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6371665/>.
  38. Silbermann M, Fink RM, Min SJ, Mancuso MP, Brant J, Hajjar R, et al. Evaluating palliative care needs in Middle Eastern countries. *J Palliat Med* 2015 jan;18(1):18-25. doi: 10.1089/jpm.2014.0194. PMID: 25302525.
  39. Kudubes AA, Akil ZK, Bektas M, Bektas I. Nurses' Attitudes Towards Death and Their Effects on Spirituality and Spiritual Care. *Journal of Religion and Health*. 2021 out; 60:153–161. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00927-2>.
  40. Crize LB, Noguez PT, Oliveira SG, Bezerra, BCC. Espiritualidade no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico em cuidados paliativos. *Salusvita*. 2018 set [citado 4 nov 2022]; 37(3):577-597. Disponível em: [https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v37\\_n3\\_2018/salusvita\\_v37\\_n3\\_2018\\_art\\_08.pdf](https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n3_2018/salusvita_v37_n3_2018_art_08.pdf)
  41. Lundberg PC, Kerdonfag P. Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*. 2010 mar;19(7–8):1121–1128. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03072.x>.

42. Correa, DAM. O cuidado espiritual na enfermagem. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. Quem cuida de quem cuida? 3a. ed. (2013) Porto Alegre: Moriá, p.39-54, 2013. ISBN 978-85-99238-08-3
43. Silva OEM, Abdala GA, Silva, IA, Meira MDD. Spiritual Care In Nursing Practice: Nurses' Perception. J Nurs UFPE. 2015 ago; 9(8):8817-23. doi: 10.5205/reuol.7696-67533-1-SP-1.0908201508.
44. Jafari M, Khoshknab MF. Competence in providing spiritual care and its relationship with spiritual well-being among Iranian nurses. J Edu Health Promot 2021 out; 29 (10):388. doi: 10.4103/jehp.jehp\_203\_21. PubMed PMID: 34912924; PubMed Central PMCID: PMC8641701.
45. Mehdipoorkorani L, Bahrami M, Mosavizade R. Impact of a spiritual care program on spiritual wellbeing of oncology nurses: A randomized clinical trial. Iran J Nurs Midwifery Res 2019 [citado 10 nov 2022];24:38-43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6298161/>.
46. Rushton L. What are the barriers to spiritual care in a hospital setting? Br J Nurs 2014 abr;23(7):370-4. doi: 10.12968/bjon.2014.23.7.370. PubMed PMID: 18056237.
47. Selman LE, Brighton LJ, Sinclair S, Karvinen I, Egan R, Speck, P, Puchalski C, et al. Necessidades, experiências, preferências e prioridades de pesquisa de pacientes e cuidadores em cuidados espirituais: Um estudo de grupo focal em nove países. Medicina Paliativa. 2018; 32(1): 216-230. doi:10.1177/0269216317734954.
48. Santana JCB, Campos ACV, Barbosa BDG, Baldessari CEF, Paula KFP, Rezende MAF et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem. Rev Bioethikos. 2009 [citado 10 nov 2022]; 3(1):77-86. Disponível em: <https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/68/77a86.pdf>. (48)
49. Swinton M, Giacomini M, Toledo F, Rose T, Brackenridge, TH, Boyle A, et al. Experiences and expressions of spirituality at the end of life in the intensive care unit. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2017; 195(2):198–204. doi: 10.1164/rccm.201606-1102OC.
50. Combinato DS, Queiroz MS. Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski. Ciênc saúde colet 2011 set;16(9):3893-900. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000025>.
51. Zyga S, Malliarou M, Lavdaniti M, Athanasopoulou M, Sarafis P. Greek renal nurses' attitudes towards death. Journal of Renal Care. 2011 mai; 37(2):101–107. doi: 10.1111/j.1755-6686.2011.00210.x.

