



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# **Intervenção do Enfermeiro Especialista em Cuidados Paliativos: Um Olhar sobre o Percurso**

**Estágio de Natureza Profissional**



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Lara Katarina Pereira Alves

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

## **Intervenção do Enfermeiro Especialista em Cuidados Paliativos: Um Olhar sobre o Percurso**

**Estágio de Natureza Profissional**

Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Trabalho efetuado sob a orientação de: Professora Doutora Albertina Marques e Doutor Bruno  
Feiteira

Março, 2025

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Albertina Marques e ao Doutor Bruno Feiteira pelo vosso empenho, pelo vosso acompanhamento ao longo destes meses, pelas orientações sábias e motivação, sem dúvida que o interesse, a preocupação e disponibilidade foram determinantes na realização deste percurso.

Ao Serviço Integrado de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde, em especial à Enfermeira Tutora Aurora Viana, pelo acolhimento, pela troca de experiências, pelos momentos de discussão e, acima de tudo, por ser uma inspiração.

À minha família por serem a minha força e apoio.

Aos meus amigos pelas palavras sábias e confiança nos momentos de incerteza.

Ao meu filho António, por ter sido a força de que necessitava para a realização e conclusão desde trajeto.

À equipa de enfermagem da Unidade Longa Duração da Santa Casa da Misericórdia, onde exerço, em especial à enfermeira Vânia Afonso, diretora técnica, por todo o apoio e colaboração para este processo.

Por fim, mas não menos importante, aos doentes e famílias pela oportunidade de fazer parte das suas vidas, por todos os dias me ensinarem algo e por me inspirarem profundamente com gratidão a exercer este trabalho.

## **PENSAMENTO**

“O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida.”

*Cincely Saunders*

## RESUMO

O aumento da esperança média de vida leva a uma maior prevalência das doenças crónicas e degenerativas, tornando-se assim urgente a mudança do paradigma do cuidar. Apesar de se viver mais tempo não é proporcional no tempo o conceito de que se vive melhor. Sendo o fim de vida inevitável, torna-se essencial que, passemos a olhar para a multidimensionalidade do doente que é portador de uma doença incurável e/ou grave e progressiva, com um olhar diferente e foco na promoção do conforto, bem-estar e qualidade de vida. Deste contexto, para dar resposta a esta problemática, emergem os Cuidados Paliativos com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes em situação paliativa e suas famílias.

Assim sendo, optou-se pela realização de um Estágio de Natureza Profissional num Serviço Integrado de Cuidados Paliativos com objetivo de desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa. O presente relatório apresenta a descrição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas e as competências adquiridas ao longo do Estágio de Natureza Profissional, apresentando como grande destaque, um estudo primário com o título: “Intervenção do Enfermeiro Especialista nas Unidades de Longa Duração”.

Das atividades e competências desenvolvidas destacam-se o planeamento de duas formações em contexto de trabalho, subordinadas aos temas identificados como necessidade: “Espiritualidade em Cuidados Paliativos” e “Processo de Luto em Cuidados Paliativos”. Na área da gestão de cuidados destaca-se a elaboração de um protocolo designadamente: “Protocolo de Articulação com Equipas Envolvidas na Prestação de Cuidados a Doentes Acompanhados pelo SICP”. E, a revisão de um protocolo já existente, com o título “Protocolo de Apoio Telefónico”.

Face à necessidade encontrada em melhorar a eficácia da articulação do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos com as Unidades de Longa Duração e Manutenção, aliada a um particular interesse pessoal na área, surge o estudo primário referido, com o objetivo de conhecer a perceção dos enfermeiros especialistas do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos sobre a sua intervenção nas Unidades de Longa Duração e Manutenção.

Quanto ao cuidar do doente em situação paliativa/família, desenvolveram-se competências especializadas técnico-científicas, éticas e humanas atendendo às dimensões: comunicação, trabalho em equipa, gestão de sintomas e apoio familiar, competências sustentadas nas atividades realizadas e experiências vivenciadas.

Este relatório transparece a necessidade sentida de melhorar a eficácia da articulação do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos e as Unidades de Longa Duração e Manutenção e ainda conclui, algumas estratégias/sugestões de melhoria para a alcançar.

Descritores: **Cuidados Paliativos; Cuidados de Enfermagem; Enfermeiros especialistas.**

## **ABSTRACT**

The increase in average life expectancy has led to a greater prevalence of chronic and degenerative diseases, making it urgent to change the paradigm of care. Despite living longer, the concept of living better is not proportional in time. As the end of life is inevitable, it is essential that we start to look at the multidimensionality of the person who has an incurable and/or serious and progressive illness, with a distinct perspective and a focus on promoting comfort, well-being and quality of life. From this context, Palliative Care emerged to respond to this problem, with the aim of improving the quality of life of people in a palliative situation and their families.

Therefore, it was decided to carry out a Professional Internship in an Integrated Palliative Care Service with the aim of developing the common and specific competences of a specialist nurse in the area of palliative care nursing.

This report presents a description and critical-reflective analysis of the activities carried out and the skills acquired during the Professional Internship, highlighting a primary study entitled: “Intervention by Specialist Nurses in Long-Stay Units”.

Among the activities and skills developed, we would highlight the planning of two work-based training courses on topics identified as a need: “Spirituality in Palliative Care” and “The Bereavement Process in Palliative Care”. In the area of care management, a protocol was drawn up, namely: “Protocol for Articulation with Teams Involved in Providing Care to Patients Monitored by the SICP”. And the revision of an existing protocol entitled “Telephone support protocol”.

In view of the need to improve the effectiveness of the Integrated Palliative Care Service's coordination with the Long Term Care and Maintenance Units, together with a particular personal interest in the area, the above-mentioned primary study was carried out with the aim of finding out the perception of specialist nurses from the Integrated Palliative Care Service about their intervention in the Long Term Care and Maintenance Units.

In terms of caring for people in a palliative situation/family, specialized technical-scientific, ethical and human skills were developed, taking into account the following dimensions: communication, teamwork, symptom management and family support, skills supported by the activities carried out and experiences had.

This report reveals the need to improve the effectiveness of the link between the Integrated Palliative Care Service and the Long Term Care and Maintenance Units and concludes with some strategies/ Improvement suggestions to achieve this.

Descriptors: **Palliative Care; Nursing Care; Nurse Specialists.**

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

OMS- Organização Mundial de Saúde

CP -Cuidados Paliativos

ECP - Equipa de Cuidados Paliativos

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

OE-Ordem dos Enfermeiros

ENP- Estágio de Natureza Profissional

ULS - Unidade Local de Saúde

SICP- Serviço Integrado de Cuidados Paliativos

RNCP- Rede Nacional de Cuidados Paliativos

EISCP- Equipa Intra Hospitalar de Suporte e Cuidados Paliativos

CF- Conferências Familiares

EHSCP -Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ECSCP -Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

PNCP - Programa Nacional de Cuidados Paliativos

RNCCI - rede nacional de cuidados continuados integrados

INE-Instituto Nacional de Estatística

PNS - Plano Nacional de Saúde

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

PEDCP - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

UCCI - Unidades de Cuidados Continuados Integrados

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                              |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>AGRADECIMENTOS.....</b>                                                                                                                                   | <b>II</b>   |
| <b>PENSAMENTO .....</b>                                                                                                                                      | <b>III</b>  |
| <b>RESUMO.....</b>                                                                                                                                           | <b>IV</b>   |
| <b>ABSTRACT.....</b>                                                                                                                                         | <b>VI</b>   |
| <b>ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....</b>                                                                                                                 | <b>VIII</b> |
| <b>SUMÁRIO .....</b>                                                                                                                                         | <b>IX</b>   |
| <b>ÍNDICE DE GRÁFICOS .....</b>                                                                                                                              | <b>11</b>   |
| <b>ÍNDICE DE QUADROS .....</b>                                                                                                                               | <b>12</b>   |
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                                                       | <b>13</b>   |
| <b>1. ENQUADRAMENTO TEORICO-CONCEPTUAL E CONTEXTUAL .....</b>                                                                                                | <b>19</b>   |
| 1.1. Teoria de Enfermagem: um referencial para uma prática humanizada.....                                                                                   | 22          |
| 1.2. Os Quatro Pilares dos Cuidados paliativos.....                                                                                                          | 23          |
| 1.3. A Rede Nacional de Cuidados Paliativos .....                                                                                                            | 28          |
| 1.4. A importância do percurso até ao estágio de Natureza Profissional.....                                                                                  | 29          |
| 1.5. O contexto do estágio de natureza Profissional: caracterização da Equipa de suporte em cuidados paliativos- Funcionamento e dinâmica .....              | 31          |
| <b>2. DAS ATIVIDADES REALIZADAS ÀS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....</b>                                                                                          | <b>34</b>   |
| 2.1. Competências específicas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa e família .....                                                           | 34          |
| 2.1.1. Competências comunicacionais e relacionais com o doente/cuidador/família em situação paliativa e equipa multidisciplinar .....                        | 35          |
| 2.1.2. Competências técnico-científicas e humanas na avaliação e controlo de sintomas ao doente em situação paliativa .....                                  | 40          |
| 2.1.3. Competências técnico-científicas e humanas de apoio à família, incluindo o processo de luto.....                                                      | 42          |
| 2.1.4. Competências inerentes ao trabalho em equipa.....                                                                                                     | 47          |
| 2.2. Competências comuns na área da enfermagem Especializada .....                                                                                           | 49          |
| 2.2.1. Competências no Domínio da Responsabilidade Profissional e Ética e Legal .....                                                                        | 50          |
| 2.2.2. Competências do Domínio da Melhoria Contínua de Qualidade: Formação.....                                                                              | 55          |
| 2.2.3. Competências do Domínio da Melhoria Contínua de Qualidade: Gestão de Cuidados.....                                                                    | 62          |
| 2.3. Competências de investigação em enfermagem - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Cuidados Paliativos nas Unidades Longa Duração e Manutenção..... | 65          |
| 2.3.1. Justificação da problemática .....                                                                                                                    | 65          |
| 2.3.2. Tipo de Estudo.....                                                                                                                                   | 69          |
| 2.3.3. Recolha de dados .....                                                                                                                                | 69          |
| 2.3.4. Análise de dados .....                                                                                                                                | 70          |