52. Cevik, B, Kav S. Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nurs.* 2013 nov-dez; 36(6);58–65. doi: 10.1097/NCC.0b013e318276924c. PubMed PMID: 23151504.
53. RassouliM, ZamanzadehV, GhahramanianA, AbbaszadehA, Alavi-Majd H, Nikanfar A, et al. Experiences of patients with cancer and their nurses on the conditions of spiritual care and spiritual interventions in oncology units. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2015 [citado 12 nov 2022];20:25-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4325410/>.

APÊNDICE S – Aprovação da publicação da *scoping review* na Revista Nursing



Revista Nursing Brasil via Editora MPM Comunicação <mpm@openjournalsolutions.com.br>  
para mim ▾



Prezado, Sofia Santos, Bruno Feiteira, Albertina Marques.

Temos a satisfação de comunicar que seu artigo "DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR ESPIRITUAL DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: UMA SCOPING REVIEW " foi aceito para publicação na **Nursing** (São Paulo)!

<b>Diretora Científica</b>	Parecer Ad hoc da Profa Dra Claudia Jaqueline Martinez Munhoz  Consideramos de extrema importância e o artigo está <b>aceito</b> .
----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## PARECER Revista Nursing

### PARECER CONSUBSTANCIADO 3063

<b>Identificação</b>	<b>Título do Artigo:</b> DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR ESPIRITUAL DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: UMA SCOPING REVIEW <b>Pesquisador responsável pelo Parecer:</b> Profa Dra Cláudia Jaqueline Martinez Munhoz
<b>Título e Resumo :</b>  O título está de acordo com as normas, o estudo e os objetivos propostos. Inserir Título em línguas. O Resumo está adequado com as normas, sugerimos apenas descrever o período em tempo ao invés de nos últimos cinco anos. Conforme foi adequado pela avaliadora no texto do resumo.	
<b>Introdução:</b>  A Introdução está de acordo com as normas, os objetivos propostos e da sustentação ao manuscrito.	
<b>Método:</b>  O Método está de acordo com os objetivos dentro do proposto pelo tipo de estudo.	
<b>Resultado:</b>  O Resultado se apresenta dentro das normas propostas.	
<b>Discussão:</b>  Está de acordo com o proposto pelo estudo e dentro das normas.	
<b>Conclusão:</b>  Está de acordo com o proposto pelo estudo e dentro das normas.	
<b>Referência:</b>  Está de acordo com o proposto pelo estudo e dentro das normas.	

VI - Parecer do Relator	Aprovado
-------------------------	----------

APÊNDICE T - Instrumento para seleção final dos artigos

<b>N o</b>	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Critérios</b>	<b>Se excluído, porquê?</b>
1			População: Conceito: Contexto:	
2			População: Conceito: Contexto:	
3			População: Conceito: Contexto:	
4			População: Conceito: Contexto:	
5			População: Conceito: Contexto:	
6			População: Conceito: Contexto:	
7			População: Conceito: Contexto:	
...			População: Conceito: Contexto:	
55			População: Conceito: Contexto:	

APÊNDICE U– Instrumento para elaborar as fichas de leituras

Nome do Artigo	
Autores	
Ano	
País	
Objetivo	
Tipo de estudo	
Amostra	
Instrumentos	
Resultados	
Conclusões	



ANEXO A – Procedimento de referência para a EIHSCP

## Guia para referenciação

### Que doentes podem ser referenciados?

Adultos (mais de 18 anos de idade)

Com doença:

- Incurável;
- Avançada ou progressiva;
- Causadora de sofrimento;
- Oncológica ou não;
- Com complexidade clínica.

### Que tipologias dispõe?

Consulta Externa;  
Consulta Interna (internamento);  
Consulta Telefónica.