|                                                                                                                               |                                         |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------|
| 2.3.5.                                                                                                                        | Contexto e Participantes .....          | 71         |
| 2.3.6.                                                                                                                        | Procedimentos Éticos.....               | 72         |
| 2.3.7.                                                                                                                        | Apresentação dos Resultados.....        | 72         |
| 2.3.8.                                                                                                                        | Discussão dos resultados.....           | 94         |
| 2.3.9.                                                                                                                        | Conclusões e Limitações do Estudo ..... | 102        |
| <b>CONCLUSÕES .....</b>                                                                                                       |                                         | <b>105</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                                                                                        |                                         | <b>108</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                                                            |                                         | <b>118</b> |
| Anexo I – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO TELEFÔNICO .....                                                                           |                                         | 119        |
| <b>APÊNDICES .....</b>                                                                                                        |                                         | <b>8</b>   |
| Apêndice I- Planeamento da sessão De Formação -Espiritualidade em Cuidados paliativos.....                                    |                                         | 9          |
| Apêndice II- Planeamento da sessão De Formação- O processo de Luto em Cuidados Paliativos.....                                |                                         | 11         |
| Apêndice III- Plano de Sessão: Espiritualidade em Cuidados Paliativos .....                                                   |                                         | 13         |
| Apêndice III- Plano de Sessão: O Processo de Luto em Cuidados Paliativos.....                                                 |                                         | 16         |
| Apêndice v- Questionário de Avaliação Da Satisfação da Sessão .....                                                           |                                         | 19         |
| Apêndice VI – Protocolo de Articulação com Equipas Envolvidas na Prestação de Cuidados a Doentes Acompanhados pelo SICP ..... |                                         | 21         |
| Apêndice VII – Guião De Entrevista .....                                                                                      |                                         | 25         |
| Apêndice VIII – Consentimento Informado .....                                                                                 |                                         | 29         |

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Espiritualidade em CP-  
pergunta 1

Gráfico 2- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Espiritualidade em CP-  
pergunta 2

Gráfico 3- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Espiritualidade em CP-  
pergunta 3

Gráfico 4- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Espiritualidade em CP-  
pergunta 4

Gráfico 5- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Espiritualidade em CP-  
pergunta 5

Gráfico 6- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Processo de Luto em CP-  
pergunta 1

Gráfico 7- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Processo de Luto em CP-  
pergunta 2

Gráfico 8- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Processo de Luto em CP-  
pergunta 3

Gráfico 9- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Processo de Luto em CP-  
pergunta 4

Gráfico 10- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Processo de Luto em CP-  
pergunta 5

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1- Áreas temáticas

Quadro 2- Percepção dos Enfermeiros do SICP relativo à articulação com as ULDM

Quadro 3- Número de Respostas para cada categoria relativas ao tema “Percepção dos Enfermeiros do SICP relativo à articulação com as ULDM”

Quadro 4- Contributos dos enfermeiros do SICP (nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa institucionalizada) numa ULDM

Quadro 5- Número de Respostas para cada categoria relativas ao tema “Contributos dos enfermeiros do SICP (nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa institucionalizada) numa ULDM”

Quadro 6- Aspetos facilitadores da intervenção dos enfermeiros do SICP numa ULDM

Quadro 7- Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Aspetos facilitadores da intervenção dos enfermeiros do SICP numa ULDM”

Quadro 8- Sugestões dos enfermeiros do SICP para melhoria da articulação da equipa

Quadro 9- Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Sugestões dos enfermeiros do SICP para melhoria da articulação da equipa com as Unidade de Longa Duração e Manutenção.”

## INTRODUÇÃO

Atualmente, fruto do envelhecimento da população, está a aumentar cada vez mais a prevalência de doenças crónicas, graves e degenerativas, surgindo os cuidados paliativos (CP) como essenciais para dar resposta às necessidades multidimensionais do doente e dos seus familiares.

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. (Neto, 2016)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que apenas 1 em cada 10 doentes que necessitam de CP, está a recebê-lo, e que devido ao envelhecimento da população este número será cada vez maior e mais alarmante, estimando-se que em 2060 a necessidade de CP será o dobro (OMS, 2021).

Uma ampla gama de doenças requer intervenção dos CP. A maioria dos adultos que deles necessitam sofre de doenças crónicas como doenças cardiovasculares (38,5%), cancro (34%), doenças respiratórias crónicas (10,3%), SIDA (5,7%) e diabetes (4,6%). Muitas outras condições podem exigir CP; por exemplo, insuficiência renal, doença hepática crónica, esclerose múltipla, doença de Parkinson, artrite reumatoide, doenças neurológicas, demência, anomalias congénitas e tuberculose resistente a medicamentos (OMS, 2020).

Para a OMS os CP melhoram a vida dos doentes que enfrentam inúmeros desafios associados à doença e das suas famílias, não sendo o seu tempo de atuação confinado ao final da vida. Estes fazem uma abordagem com o objetivo de melhorar a vida dos doentes e dos seus familiares quando estes enfrentam problemas inerentes a uma doença que ameaça a vida, prevenindo o sofrimento através da identificação precoce, avaliação e tratamento correto de todos os sintomas, sejam eles físicos psicossociais ou espirituais (OMS, 2021).

A OMS diferencia CP e cuidados em fim de vida de forma clara, embora os dois conceitos estejam interligados. A principal diferença é que os CP são uma abordagem que objetiva melhorar a qualidade de vida de doentes que enfrentam doença incurável e/ou grave e progressiva, são cuidados definidos como uma abordagem que promove a qualidade de vida dos doentes/famílias, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Ou seja, requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual e podem ser oferecidos em qualquer fase da doença, não apenas no fim da vida, ou seja, desde o diagnóstico, tendo por princípio não acelerar nem adiar a morte, respeitando o processo natural da vida. Assegurando o controlo sintomático e também o apoio à família durante a

doença e no luto. Estes cuidados devem ser aplicados em conjunto com tratamentos curativos ou isoladamente quando a cura não é possível. Por outro lado, o fim de vida, refere-se ao período em que o doente está em uma fase avançada e irreversível da doença, com expectativa de vida limitada. Nessa fase o foco é no alívio de sintomas e o conforto em vez de medidas curativas. Aqui as decisões sobre intervenções invasivas (como a reanimação) são pensadas com mais ênfase na dignidade do doente. Há uma intensificação do suporte emocional e espiritual ao doente/família (OMS, 2002). Em suma, os CP abrangem todo o curso da doença incurável e/ou grave e progressiva, não sendo limitados ao fim da vida. E os cuidados em fim de vida são uma parte dos CP, focados no conforto nas últimas semanas ou dias antes do falecimento.

Os CP são prestados por equipas multidisciplinares, mas também interdisciplinares, que tem por base princípios éticos e de planeamento antecipado de cuidados, sempre tendo em conta a não antecipação nem prolongamento da morte. Para tal são envolvidos ativamente os membros da família/cuidadores na prevenção de crises capacitando-os e apoiando-os no luto. O Programa Nacional de CP (PNCP), ao assumir a filosofia e o conceito dos CP, configura a resposta legislativa a esta tipologia de doentes, ou seja, aos doentes sem perspetiva de tratamento curativo; aos que têm rápida progressão da doença e expectativa de vida limitada, àqueles que apresentam intenso sofrimento e ainda problemas e necessidades de difícil resolução, exigindo apoio específico, organizado e interdisciplinar que abranja a família, mesmo na fase de luto (DGS, 2004)

Segundo o Guia Prático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2025, redigido pelo Instituto da Segurança Social, são destinatários para as Unidades e Equipas da Rede os doentes que se encontram nas seguintes situações: dependência funcional transitória decorrente de processo convalescença ou outro; dependência funcional prolongada; com critérios de fragilidade dependência e doença; incapacidade grave, com forte impacto psicossocial; doença severa, em fase avançada ou terminal.

A revogação em vigor a partir de 27/08/2015 da lei que legisla os cuidados continuados e veio acrescentar, ao já existente artigo 5, que já referia a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis, que a prestação de CP se deve centrar no alívio do sofrimento dos doentes, na provisão de conforto e qualidade de vida e no apoio às famílias, segundo os níveis de diferenciação consignados no PNCP, do Plano Nacional de Saúde (PNS) (Ministério da Saúde, 2006).

A Lei de Bases dos CP distingue os diferentes níveis de cuidados, onde definem que ações paliativas são as medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por

profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável e/ou grave e progressiva, em fase avançada (Lei De Bases dos Cuidados Paliativos, 2012).

A Região Norte é uma região portuguesa situada no norte do país. Tem uma área de 21 286 km<sup>2</sup> e registou em 2023 uma população de 3 673 861 habitantes com uma densidade populacional de 173 habitantes por km<sup>2</sup>, sendo a região mais populosa de Portugal e a terceira região mais extensa do país (Pordata, 2024).

Nesta área geográfica estão inseridas apenas duas Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) da RNCCI com 10 e 16 camas, respetivamente. Existem dois Serviços Integrados de CP (SICP) já formados nas ULS existentes e duas Unidades designadas a doentes paliativos em ambiente hospitalar, oito equipas comunitárias de CP e dezasseis equipas de apoio intra-hospitalar para dar resposta aos 173 habitantes por Km<sup>2</sup>. O que nos parece, dado o aumento de necessidades constante e a previsão de aumento, insuficiente (ARS Norte, 2025).

Posto isto, o facto de existir um número insuficiente de UCP que dê respostas às reais necessidades da população, as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) acabam por ser resposta possível aos doentes/famílias com necessidades paliativas. Levantando-se assim algumas questões como: há necessidade de formação na área dos CP dos profissionais a exercer nas ULDM? os doentes sinalizados para a RNCCI apresentam apenas necessidade de ações paliativas ou necessidade de CP diferenciados? os rácios previstos nas ULDM vão dar resposta às necessidades evidenciadas nos doentes com necessidades paliativas? A articulação das equipas das ULDM com uma equipa diferenciada na área dos CP constitui-se uma mais-valia? De que forma se pode melhorar a articulação e quais as mais-valias na articulação entre estas equipas?

Da experiência prática pode observar-se no dia-á-dia que as ULDM, recebem muitas vezes doentes com necessidades paliativas e inclusive em fase terminal/agónica. São a resposta existente para dar resposta ao número elevado de doentes com necessidades paliativas aos quais não se consegue assegurar cuidados através do baixo número de vagas em UCP. Estes doentes geralmente falecem nestas unidades, sem acesso aos CP especializados, por falta de referenciação por parte dos locais de onde são encaminhados. São alvo de ações paliativas por parte da equipa que tem a noção que os cuidados não são muitas vezes os mais adequados, contudo esforçam-se para proporcionar os melhores cuidados de conforto, reconhecendo as suas limitações na abordagem.

Os enfermeiros, parte integrante nas equipas multidisciplinares, desempenham papel fundamental nos cuidados do doente paliativo e família. O regulamento nº 429/2018 refere que o enfermeiro especialista em enfermagem á pessoa em situação paliativa garante os cuidados do doente com doença incurável e/ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e estabelece relação terapêutica com o doente/família, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.

Vivenciando a realidade supramencionada enquanto enfermeiros, percebemos a necessidade de conhecimento e competências em vários domínios, nomeadamente no científico, técnico e humano na área da enfermagem especializada em CP, pelo que propusemo-nos investir na formação na área de paliativos, tendo ingressado no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, no ano letivo 2023/2024. Com o intuito de promover uma prática profissional mais competente e especializada dos cuidados de enfermagem prestados ao doente em situação paliativa, família e comunidade,

No último ano de mestrado, surge a realização do Estágio de Natureza Profissional (ENP) realizado num Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP) de uma Unidade de Saúde Local (ULS) e contemplou um total de 390h presenciais e 200h não presenciais para a elaboração do relatório, do qual apresentamos o presente relatório.

Este documento pretende ser um relato fundamentado e critico-reflexivo das atividades que foram desenvolvidas ao longo do ENP, com o intuito de fundamentar e demonstrar as competências em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa adquiridas.

O ENP foi planeado de forma a assegurar a aquisição de Competências Comuns estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros para os Enfermeiros Especialistas (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e Competências Específicas para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Com base nos objetivos preconizados no ENP e nas necessidades identificadas no SICP, foi definido o objetivo geral:

- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas, humanas e de investigação em enfermagem à pessoa em situação paliativa e família.

Assim como foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Adquirir competências comunicacionais e relacionais, nomeadamente na comunicação de más notícias e apoio ao luto, integrando a equipa do SICP;
- ✓ Desenvolver competências na organização, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem especializados ao doente/família em situação paliativa, maximizando a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento e sintomatologia inerente à situação de doença;
- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados, prestando apoio no processo de luto à família
- ✓ Desenvolver competências de trabalho em equipa, colaborando com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio;
- ✓ Adquirir competências de reflexão crítica relativas a assuntos de alta complexidade e dilemas éticos inerentes à prática dos CP;
- ✓ Desenvolver competências na formação em contexto de trabalho;
- ✓ Desenvolver competências na gestão de cuidados
- ✓ Desenvolver competências de investigação em enfermagem.

Este relatório encontra-se organizado em dois capítulos com os respetivos subcapítulos e do seguinte modo:

No primeiro capítulo é abordado o enquadramento teórico-conceitual, com a apresentação de conceitos e breve evolução dos CP, bem como, se aborda uma teoria de Enfermagem como um referencial para uma prática humanizada e os quatro pilares dos CP. E por último, o contexto onde se aborda a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e o Estágio de Enfermagem em CP no SICP, o seu funcionamento e dinâmica.

O segundo capítulo diz respeito às atividades realizadas e aborda-se o percurso até ao desenvolvimento de competências, subdivide-se em três subcapítulos:

- As competências específicas: competências comunicacionais e relacionais com o doente/cuidador/família em situação paliativa e equipa multidisciplinar, competências técnico-científicas e humanas na avaliação e controlo de sintomas ao doente em situação paliativas, as competências técnico-científicas e humanas de apoio à família, incluindo o processo de luto e as competências inerentes ao trabalho em equipa.

- As competências comuns: no domínio da Responsabilidade Profissional e Ética e Legal; as competências do domínio da Melhoria Contínua de Qualidade; as competências do

domínio da Gestão de Cuidados e as Competências no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

-As competências da investigação: um estudo primário com o título: “Intervenção do enfermeiro especialista em Cuidados Paliativos nas Unidades Longa Duração e Manutenção” e com a questão de partida “Qual a perceção dos enfermeiros do SICP acerca da sua intervenção com as equipas das ULDM?”

Para finalizar apresenta-se a conclusão do estudo e em apêndice e anexos os documentos considerados relevantes nas diferentes atividades realizadas.

A norma utilizada para elaboração deste relatório foi a APA sétima edição.

## 1. ENQUADRAMENTO TEORICO-CONCEPTUAL E CONTEXTUAL

Os avanços da medicina ao longo do passado foram significativos. Como definem Barbosa, [et all], 2016 a ocorrência da morte, após um período curto de doença, foi sendo combatida com sucesso, e o fenómeno da cura foi-se impondo no contexto da maioria das doenças agudas o que levou a um progresso de tal forma visível que se traduziu no significativo aumento da esperança média de vida. (Barbosa [et all], 2016)

Sendo que segundo o Instituto Nacional de Estatística, a esperança média de vida em Portugal em 2011 era à nascença de 79,8 e 76,7 anos para o sexo masculino e 82,6 anos para o feminino, e em 2023 ronda já os 81,17 anos, valores que refletem já uma recuperação após a pandemia (PORDATA, 2025)

Este aumento de longevidade não implicou, contudo, que se passasse a morrer melhor. Podemos até constatar que pela busca incansável da cura, se descorou a forma como se vive até morrer e se “criou” uma dificuldade na aceitação da morte, o que por sua vez, leva a uma quase “negação da morte” como descreve Isabel Galriça Neto citando Clark, podendo esta, ser transmitida para quem cuida como derrota, quando ainda hoje em pleno século XXI e apesar desta evolução, a única certeza do ser é humano à nascença, é a morte (Neto, 2016) Posto isto, torna-se pertinente aliar as medicinas curativas e paliativas, para que de mãos dadas objetivem a cura quando possível e a qualidade de vida acima de tudo, uma vez que a previsão é de que vamos morrer, importa “fazer” o que for necessário para que se viva até lá (Neto, 2016).

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico -cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa são descritas no regulamento de competências específicas pelo cuidado ao doente com doença incurável e/ou grave e progressiva e aos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; bem como, o estabelecer de uma relação terapêutica com o doente com doença incurável e/ou grave e progressiva, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto (OE, 2018).

Os CP definem-se assim, como sendo uma abordagem que visa a qualidade de vida e dignidade do doente portador de uma doença incurável e/ou grave e progressiva, quando a doença já não responde ao tratamento curativo e a sua expectativa de vida é relativamente curta, tendo como focos a prevenção e alívio do sofrimento, a identificação precoce e gestão de sintomas multidimensionais. Estes cuidados devem ser ativos e totais, promovendo uma

abordagem global e holística do sofrimento dos doentes e presados por uma equipa multidisciplinar (OMS, 2020; Twycross, 2003).

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2021-2022 defende a integração dos CP em todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS) de forma a garantir a universalidade da abordagem paliativa a doentes e famílias que deles necessitem. É assim promovido um sistema sustentável, de qualidade e acessível, integrado nos cuidados de saúde primários, nos cuidados de saúde hospitalares e nos cuidados continuados integrados (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021/2022).

Segundo o PEDCP de 2023-2024, que vem reforçar e reafirmar os alicerces e a abordagem do plano para 2021-2022, com rigor na estratégia de organização e coesão de cuidados num novo paradigma de desempenho do SNS, em resultado da generalização do modelo das Unidades Locais de Saúde, (ULS) no processo atual de reorganização do SNS, é imprescindível a agregação das ECP nos SICP das ULS garantindo a prestação de cuidados de forma integrada ao doente com necessidades paliativas e sua família, centrados nas suas necessidades, com inclusão dos mesmos nas tomadas de decisão, perspetivando a simplificação de processos, a qualificação das respostas e melhoria dos resultados (CNCP, 2023-2024).

Desta forma, é importante formar profissionais competentes com a redundância que sejam capazes de prestar CP especializados. Por outro lado, é necessário desenvolver uma eficaz articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados definindo níveis de cuidados e competências específicas para estes diferentes níveis (CNCP, 2023-2024).

Os CP em Portugal ganham estrutura e legitimidade no SNS com a Lei de Bases dos CP (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro). A Assembleia da República decretou, nos termos da alínea c do artigo 161.º da Constituição, a Lei de Bases dos CP n.º 52/2012 de 5 de setembro, a qual consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos CP, define a responsabilidade do Estado Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018 19365 em matéria de CP e cria a RNCP, sob tutela do Ministério da Saúde. O mesmo decreto vem aprovar o novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a constituição da Direção Executiva do SNS, contempla, no capítulo da organização e funcionamento, a necessidade de ligação em rede de todas as respostas assistenciais das unidades de saúde, incluindo as que integram a Rede. A lei pressupõe uma rede funcional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde baseada num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de CP, colaborando com os outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, 2012).

A caracterização dos serviços que integram a RNCP é assim regulamentada pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde, sob proposta da CNCP, aprova a entrada de serviços na Rede e os serviços da RNCP podem diferenciar-se para dar resposta específica (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, 2012).

Em Portugal, a RNCP não tendo capacidade de dar resposta às necessidades de todos os doentes com doença incurável e/ou grave e progressiva, assim como às suas famílias, nos diferentes contextos de saúde (cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados), continuando por essa razão o seu desenvolvimento a ser uma prioridade, na qual se impõe a evidente necessidade de profissionais formados e especializados nesta área. (REPE, 2011)

No cenário de constituição de novas ULS surge assim a necessidade de reforçar a natureza do trabalho em rede para se otimizar a gestão de uma população com necessidades paliativas e suas famílias, respeitando a sua preferência de local de cuidados e independentemente da mesma como referido na Proposta de Modelo Organizacional dos CP nas ULS (DGS, 2023). Os objetivos deste novo modelo visam a redução de custos em Recursos Humanos e a promoção de respostas integradas de CP. A expectativa é que se possa oferecer uma resposta que conheça o doente em qualquer momento da evolução de uma doença, considerada limitante de vida, e que, o plano individual de cuidados seja construído em articulação e contemple as diferentes respostas necessárias, nos diferentes momentos (DGS, 2023).