### Quem pode referenciar?

Equipa Médica do CHVNG/E  
Equipa Médica ACES Gaia e ACES Gaia/Espinho  
(via pedido informal)

## Como se pode referenciar à EIHS CP?

### Pedido informal

- 1) Diagnóstico(s) e necessidades identificadas
- 2) Motivo do pedido de observação (um ou mais dos seguintes):
  - Controlo sintomático: dor, cansaço, sonolência, anorexia, náusea/vómito, dispneia, depressão, ansiedade, entre outros;
  - Colaboração na organização de objetivos/ cuidados e ajuda na tomada de decisão: reanimação cardiorrespiratória, colocação de dispositivos médicos, nutrição/hidratação, suporte espiritual, entre outros;
  - Acompanhamento e apoio às pessoas significativas (familiares/cuidadores);
  - Suspeita de luto complicado/não adaptativo;
- 3) Doente e/ou família aceita seguimento pela EIHS CP

### Pedido formal

Se doente proveniente do(a):

Internamento » Pedido de colaboração interna - Consulta Cuidados Paliativos – Consulta Médica ( via S-Clinico®)  
Consulta Externa » Pedido de consulta externa - Consulta Cuidados Paliativos – Consulta Médica (via S-Clinico®)  
Comunidade » Pedido de consulta externa, via email: (eihscp@chvng.min-saude.pt)

*Cuidamos de si.*



ANEXO B- Escalas para avaliação da dimensão espiritual validadas para a população portuguesa

**DIRETÓRIO DE ESCALAS VALIDADAS PARA PORTUGUÊS EUROPEU** **Esperança**

Versão portuguesa			Versão Original		
Título	Autor	Objetivo	Referência bibliográfica da validação e localização do instrumento	Título	Autor / Referência bibliográfica de localização
Herth Hope Index – Caregiver– Versão Portuguesa (HHI-PT)	Rita Marques, Maria dos Anjos Dixe, Ana Querido, António Barbosa	Medir a esperança	<p>Viana APM. Avaliação da esperança em cuidados Paliativos: Tradução e Adaptação Cultural do Herth Hope Index. Investigação Quantitativa em Cuidados Paliativos. [Tese de Doutoramento]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. 2012</p> <p>Marques RMD. A promoção da esperança nos cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada Efetividade de um programa de promoção da esperança no conforto e na qualidade de Vida. [Tese de Doutoramento]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa - ICS. 2014</p>	Herth Hope Index (HHI)	<p>Kaye Herth</p> <p>Herth K. Abbreviated instrument to measure Hope: development and psychometric evaluation. J Adv Nurs 1992; 17(10):1251-9</p>