De modo a responder às dificuldades de implementação da RNCP, pretende-se com isto propor a criação do SICP, como modelo organizacional dos CP a implementar nas ULS. O documento propõe que o SICP assente a sua ação numa gestão integrada em CP que agregue as Equipas Intra Hospitalar de Suporte em CP (EIHSCP), as Equipas de Comunitária de Suporte em CP (ECSCP) e as UCP, objetivando melhorar a prestação de CP durante o percurso do cidadão/doente desde o seu acesso aos CP até ao final de vida (e ainda no apoio no luto), através de uma articulação simplificada entre os profissionais nos diferentes níveis de cuidados, alargando o período de apoio para 24h, alcançando uma maior eficácia e redução de custos/encargos com os recursos humanos (DGS, 2023).

A conceção do SICP, segundo o novo modelo, deve ter por base as diretrizes emanadas dos PEDCP, os princípios de equidade e cobertura universal, bem como os dois níveis de cuidados definidos pela CNCP: Abordagem Paliativa e CP especializados. Para operacionalizar o SICP priorizar-se-ão quatro eixos estratégicos como define o novo modelo organizacional: Definição organizacional centrada no doente com necessidades paliativas e família; Acessibilidade e garantia de qualidade aos CP em todos os níveis de cuidados; Formação e investigação e Adequação de ferramentas digitais (DGS, 2023).

A mudança de paradigma na organização dos CP, que se apresenta no novo modelo, vai de encontro aos principais objetivos do modelo de gestão das ULS, que são centrados na simplificação de processos, proximidade dos cuidados, qualificação das respostas e melhoria dos resultados ao nível do cidadão/doente. As vantagens deste novo modelo em relação ao que decorre são a unificação das equipas, que permite a otimização de recursos humanos, o alargamento de horário de prestação de cuidados para 24h, a uniformização de critérios de referenciação/articulação do doente e a continuidade ininterrupta de cuidados ao doente (DGS, 2023).

Em suma, pretende-se que o SICP das ULS preste cuidados a doentes no domicílio, internados e/ou institucionalizados (RNCCI, ERPI ou outras). Aos doentes que se encontrem no domicílio ou institucionalizados os cuidados devem ser prestados pela ECSCP. Para os doentes com necessidades paliativas com agudizações, deverão estar disponíveis camas de internamento em UCP, com perspetiva de alta (assim que se controle a agudização), para domicílio ou com transferência para outra tipologia de cuidados. Já os doentes internados em outras serviços receberão assistência pela EIHSCP (DGS, 2023).

Este modelo organizativo foi implementado em duas ULS piloto e prevê-se que à posterior seja implementado nas restantes ULS já com a sugestões de melhoria identificadas nas ULS do projeto piloto.

### 1.1. TEORIA DE ENFERMAGEM: UM REFERENCIAL PARA UMA PRÁTICA HUMANIZADA

No decorrer dos estágios realizados foi importante orientar a prática profissional sustentada nas numerosas teorias de enfermagem, das quais realçamos uma: a Teoria de Katharine Kolcaba do Conforto. Esta teoria tem como preocupação o alívio do desconforto por meio do cuidado, para que o doente 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). Esta teoria é um modelo de enfermagem desenvolvido na década de 1990 que destaca a importância de proporcionar conforto de forma holística aos doentes. Amplamente utilizada em diversas áreas da saúde, especialmente em CP, enfermagem hospitalar e em situações de longo prazo.

Logo no início do estágio fez-se sobressair perante outros contextos de cuidados ao longo da atividade profissional, por se apresentar imprescindível se assegurar, nos cuidados ao

doente com doença incurável e/ou grave e progressiva. Kolcaba identifica quatro áreas principais em que o conforto pode ser promovido: Físico (relacionado ao alívio da dor e ao controlo de sintomas físicos ex.: dor, astenia, náusea); Psicológico e espiritual (envolve a saúde mental e emocional, incluindo a procura de significado, fé ou questões existenciais); Sociocultural (refere-se ao apoio social, familiar e à sensibilidade cultural no cuidado) e Ambiental (Relaciona-se ao ambiente físico onde o doente está (ex.: temperatura, iluminação, privacidade). Na prática, encontra-se o cuidado por assegurar que as quatro áreas de promoção de conforto sejam salvaguardadas a cada intervenção, em cada tarefa e na implementação do plano para o doente/família com necessidades de cuidados intensivos de conforto, pelo que se destaca como uma das teorias que alicerça a prestação de CP. Esta teoria, pela própria definição de CP e pelos pressupostos pelos quais se regem, pode até influenciar a escolha do plano implementado, na medida em que, se por ventura existir dificuldade em assegurá-la com determinada intervenção, pode ser necessário repensar e reajustar o próprio plano em prol de a assegurar.

## 1.2. OS QUATRO PILARES DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Na base dos CP existem quatro grandes pilares definidos como suporte aos cuidados prestados. São quatro competências específicas que devem ser adquiridas para a aquisição da especialidade e prestação de cuidados diferenciados ao doente com necessidades paliativas.

Os pilares fundamentais dos CP assentam como regulamentado mediante uma comunicação eficaz e terapêutica; no controlo dos sintomas, no suporte psicológico, emocional e espiritual, no cuidado à família e no trabalho em equipa, em que todos se centram numa mesma missão e objetivos. (OE,2015)

Relativamente à comunicação é um processo que permite às pessoas a troca de informações, sobre si e o que os rodeia, é um processo dinâmico e multidirecional que se faz por diferentes canais, como sabemos, e permite a interpretação de factos transmitidos por palavras. Isto de uma forma geral e simplificada, que não transmite a complexidade e a importância do processo em si mesmo. Comunicar eficazmente é tão importante quanto difícil. É sem dúvida um desafio e assume grande importância quando falamos de CP (Querido [et all],2016).

Existem diversas competências e habilidades de comunicação que podem ser desenvolvidas e trabalhadas, tais como defende TWICROSS (2003):

- ✓ Escuta ativa: estar atento e demonstrar interesse genuíno no que o doente tem a dizer, permitindo que ele se sinta ouvido e compreendido.
- ✓ Empatia: colocar-se no lugar do doente, tentando compreender seus sentimentos e perspectivas, e transmitir isso de forma adequada.
- ✓ Comunicação não verbal: além das palavras, a comunicação envolve expressões faciais, linguagem corporal e tom de voz. É importante estar consciente desses aspetos e utilizá-los de forma coerente com a mensagem que se deseja transmitir.
- ✓ Clareza e objetividade: transmitir informações de forma clara, utilizando uma linguagem acessível, evitando os termos técnicos e fornecendo explicações compreensíveis.
- ✓ Respeito e ética: garantir a confidencialidade das informações partilhadas pelo doente e tratar todos com respeito e dignidade.
- ✓ Comunicação em situações difíceis: desenvolver habilidades para lidar com situações de conflito, más notícias ou emoções intensas, de modo a manter a calma, transmitir apoio e lidar com a situação de forma adequada.

A verdadeira comunicação permite empatia entre quem cuida e quem é cuidado, sendo o objetivo central ajudar a redefinir o projeto de vida, no sentido de viver o melhor possível, sem sofrimento e com qualidade, o tempo de vida que nos resta (Silva; Alvarenga, 2014). O National Institute for Clinical Excellence (2004) defende que existe uma relação próxima entre comunicação e prestação de apoio emocional. A comunicação eficaz permite assim aos doentes uma tomada de decisão devidamente informada e consciente. Acarreta um maior entendimento geral, permite melhor qualidade de vida e uma melhor experiência relativamente à perceção dos cuidados. Portanto, a comunicação eficaz é fundamental a uma melhor prestação de CP.

Contudo, existem grandes conflitos que podem surgir como entrave na comunicação eficaz quando se fala em CP, pela peculiaridade e multidimensionalidade que engloba o doente perante uma doença incurável e/ou grave e progressiva.

Buckman descreve a má notícia como toda a informação que envolve uma mudança forte e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro. Em saúde, é considerada como uma das tarefas mais difíceis e complexas no âmbito das relações interpessoais, quer com o doente/família quer entre profissionais de saúde. Não é só perturbador para o recetor da notícia, como também para o emissor, podendo provocar emoções ou sentimentos negativos.

A comunicação de más notícias é um ato difícil que exige, de quem comunica, um sentido peculiar (Salazar; Duarte, 2017).

Barbosa, 2016 refere que a conspiração do silêncio surge habitualmente num contexto da luta antecipatório em que, perante a comunicação de más notícias, os familiares pedem aos profissionais de saúde para que não seja revelada a informação ao doente, pelo grave sofrimento que lhe poderá causar, estas situações são muito evidentes quando se diagnosticam doença incurável e/ou grave e progressiva. Assim é evidente como estaríamos a infringir um dos princípios da comunicação que é a honestidade, colocando em causa a relação de confiança que se pretende.

Tendo em conta a especificidade e vulnerabilidade apresentada pelos doentes e suas famílias, uma das dez competências centrais para a prática clínica em CP, definido pela European Association for Palliative Care (EAPC) (2013) é de desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos CP (Pacheco, 2002).

Para Feiteira e Cerqueira (2018), *as CF*, surgem como uma estratégia de comunicação que permite uma abordagem com o doente e família no centro do cuidado, de uma forma estruturada e orientada para a resolução de problemas, consistindo em uma reunião estruturada de intervenção ao doente/família, que deve respeitar os objetivos de intervenção familiar, de acordo com as necessidades existentes. Posto isto, as CF constituem-se uma estratégia pivot para a abordagem multidisciplinar de assuntos sensíveis, para a gestão de expectativas e diretivas de cuidados a seguir, com capacitação do doente/família na tomada de decisão, de forma estruturada e orientada. São por isso potenciadores de promoção de uma melhor continuidade de cuidados e melhor conforto. (Cerqueira; Feiteira 2018)

Os profissionais de saúde expõem dificuldades em comunicar com o doente e sua família, quando o foco da conversa se centra em situações difíceis. Perante isto, e como já abordado anteriormente, é importante a formação adequada como motor facilitador na transmissão de más notícias, pela carga emocional que esta assim o exige e pelos constrangimentos e sensações desconfortáveis que apresenta (Bellaguarda, 2020).

A capacidade de escuta, em CP é um processo com quatro etapas que implica ouvir, codificar, interpretar e responder, num contexto social e emocional que tem de ser apreendido e para a qual é necessário criar um contexto físico e emocional ajustado à situação (Querido [et all], 2016).

Em suma, a comunicação é um dos pilares dos CP e ainda transversal para os outros pilares, assume a sua importância ao reconhecer-se como a chave para aceder a toda as dimensões. De seguida, aborda-se outro dos pilares dos CP que diz respeito à gestão de sintomas.

A abordagem científica ao controlo de sintomas pode ser resumida segundo TWYCROSS, em cinco fases: avaliação, explicação, controlo, observação e atenção aos pormenores como já podemos referir. Na medida em que as queixas apresentadas inicialmente devem ser alvo de questões bem determinadas de forma contínua no tempo, para que sejam validadas como queixas reais (Twycross, 2001).

A avaliação constitui-se como precedente ao tratamento e deve basear-se na probabilidade e em padrões de reconhecimento, segundo o que defende o autor. Para tal, importa, conhecer a causa, se é a doença em si, o tratamento realizado, a vulnerabilidade associada à doença ou uma doença paralela. Tendo ainda em conta, o estado geral do doente e todo o desgaste que desencadeia múltiplas alterações do seu bem-estar (Twycross, 2001).

Deve ainda ter-se em conta o mecanismo patológico subjacente, pois mesmo quando a doença é a responsável, o sintoma pode ser por diferentes mecanismos, o que sugere tratamento diferenciado. Importa ainda questionar e questionar, pois se já foi realizada alguma tentativa de controlo do sintoma e não surtiu efeito pode ajudar-nos a planear uma melhor intervenção na medida em que se excluem hipóteses. Assim como, deve ser avaliado o impacto do sintoma na vida do doente, que nos orienta, na medida em que podemos identificar fatores desencadeantes e fatores de alívio (Twycross, 2001).

Posteriormente temos a fase da explicação, por vezes, explicar ao doente a razão do seu sintoma, a justificação do porque de sentir determinado sintoma, pode reduzir o impacto do mesmo. Assim como, pode ser importante a antecipação da explicação de eventuais sintomas, de forma clara e serena, dizendo que podem ou não surgir, na medida de o preparar, mas deve ser evitado um discurso rígido que possa causar ansiedade antecipatória (Twycross, 2001).

A fase do controlo passa pelo tratamento, corrigindo a causa se possível, de seguida devem adequar-se tratamentos não farmacológicos, onde as medicinas alternativas podem ser um aliado, e tratamentos farmacológicos. O tratamento farmacológico assenta na premissa da profilaxia para os sintomas persistentes, atuando na prevenção, atendendo ao objetivo do tratamento, calculando a sua monitorização, conhecendo os efeitos secundários e os riscos de interação medicamentosa para um ajuste se necessário, balanceando sempre o risco/benefício. A prescrição deve ser clara e objetiva, com doses e horários bem definidos, não deixando à subjetividade do doente, deve ser explicado o motivo da administração e os possíveis efeitos colaterais, bem como, o que fazer se esses efeitos aparecerem. Atuando na antecipação (Twycross, 2001).

Posteriormente na observação, é importante a monitorização, na medida em que importa rever e rever as vezes necessárias, uma vez que a medicação usada é muitas vezes implicada por múltiplos fatores, o agravamento pode originar fraca hidratação, emagrecimento e outros sinais de alarme para a necessidade de reajuste e reavaliação, os sintomas alteram-se e podem surgir novos sintomas com a progressão da doença. Os efeitos secundários podem ainda não ser o desejável para o doente embora haja uma boa gestão do sintoma, e aqui, entramos no campo dos pormenores. Onde importa ter atenção às expetativas do doente, o êxito dos CP está na constante procura de “porquês”, na procura de porque se mantém o sintoma, porque é que o efeito de ligeira sedação está a incomodar o doente, se a dor era causadora de sofrimento e agora está controlada? Esta fase é paralela a todas as fases, desde a avaliação ao controlo, deve ser baseada na não atribuição de juízos de valores, e tudo que se observa/ouve e nos causa intriga/inquietação, deve ser investigado (Twycross, 2001)

As CF não são apenas para transmitir informações, mas também, tem como objetivo a promoção de adaptação emocional à perda ou processo de doença e de luto. São promotoras de comunicação entre a equipa e família e entre vários membros da família, ajudam na superação de obstáculos, como por exemplo, a conspiração do silêncio, resolução de conflitos e ajuda na tomada de decisões (Fernandes, 2016)

Entretanto o apoio à família e no processo de luto surge também como pilar dos CP.

Os CP abrangem o apoio à família em processo de luto e encaram a vivência deste período como necessário. (Barbosa, 2016)

Segundo a OMS, a prestação de CP oferece suporte para ajudar a família a lidar com a doença do seu familiar e com o seu próprio luto, em equipa com o objetivo de suprimir as necessidades dos doentes e suas famílias incluindo a intervenção especializada no luto (OMS,2020).

A atuação da ECP prolonga-se após o momento da morte do doente para o período do luto, e tem como dever o despiste de luto patológico na família, para tal deve existir um programa reconhecido de apoio nesta fase inerente ao programa de CP, que deverá ser disponibilizado à família (Pimenta; Capelas, 2019).

Segundo a DGS o profissional de saúde deve, na anamnese, identificar os fatores de risco de perturbação de luto prolongado, junto dos respetivos familiares, perante situações de morte ou de morte iminente, com o auxílio de uma checklist de fatores de risco de perturbação de luto prolongado (DGS, 2016)

A palavra «luto» provém do latim *dolus*, que significa dor. O luto pode ser classificado como normal, antecipatório, preparatório ou prolongado/complicado. Foi visto como um processo

com determinadas fases que podem ou não ser vivenciadas pela ordem sequencial que é apresentada por vários autores e que implica manifestações e reações específicas em cada uma delas.

Já mais recentemente, Worden em 2013, descreve como cuidar do luto e olha sobre ele de uma forma diferente, define-o como tarefas a ser desenvolvidas:

1. Aceitar a realidade da perda;
2. Trabalhar as emoções e a dor da perda;
3. Adaptar-se a um ambiente em que o falecido está ausente.
4. Recolocar emocionalmente o falecido e prosseguir com a vida.

Segundo o mesmo, o luto termina quando as quatro tarefas estejam completas (Worden, 2013).

É importante no apoio à família e no luto ter conhecimento destes conceitos e identificar o tipo de luto. Para tal, o profissional deverá proporcionar um ambiente relacional calmo, confortável e confiável, devendo-se centrar-se na escuta ativa, na presença, no toque, disponibilizando tempo de qualidade, fazendo o outro sentir-se acompanhado e protegido. Deve incentivar a família a falar e a recordar tempos passados do doente, a fim de melhor o conhecer, mas também de enfatizar o que este foi e é para aquela família. Quando o assunto «morte» surge, há que falar abertamente sobre o mesmo, encarando-o como processo natural do ciclo de vida que representa. Importa reforçar a adaptação da informação disponibilizada ao que o doente/família, consegue e deseja receber (Barbosa, 2016; Kübler-Ross, 2005; e Buckman, 1992)

O trabalho em equipa assume-se também como um dos pilares dos CP, na medida em que dá resposta às necessidades do doente/família, que perante uma doença incurável e/ou grave e progressiva, avizinha necessidades específicas e complexas, que devem ser abordadas por vários elementos diferenciados, tendo em conta a especificidade da tipologia desses doentes (Bernardo [[et all]], 2016).

### 1.3. A REDE NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

A RNCP é uma rede funcional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde, e baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de CP, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários. A prestação de CP organiza-se mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados eficazes, oportunos e eficientes, visando a

satisfação dos doentes numa lógica de otimização dos recursos locais e regionais, de acordo com a Lei de Bases da Saúde. A intervenção em CP é baseada no plano individual de CP, elaborado e organizado pela equipa interdisciplinar em relação a cada doente (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, 2012).

Como já referido anteriormente, o novo modelo organizativo de CP vem reorganizar e colmatar a necessidade de dar resposta às necessidades do doente portador de doença incurável e/ou grave e progressiva, em todas as fases da doença e prevê-se que em todos os contextos com a continuidade do plano individual de intervenção inicial. Do ponto de vista organizacional, os CP devem respeitar e estar enquadrados em alguns princípios como refere o modelo: Devem estar integrados no SNS; Devem ser desenvolvidos diferentes níveis de prestação de cuidados: básicos, especializados e de alta complexidade, CP básicos devem ser desenvolvidos e prestados em todos os recursos de saúde; Em todos os níveis do sistema de saúde devem existir serviços especializados; Os profissionais devem possuir capacitação específica; Devem ser desenvolvidos sistemas de registo informatizados, partilhados e adaptados à multidimensionalidade do fenómeno que se trata; Os CP têm de ser flexíveis, dinâmicos, de acessibilidade fácil e com clara responsabilização; A organização requer um pensamento holístico e sistema flexível desde o domicílio ao hospital; O planeamento deve ter em conta as características demográficas da população; A organização deve ser sensível a questões de índole cultural e de organização de saúde de cada região; Os princípios de acessibilidade aos outros serviços deverão ser também aplicáveis aos CP (DGS, 2025).