**DIRETÓRIO DE ESCALAS VALIDADAS PARA PORTUGUÊS EUROPEU**

**Espiritualidade**

Versão portuguesa			Versão Original		
Título	Autor	Objetivo	Referência bibliográfica da validação e localização do instrumento	Título	Autor / Referência bibliográfica de localização
Portuguese end of life spiritual comfort questionnaire	Sara Pinto, Sílvia Caldera, José Carlos Martins, Katharine Kolcaba	Avaliar a espiritualidade em fim de vida	Pinto SO, Berenguer SC, Martins JA, Kolcaba K. Cultural adaptation and validation of the Portuguese End of Life Spiritual Comfort Questionnaire in Palliative Care patients. <i>Porto Biomedical Journal</i> 2016;1(4):147-52 Disponível em: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S24444866416300496">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S24444866416300496</a> (Appendix A)	End of life spiritual comfort questionnaire in palliative care patients	Kathy Kolcaba <a href="https://www.thecomfortline.com">https://www.thecomfortline.com</a>
Questionário do Bem-estar espiritual (SWBQ)	MJ Gouveia, M Marques, JL Pais Ribeiro	Avaliar as quatro dimensões de bem-estar espiritual (pessoal, comunitária, ambiental e transcendental) e obter uma medida global de bem-estar espiritual resultante da adição dos diferentes domínios	Gouveia MJ, Marques M, Pais Ribeiro JL. Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura factorial. <i>Psicologia, Saúde &amp; Doenças</i> 2009;10(2):285-293. Disponível em: <a href="http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.1/12/1095/1/PSD%202009%2010%282%29%20285-293.pdf">http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.1/12/1095/1/PSD%202009%2010%282%29%20285-293.pdf</a>	Spiritual Well-being Questionnaire - SWBQ	R Gomez, J Fisher  Gomez R, Fisher J. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. <i>Personality and Individual Differences</i> 2003;35(8):1975-91. Disponível em: <a href="https://www.researchgate.net/profile/John_Fisher12/publication/256499063_Gomez_R_Fisher_JW_2003_Domains_of_spiritual_well-being_and_development_and_validation_of_the_Spiritual_Well-Being_Questionnaire_Personality_and_Individual_Differences_358_1975-1991/links/56c3df8008aee3dcd4167662/Gomez-R-Fisher-JW-2003-Domains-of-spiritual-well-being-and-development-and-validation-of-the-Spiritual-Well-Being-Questionnaire-Personality-and-Individual-Differences-358-1975-1991.pdf">https://www.researchgate.net/profile/John_Fisher12/publication/256499063_Gomez_R_Fisher_JW_2003_Domains_of_spiritual_well-being_and_development_and_validation_of_the_Spiritual_Well-Being_Questionnaire_Personality_and_Individual_Differences_358_1975-1991/links/56c3df8008aee3dcd4167662/Gomez-R-Fisher-JW-2003-Domains-of-spiritual-well-being-and-development-and-validation-of-the-Spiritual-Well-Being-Questionnaire-Personality-and-Individual-Differences-358-1975-1991.pdf</a>
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being (FACIT-Sp-12)	Filomena Pereira, Célia Santos	Avaliar o bem-estar espiritual em doentes oncológicos em fase final de vida	Instrumento disponível a pedido ( <a href="mailto:mjgouveia@ispa.pt">mjgouveia@ispa.pt</a> )  <a href="https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.1/4/12537">https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.1/4/12537</a>	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being (FACIT-Sp-12)	AH Peterman, G Fitchett, MJ Brady, L Hernandez, D Cella  Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy-Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). <i>Ann Behav Med</i> 2002 Winter;24(1):49-58
Questionário GES: Avaliação de recursos e necessidades espirituais	OPCP (Diana Manso)	Avaliar de recursos e necessidades espirituais	PDF do instrumento disponível no diretório <a href="https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/5501/file">https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/5501/file</a>	Questionário GES: Avaliação de recursos e necessidades espirituais	Grupo Espiritualidade SECPAL  <a href="https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2019/01/Questionario-GES.pdf">https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2019/01/Questionario-GES.pdf</a>

ANEXO C – Email com autorização da utilização da escala herth hope index

## Escala Herth Hope Index - validada para população portuguesa

Caixa de entrada x



**Sofia Santos** <sofiasantos1717@gmail.com>  
para ana.querido, Bruno ▾

domingo, 29/05, 18:10 (há 14 horas)



Boa Tarde Doutora Ana Querido,

Envio-lhe este e-mail enquanto aluna da Especialidade em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo e de momento a estagiar na EISHCP de Cuidados Paliativos do CHVNG. O tema do Relatório de Estágio é acerca da dimensão da espiritualidade em CP.

Envio este email no sentido de solicitar à Doutora Ana Querido se me poderia facultar a Escala Herth Hope Index - validada para população portuguesa, de modo a realizar uma formação e dar a conhecer os itens da escala aos profissionais do serviço de Cuidados Paliativos, para que possam utilizá-la na avaliação desta dimensão tão importante e tão descorada ainda.

Desde já agradeço muito a sua atenção,

Cumprimentos,

Enª Sofia Santos

Enfermeira  
Cédula Profissional nº85510

**Ana Isabel Fernandes Querido**

para mim, Bruno ▾

Boa noite Sofia

02:21 (há 6 horas)



Antes de mais agradeço o seu interesse no tema da esperança e em particular na escala de esperança de Herth.  
Envio a versão validada para a doença crónica e a versão validada para cuidados paliativos.  
Votos de muito sucesso para o seu trabalho!