É deste modo necessário, uma cooperação estreita entre todo o SICP, através de reuniões para preparar a admissão e a alta, para elaborar o plano individual de cuidados, uma fácil e fluida transferência entre recursos, o SICP deve funcionar com disponibilização de respostas 24 h/dia, ter a possibilidade de urgências e marcação de consultas/visitas não programadas além de uma adequada rede de recursos (DGS, 2025)

#### 1.4. A IMPORTÂNCIA DO PERCURSO ATÉ AO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

As estratégias previstas para atingir o objetivo final do ENP tiveram início no início do mestrado, com a aquisição de conhecimentos nesta área específica através dos conteúdos propostos e ainda, com a possibilidade de participação em jornadas e seminários. Posteriormente existe um primeiro estágio, onde se prevê que se articule a teoria adquirida com a prática de forma a desenvolver competências na área. Para tal, as estratégias previstas

para o alcançar passavam pela identificação das necessidades do doente/família em situação de doença incurável e/ou grave e progressiva e/ou grave, ou seja, a elaboração da avaliação inicial e continua e identificação de diagnósticos de enfermagem tendo em vista ao enunciar de intervenções, em parceria com o doente e família, dando resposta aos diagnósticos identificados, elaborado de forma adequada ao doente em situação de doença incurável e/ou grave e progressiva.

Desenvolver a capacidade de estabelecer decisões autónomas e/ou interdependentes, de forma a garantir a satisfação das necessidades identificadas e executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos ao doente e família a vivenciar processos de saúde de elevada complexidade, otimizando o estado clínico do doente.

E por fim, avaliar e reavaliar os resultados sensíveis aos cuidados ao doente em situação de doença incurável e/ou grave e progressiva através da atualização do plano de cuidados; Implementar respostas de intervenção apropriadas com recurso a uma abordagem multimodal; através da aplicação de escalas de medida; Monitorizar e avaliar as intervenções executadas no controlo de sintomas através do plano de cuidados; Identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar físico, psicossocial e espiritual do doente e família e articular com os diferentes membros da equipa multidisciplinar; Gerir medidas farmacológicas de alívio à dor e outros sintomas; Aplicar medidas não farmacológicas para o alívio da dor e outros sintomas; Demonstrar conhecimentos nas várias vias de administração e absorção de medicamentos; Aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo das diversas unidades curriculares de forma fundamentada, promovendo a tomada de decisão.

Posto o objetivo e estratégias, refletindo agora sobre as mesmas, a realização deste primeiro estágio demonstrou-se uma mais-valia e parte crucial deste processo formativo. O contexto também foi crucial pois à luz do que é descrito teoricamente como o ideal, encontramos um campo de estágio que intervém de forma consistente com o que é preconizado, o que foi gratificante.

Assim sendo, o facto de ter existido uma integração como elemento participante nos cuidados prestados e o facto de aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente, o facto de poder articular a teoria com a prática e evidenciar a resposta aos CP diferenciados, foi facilitador para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa.

O estágio decorre no seio de uma equipa que trabalha á luz do que é preconizado pelo novo modelo organizativo dos CP, o que facilitou a posterior integração no ENP e entendimento

do novo modelo organizativo. O facto de ser uma equipa multidisciplinar, coesa e com um grande trabalho para a obtenção dos melhores cuidados ao doente e família, perante a doença avançada e incurável o que possibilitou ainda a aplicação dos instrumentos de avaliação, a recolha de informação para a avaliação inicial, e a planificação de cuidados através do plano de cuidados, bem como a sua constante reavaliação, foi facilitada pelo facto de ser um processo que faz parte do dia a dia da equipa, e assim, foi possível desenvolver competências específicas neste objetivo.

#### 1.5. O CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: CARATERIZAÇÃO DA EQUIPA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS- FUNCIONAMENTO E DINÂMICA

A *European Association for Palliative Care* (EAPC, 2013), ao longo das suas recomendações e orientações para a implementação de serviços enumera e descreve, embora não exaustivamente as Competências Centrais em CP e apresenta uma opinião especializada sobre as competências centrais globais para a prática profissional considerando três níveis de diferenciação:

- ✓ Abordagem Paliativa;
- ✓ CP Generalistas,
- ✓ CP Especializados.

No entanto, a Comissão Nacional de CP (CNCP) (2017) propõe somente dois níveis de cuidados para Portugal, designadamente: a Abordagem Paliativa e os CP Especializados. A Abordagem Paliativa é utilizada nos serviços onde ocasionalmente se encontram doentes com necessidades paliativas, enquanto os Cuidados Especializados são prestados por equipas multidisciplinares diferenciadas, com competências especializadas, objetivando a otimização da qualidade de vida dos doentes. Os princípios orientadores dos CP, são identificados como o alívio de sintomas; o apoio espiritual, psicológico e emocional ao doente e seus familiares; o suporte durante o luto e o recurso à interdisciplinaridade para cuidados abrangentes. São cuidados coordenados e globais que devem ser prestados por equipas e unidades especializadas nos mesmos, quer em regime de internamento, quer no domicílio (DGS, 2004). A ECP da ULS em questão foi nomeada em 28 de outubro de 2013 e é uma equipa multidisciplinar que integra a RNCP, nos termos da Portaria 66/2018, de 6 de março, incluindo

a EIHSCP e ECSCP. Durante o desenvolvimento deste ENP a equipa encontra-se também em processo de reestruturação para o SICP conforme o novo modelo organizacional demanda.

Conforme consta do Regulamento Interno, o agora SICP faz parte integrante da estrutura e hierarquia da ULS, dependendo diretamente do Conselho de Administração, e a sua missão visa *“Garantir apoio e suporte aos doentes internados ou em ambulatório e aos seus familiares e cuidadores, na área de influência da ULS, com situação de doença grave, avançada e progressiva, proporcionando-lhes maior qualidade de vida, dignidade e autonomia, bem como cuidados de saúde humanizados, através da prestação de cuidados paliativos de qualidade”*.

O SICP constitui-se agora por uma equipa que se divide em duas, a EIHSCP e a ECSCP. A primeira presta apoio e consultadoria a todos os serviços de internamento hospitalar da área de influência e realiza atividade de consulta externa em três modalidades: consulta externa programada, consulta aberta e consulta não presencial através de contacto telefónico. Também presta apoio ao Hospital de Dia. A segunda, presta cuidados domiciliários e garante a permanência do doente em fim de vida no seu ambiente comunitário e familiar, dando cobertura a todos os municípios do distrito. Esta atividade assistencial é garantida habitualmente por três grupos de trabalho diários.

O SICP assegura assim apoio psico-emocional aos familiares e/ou cuidadores durante o período de luto, tanto a nível hospitalar como comunitário. Tal como já foi referido, trata-se de uma equipa multidisciplinar, integrando atualmente, em regime de tempo integral, sete médicos, um dos quais coordenador, nove enfermeiras, uma das quais com a coordenação do serviço, uma Assistente Social e uma Assistente Técnica. Em regime de tempo parcial o SICP inclui ainda uma nutricionista, dois psicólogos, um psiquiatra e um capelão. A coordenação da equipa é competência de um médico e uma enfermeira responsável, ambos a desempenhar funções na equipa desde a sua constituição. O horário de funcionamento do SICP desenvolve-se de segunda a sexta-feira, entre as 8h e 17h, exceto feriados. Prevendo-se em breve alargamento de horário para incluir também o sábado.

Este serviço está integrado numa ULS, tendo duas bases físicas para a equipa, estas ficam localizadas no piso 3 da 1ª fase da principal unidade hospitalar da ULS e a segunda na unidade hospitalar secundária da ULS, no piso 4. Funciona em ambas em dias úteis entre as 8h e as 17h.

No Hospital sede a localização física divide-se em dois gabinetes, o primeiro corresponde ao Coordenador, Enfermeira Responsável e a Assistente Social que colabora a tempo inteiro com a equipa, bem como o armazém de material para uso essencialmente da ECSCP. O segundo

gabinete é exclusivamente um gabinete de trabalho para toda a equipa e onde se acondiciona ainda toda a bibliografia que vai sendo adquirida e processos dos doentes.

Há ainda uma sala de reuniões partilhada onde se realiza a reunião multidisciplinar diária e a reunião semanal alargada a todos os elementos que colaboram com a equipa, independentemente do tempo e da participação individual.

No segundo Hospital a equipa dispõe de apenas um gabinete onde por norma, trabalham Médico e Enfermeiro que estão a dar apoio ao internamento desse hospital e hospital de dia do mesmo. Aquando da reunião mensal, os profissionais de saúde que estão alocados no Hospital menor, deslocam-se ao Hospital sede, e na reunião semanal, estão presentes na reunião por via virtual, recorrendo a plataforma zoom.

Existem três viaturas disponíveis diariamente para permitir as deslocações dos elementos da ECSCP e habitualmente a viatura fica afeta aos elementos (medico e enfermeiro) que asseguram cuidados em áreas dispersas pelo distrito.

Existe a necessidade de gestão rigorosa dos recursos humanos devido à incapacidade funcional condicionada pela escassez de elementos, existindo assim clara necessidade de crescimento da equipa de forma a colmatar as necessidades do distrito, que geograficamente é grande e dificulta por isso a acessibilidade aos CP da população.

Existem ainda quatro telemóveis para contacto direto com os doentes/famílias e outras equipas que partilham cuidados com o SICP, no sentido de facilitar a priorização dos cuidados. Por norma dois telemóveis são da responsabilidade da EIHS CP e cada um dos outros com a ECSCP das áreas um e dois. Existe assim em determinados dias, aquando possibilidade por recursos humanos disponíveis, a possibilidade de uma terceira equipa na comunidade e será pertinente aquando do funcionamento pleno da área três de intervenção na comunidade, a existência de mais um telemóvel.

Pelo que pude observar ao longo deste estágio, destaco as vantagens da existência do SICP integrado na ULS e na RNCP, que passam pela articulação entre especialidades com objetivo único que é dar resposta às necessidades identificadas nos doentes/família com necessidades paliativas, a articulação ainda com as unidades de cuidados continuados, lares e equipas de cuidados na comunidade que prestam em conjunto cuidados a doentes/família com necessidades paliativas e enfrentam muitas vezes dificuldades para a gestão das necessidades destes doentes, podendo-se reduzir idas ao SU, tempos de internamento e os respetivos custos associados. O apoio prestado em regime de consultoria às equipas de internamento constitui-se também uma mais-valia, assim como, as consultas externas que dão resposta às necessidades dos doentes/famílias em domicílio, e o fornecimento de um contacto telefónico

ao doente/família em situação paliativa e permite esclarecer e orientar na maior parte das vezes sem haver necessidade a recorrer aos serviços de saúde. Bem como, para as equipas que cuidam concomitantemente com o SICP, podem ter através do contacto, uma forma de validar o plano instituído e ter apoio médico especializado através de um contacto telefónico. Foi possível perceber que, através da existência deste serviço, garante-se um maior controlo sintomático e satisfaz-se mais facilmente os desejos do doente em situação paliativa em fim de vida. De destacar, o insuficiente número de recursos humanos que ainda condiciona o pleno funcionamento do serviço.

## **2. DAS ATIVIDADES REALIZADAS ÀS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

Este capítulo diz respeito às atividades que foram desenvolvidas em contexto, à luz do que é preconizado e, tendo em conta, o objetivo de detenção do título de especialista em EMCPSP. Serão apresentadas as atividades que contemplam as competências específicas: comunicação, controlo de sintomas, apoio à família e no luto e trabalho em equipa; as atividades no âmbito das competências comuns: Ética, Formação e Gestão e por último, as atividades desenvolvidas na área das competências de investigação.

### **2.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E FAMÍLIA**

Os CP como referimos anteriormente já deram grandes passos, mas há ainda, um grande caminho a percorrer. Neste sentido foi importante o surgimento da especialidade e formação avançada nesta área e posterior regulamentação e definição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, que são definidas no regulamento nº429/2018 e defendem que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica:

- “a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;*
- b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;*
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.”* (Regulamento n.º 429/2018, p. 1).

Assim como, a definição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa no mesmo regulamento:

*“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 clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;*

*b) Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/ familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.”*

(Reg. n.º 429/2018, p.7)

Bem como, foi importante definir e desenvolver os quatro pilares dos CP que são as referidas competências específicas que devem dotar os profissionais de saúde com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação paliativa como abordado anteriormente: Pelo que se apresenta de seguida a discussão das competências adquiridas ao longo do ENP à luz da evidência de forma sumária e contextualizada.

#### **2.1.1. Competências comunicacionais e relacionais com o doente/cuidador/família em situação paliativa e equipa multidisciplinar**

O desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais nesta área específica é de carácter obrigatório. São as diversas competências que diferenciam cuidados, numa área tão delicada e complexa, é imprescindível trabalhar competências na área da comunicação, uma vez que a comunicação está inerente a todos os cuidados.

Na prestação de CP a comunicação assume papel fulcral. A comunicação empática, é para além, de expectativa do doente/família, uma obrigação ética e moral da equipa de CP. Para isso é necessário que os profissionais sejam peritos das relações humanas, na medida em que consigam ser dotados de características muito específicas, como a capacidade de estabelecer uma relação de empatia e uma relação de entreajuda, características que não podem ser desenvolvidas, sem o desenvolvimento paralelo da comunicação eficaz. Complexo sim, mas alcançável de modo a conseguir a minimização do sofrimento experienciado. (Querido [et al], 2016)

Com base no supramencionado definimos o seguinte objetivo: adquirir competências comunicacionais e relacionais, nomeadamente na comunicação de más notícias e apoio ao luto, integrando a equipa do SICP.

Durante a realização do estágio foram inúmeras as situações que permitiram desenvolver estas competências. Foi importante a equipa ter uma grande capacidade de comunicação e fazer uso de todas as estratégias comunicacionais existentes porque permitiu a observação dos profissionais a atuar nesta área específica e posteriormente o treino. O facto do SICP dar resposta a uma quantidade enorme de doentes com enumeras necessidades também permitiu múltiplas experiências o que se tornou enriquecedor.

Twycross agrupa as vantagens de uma comunicação eficaz em CP em três tópicos: diminuir a incerteza do doente e sua família face à situação em que se encontra, aumentar a qualidade das relações estabelecidas e permitir que o doente e família vislumbrem um caminho a seguir rumo ao futuro, ajudando /orientando o reencontro com uma nova perspetiva de vida Twycross (2003).

O doente com doença incurável e/ou grave e progressiva tem muitas vezes sentimentos e emoções que bloqueiam a comunicação e ao mesmo tempo precisam de ser trabalhados. Existem determinadas situações dificultadoras do processo de comunicação em fim de vida. São exemplos disso, comunicar acerca de temas sensíveis como o próprio fim de vida, o sentido da vida, expetativas e questões futuras, situações de conspiração de silêncio que carecem de ser trabalhadas de um modo específico (Barbosa [et al],2016; Buckman,1992; Kübler-Ross, 2005;).

Ao longo do ENP, foi possível desenvolver a comunicação, utilizar múltiplas estratégias comunicacionais e compreender a importância de adquirir habilidades nessa área. De facto, as estratégias devem ser adaptadas ao momento, à fase da doença e ao contexto, considerando aquilo que os doentes estão preparados para receber. Nesse sentido, o silêncio desempenha um papel essencial, permitindo aprimorar a capacidade de escuta, uma habilidade demonstrada pela equipa ao longo do processo.

No início, foi fundamental assimilar o valor desses silêncios e a importância do controlo eficaz da comunicação não verbal, que deve respeitar o momento e favorecer a abertura para o diálogo. Diversas experiências mostraram que, após esses momentos de silêncio, tanto os doentes quanto as famílias tendiam a sentir-se mais recetivos à comunicação.

No entanto, houve inúmeras dificuldades no processo comunicacional, especialmente na transmissão de más notícias, que frequentemente geram reações inesperadas. Isso evidencia a necessidade de preparação e conhecimento por parte dos profissionais para lidar com diferentes respostas emocionais. Diante de uma má notícia ou de temas sensíveis relacionados ao propósito da vida e à sua finitude, as reações foram diversas: alguns doentes

riram, outros choraram, alguns fizeram perguntas, enquanto outros permaneceram em silêncio.

As experiências vivenciadas reforçam a importância de reconhecer a individualidade de cada doente e o papel essencial das habilidades comunicacionais para interpretar reações e antecipar os próximos passos.

O cuidado em enfermagem tem início na predisposição para agir, para adequar o pensamento do enfermeiro com a sua ação em prol do doente a quem presta cuidados. O cuidar em enfermagem significa articular a maneira de ser do enfermeiro, os seus conhecimentos e as suas aptidões (Ribeiro, 2013).

A articulação destes domínios permite ao enfermeiro estabelecer uma relação terapêutica e conjuntamente com as estratégias comunicacionais prestar cuidados de qualidade e excelência, reforçando a relação existente entre ambos, elevando a enfermagem a um nível superior.

Investir no desenvolvimento destas competências e habilidades de comunicação, anteriormente já descritas quando se fala nos quatros pilares dos CP, certamente contribuirá para a qualidade dos cuidados prestados. Além disso, aprimorar a comunicação também beneficia o trabalho em equipa, o relacionamento com outros profissionais de saúde e a interação com familiares e cuidadores dos doentes.

Em CP comunicar eficazmente é um desafio na medida em que implica desenvolver três competências básicas sendo estas a escuta ativa, compreensão empática, e Feedback como já pudemos rever anteriormente.

A escuta ativa não deveria ser difícil para um enfermeiro, pois, segundo a evidência, ela deve fazer parte da comunicação com o doente em qualquer contexto. No entanto, a capacidade de comunicação precisa ser treinada, e a prática da escuta ativa deve ser incorporada ao dia a dia na prestação de cuidados. Muitas vezes, porém, ocorre o oposto, seja pela dificuldade inerente, pela falta de conhecimento ou pela justificativa da escassez de tempo e dos baixos rácios.

Nos CP, o que diferencia a equipa é justamente esse treino e essa habilidade, assim como outras competências consideradas essenciais. Há situações em que os silêncios se prolongam por minutos, parecendo eternidades; momentos em que o mesmo relato se repete por horas; ocasiões em que surgem inúmeros temas aparentemente irrelevantes, até que, no final, o doente finalmente aborda o assunto central, surpreendendo-nos. Existem também casos em que os doentes tentam esconder dificuldades, acreditando que não conseguiremos ajudá-los,

mas, ao final, conseguimos. São situações que, além de suprirem a necessidade do momento, otimizam o tempo para visitas futuras.

A verdadeira escuta ativa, com um olhar atento, sinais não verbais que indicam presença e, quando apropriado, um toque, pode ser decisiva na definição do plano de cuidados. Da mesma forma, a compreensão empática fortalece a relação terapêutica. Diversas experiências demonstraram que, após receber empatia, doentes e familiares passaram a confiar e a se abrir mais, fortalecendo o vínculo terapêutico. Houve até casos em que, após a visita, os doentes ligaram para compartilhar algo que não haviam dito anteriormente.

Além disso, o feedback revelou-se essencial, inclusive para a gestão de sintomas. Muitas vezes, ao percebermos que a mensagem não foi compreendida, tornou-se necessário ajustar a terapêutica, modificar a via de administração ou até reformular completamente o plano inicial. Houve ainda momentos em que a comunicação precisou ser reajustada para garantir um cuidado mais eficaz e alinhado às reais necessidades do doente.

Os cuidadores dos doentes em fim de vida apresentam também necessidades que muitas vezes não são satisfeitas. Estas devem se ter em conta e para tal, é fundamental uma comunicação honesta e em tempo oportuno por parte da equipa multidisciplinar (Cerqueira, 2005). Desta forma, a dimensão comunicacional adquire um papel fundamental para a preservação da dignidade do doente que enfrenta o processo de morrer.

A ausência de uma informação apropriada pode contribuir para uma prestação de cuidados menos eficazes por parte do cuidador, prejudicando tanto o seu bem-estar, como o do próprio doente. Torna-se assim necessário os profissionais de saúde disponibilizarem mais tempo e mais cuidado para com a família, sendo que a utilização, por exemplo, das Conferências Familiares (CF) pode ser facilitadora e potencializadora deste cuidar.