Com os melhores cumprimentos

**Ana Querido**

Professora Adjunta | Associate Professor  
Departamento de Ciências de Enfermagem |  
Nursing Department  
Telef: 917682279 / 966036420  
Phone: +351917682279 / +351966036420

ANEXO D - Divulgação da formação pela unidade hospitalar

## FORMAÇÃO “ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS” | INSCRIÇÕES ABERTAS

Eventos internos 2022-07-13



O centro de formação do [redacted] irá promover um curso de formação contínua, extra plano de formação, subordinado ao tema “Espiritualidade em Cuidados Paliativos”. Esta ação de formação destina-se a todos os colaboradores e decorrerá via aplicação Zoom, no próximo dia 20 de julho 2022, das 17h às 18:30h.

A inscrição deverá ser realizada aqui, sendo que o link de participação ser-lhe-á enviado para o email que introduzir neste formulário, 30 minutos antes do início da sessão.

Ao continuar a utilizar o nosso website está a concordar com a nossa política de privacidade.

[Concordar](#)

ANEXO E – Escala Herth Hope Index



**ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH – (HHI-PT)**

Data \_\_\_\_\_

Código \_\_\_\_\_

Em baixo estão listadas várias afirmações.

Leia cada afirmação e coloque um [X] na caixa que descreve quanto concorda com essa afirmação neste preciso momento

	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
1. Tenho uma atitude positiva perante a vida.				
2. Tenho objectivos a curto, médio e /ou a longo prazo.				
3. Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades.				
4. Tenho uma fé que me dá conforto.				
5. Tenho uma profunda força interior.				
6. Sou capaz de dar e receber carinho/amor.				
7. A minha vida tem um rumo.				
8. Acredito que cada dia tem potencial.				
9. Sinto que a minha vida tem valor e mérito.				

© 1989 Kaye Herth (1999)

2010 - Versão Portuguesa traduzida e adaptada por Andreia Viana; António Barbosa; Maria dos Anjos Dixe; Ana Querido

ANEXO F - Atribuições do enfermeiro dinamizador dos sistemas de informação em  
enfermagem

	<b>Atribuições do enfermeiro dinamizador dos sistemas de informação em enfermagem</b>	Grupo SIE.IT.01
		Página 1 de 1

### 1. Objetivos

- a) Descrever as atribuições do enfermeiro dinamizador dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE).

### 2. Descrição

- a) Compete ao enfermeiro dinamizador dos SIE:
- Identificar, em articulação com o enfermeiro chefe e o enfermeiro formador do serviço, as necessidades de formação no âmbito dos SIE.
  - Colaborar na formação em serviço relativa aos SIE.
  - Promover o esclarecimento de dúvidas relativamente à documentação de Enfermagem.
  - Acompanhar a evolução dos SIE, mantendo a equipa de Enfermagem informada.
  - Coadjuvar o enfermeiro chefe nas auditorias internas à documentação de Enfermagem, com a periodicidade em vigor no serviço.
  - Apresentar, em articulação com o enfermeiro chefe, os resultados das auditorias à equipa de Enfermagem.
  - Articular com o enfermeiro chefe e com o Grupo de SIE as não conformidades detetadas no âmbito das auditorias efetuadas.
  - Colaborar com o Grupo SIE e com o serviço no processo de melhoria contínua da documentação produzida pelos enfermeiros do seu serviço/unidade.
  - Participar de forma pró-ativa nas reuniões e formações promovidas pela instituição e pelo Grupo de SIE.
  - Identificar, conjuntamente com o enfermeiro chefe, as necessidades relativas à parametrização, a falhas e erros do sistema, organizando e sistematizando essa informação, e reportar ao Grupo de SIE.
  - Promover o registo da atividade assistencial de Enfermagem no serviço, no sentido de viabilizar a produção de indicadores nos diferentes contextos.
  - Participar noutras atividades pertinentes para o serviço no âmbito dos SIE.

### 3. Alteração ao documento

Edição	Revisão	Data	Alterações
1	0	dd.mm.aaaa	Não aplicável

Elaborado		Validado		Aprovado	
Data: 24.07.2017	Grupo de sistemas de informação em enfermagem	Data: 28.08.2017	Enfermeira Supervisora  Enfermeira Supervisora	Data: 28.08.2017	Enfermeira Diretora  Enfermeira Diretora