A conspiração do silêncio constitui-se assim num “muro” que se ergue e que oculta a verdade segundo cita Bruno Feiteira (2023) (Arias-Rojas et al., 2019; Espinoza-Suárez et al., 2017; Lemus-Riscanevo et al., 2019).

Portanto após entendermos os conceitos que envolvem a conspiração de silêncio, importa também conhecer as estratégias que nos ajudam a quebrar este tal “muro” e a ultrapassar este complexo problema tão comum. Pois a adoção de determinadas estratégias de comunicação acaba por ser um meio de ultrapassar este bloqueio. As CF é uma estratégia comunicacional de apoio ao doente, família e cuidadores, que permite ultrapassar as dificuldades e resolver determinados conflitos ou ajudam na tomada de decisões (Fernandes, 2016). Assim como a equipa multidisciplinar assume papel fulcral.

Ao longo do ENP, surgiram inúmeras oportunidades de participação em CF. Um dos principais aspetos observados foi a importância da preparação e da comunicação prévia entre os membros da equipa antes da realização das CF. No SICP, havia sempre uma reunião semanal para planejar as CF e discutir os casos, garantindo que a equipa estivesse alinhada e preparada. Além disso, havia o cuidado de abordar outros casos mais complexos, que eram a maioria, para que qualquer membro da equipa estivesse informado e pudesse conduzir uma CF de forma mais urgente, caso necessário.

Durante as CF, a comunicação não verbal desempenha um papel fundamental, enquanto a comunicação verbal deve ser conduzida com respeito entre os participantes. É essencial que haja compreensão sobre o momento adequado para cada membro se expressar, o que reforça a importância do trabalho em equipa e da comunicação eficaz entre os profissionais.

Uma boa comunicação, em CP é assim um instrumento poderoso que visa aliviar o sofrimento, sem equívocos, sem assustar, devendo transmitir serenidade e confiança.

Ao longo deste estágio foi possível desenvolver e principalmente observar as estratégias comunicacionais da equipa já com experiência na área. As estratégias usadas pela equipa foram uma mais-valia, mais concretamente, permitiram a aquisição de conhecimentos para avaliar e validar se há capacidade por parte da família/doente em assegurar o plano terapêutico.

Foi possível assistir a inúmeros momentos em que havia o cuidado de assegurar estas estratégias, em todas as experiências vivenciadas, umas com mais e outras com menos tempo, mas o cuidado de respeitar e assegurar o respeito pela vulnerabilidade observada.

É interessante observar como a comunicação de más notícias é uma tarefa complexa e desafiadora, pois cada doente, família e situação é única. Cada profissional também tinha estratégias muito particulares à sua personalidade, o que foi interessante de se observar, pois dotou-nos de estratégias diferentes que respeitam os mesmos princípios e na maioria com o mesmo resultado. O facto de acompanhar diferentes profissionais da área médica por exemplo, foi enriquecedor pois todos os elementos eram diferentes, mas dotados das mesmas habilidades, o que nos permite também eleger qual a estratégia que melhor nos permite a nós enquanto pessoas trabalhar a nossa comunicação. Ao longo do tempo, as estratégias de comunicação foram sendo adaptadas para atender às necessidades específicas de cada caso. A reação dos doentes à receção de más notícias é muito variada como já referi, algumas demonstraram ficar em estado de choque, outras expressaram raiva, tristeza intensa, negação ou até mesmo calma aparente. Cada indivíduo tem a sua própria maneira de lidar com

informações difíceis e sua reação pode ser influenciada por diversos fatores, como personalidade, experiências passadas e suporte emocional disponível.

Aquilo que se retira da observação e participação destes momentos, é que é imprescindível à prestação de cuidados desenvolver capacidades e competências comunicacionais. Foi possível adquirir aprendizagem para a adaptar a abordagem de acordo com o doente ou família envolvida, a considerar a situação específica e a escolher as palavras com cuidado, procurando transmitir a informação de forma clara, empática e respeitosa.

No entanto, é importante lembrar que não existe uma fórmula universal para comunicar más notícias. É fundamental avaliar cuidadosamente o contexto, ouvir atentamente as preocupações e emoções da doente envolvida e estar preparado para oferecer suporte emocional adequado. A individualidade de cada um deve sempre ser respeitada, as diversas técnicas de comunicação são imprescindíveis e o silêncio ocupa um lugar de grande respeito nestas situações, pelo que a importância do não verbal para chegar ao doente/família, torna-se evidente. A resposta dos doentes, quando sentem respeito pela sua individualidade e empatia pelo momento vivido, é assustadoramente transmitida no momento, quase sempre em forma de agradecimento.

Em suma, neste percurso as competências desenvolvidas foram a comunicação eficaz, comunicação de más notícias, a comunicação com a família, a capacidade de escuta, capacidade de comunicar compreensão empática, capacidade de integrar uma CF e ainda, através da comunicação elaborar um plano de cuidados adequado e ajustado às reais necessidades sentidas pelos doentes/famílias.

### **2.1.2. Competências técnico-científicas e humanas na avaliação e controlo de sintomas ao doente em situação paliativa**

Na abordagem ao doente/família com necessidades paliativas devemos ter em conta a tipologia de doentes e que estaremos perante sintomatologia complexa. O controlo de sintomas é uma das ferramentas essenciais em CP, a par da comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. Em CP os sintomas têm elevada prevalência, influenciando negativamente a qualidade de vida do doente/família, são múltiplos e combinados, evolutivos e cambiantes, de causas multifatoriais e têm caráter multidimensional (Freire e Fernandes, 2018)

Os doentes com necessidades paliativas apresentam frequentemente múltiplos problemas, de natureza variada, que requerem respostas eficazes. Alguns desses problemas, são de

natureza física, sendo o seu controlo, muitas vezes indispensável para a abordagem de problemas de outra natureza. Pode não ser possível intervir em outros problemas sem o controlo dos sintomas físicos, uma vez que estes acarretam um sofrimento que ocupa de tal forma o doente, que este fica sem conseguir abordar outras questões. Há de facto interação entre todos esses problemas, uns podem potenciar a intensidade de outros, o que não significa que seja possível abordar e resolver todos ao mesmo tempo. Pelo que se torna indispensável estabelecer prioridades, sempre que possível do ponto de vista do doente, uma vez que pode ser diferente do ponto de vista dos profissionais (José Ferraz Gonçalves [et all], 2016).

Tendo em conta o anteriormente referido definimos o seguinte objetivo: desenvolver competências na organização, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem especializados ao doente/família em situação paliativa, maximizando a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento e sintomatologia inerente à situação de doença. Neste sentido o estágio foi enriquecedor, foi possível observar este processo múltiplas vezes e ainda, as estratégias que mais se adaptavam a cada situação, doente e no seu particular contexto. A experiência demonstrada da equipa nesta área foi mais uma vez uma mais-valia, pois reconheci estratégias da equipa para gerir as dificuldades que um contexto domiciliário apresenta. Nem sempre a mesma estratégia funciona em todos os doentes e de facto, a experiência foi fornecendo à equipa estratégias potenciadoras de uma eficaz gestão de sintomas, com uma capacidade de identificar o que não vai funcionar com determinada família e ajustar o plano adequadamente.

O primeiro passo para responder adequadamente aos problemas dos doentes é identificá-los. Não se consegue controlar o que não se conhece. Por isso é importante desenvolver métodos que permitam reconhecer e quantificar o impacto desses problemas. Existem múltiplas escalas de avaliação e com finalidades, extensões e complexidades diferentes das quais devemos fazer uso, pois são um forte aliado à gestão de sintomas. Algumas das escalas tem como finalidade avaliar sintomas e outras problemas individuais (José Ferraz Gonçalves [et all], 2016).

Ao longo do ENP existiram imensas oportunidades para aplicar e reaplicar as diferentes escalas, treinar a capacidade de identificar sintomas ou problemas não tão explícitos e ainda, aprofundar conhecimento na área farmacológica, no que diz respeito aos efeitos secundários e interações medicamentosas. De ressaltar a importância do relato dos doentes na identificação dos sintomas e problemas, é importante identificar o que realmente sentem e muitas vezes as palavras não expressam, por exemplo o cansaço é muitas vezes dispneia e

nem tanto, fadiga, importa descortinar o que querem realmente dizer para efetivamente gerir o sintoma ou problema correto. Ou seja, remete-nos para a importância da correta identificação do sintoma ou problema.

De destacar ainda, a capacidade de humildade em reconhecer as dificuldades em cada membro da equipa potenciando a partilha em momentos de reunião para assim se definir o plano mais ajustado ao doente, tendo a calma e serenidade de muitas vezes aguardar por esse momento para redefinir o plano terapêutico.

O plano terapêutico deve ser holístico e multidisciplinar, incluindo a definição clara e realista de objetivos, medidas não farmacológicas: físicas (massagens, posturais, etc), relaxamento, distração, modificação de hábitos (nutricionais) e/ou ambiente, psicoterapia, entre outros; o tratamento farmacológico, que deve, sempre que possível, ser orientado pela fisiopatologia associada, privilegiar a via oral, ser feito de forma regular e contemplar doses de resgate para episódios de maior intensidade do sintoma; a informação e educação ao doente e principal cuidador (escrita, com objetivos, posologia); a posologia e via de administração adequadas (por exemplo na xerostomia evitar comprimidos, preferir formulações de paladar agradável, apresentações solúveis ou efervescentes); uma explicação detalhada: posologia, efeitos laterais, objetivos terapêuticos; a prevenção e tratamento de crises; o seguimento individualizado e Rever, rever, rever com atenção ao pormenor (Freire e Fernandes 2018). Existe uma clara desvalorização das medidas não farmacológicas com justificação da falta de tempo, neste sentido tentou-se a partir dos ensinamentos, dotar os familiares de estratégias para aplicação de medidas não farmacológicas e era explicada a sua importância.

Em suma, foram adquiridas competências na identificação de sintomas e problemas, na aplicação das múltiplas escalas existentes e recomendadas aos CP, na gestão terapêutica, na área da farmacologia e na adequação do plano terapêutico tendo em conta o contexto domiciliário e a individualidade da unidade doente/família.

### **2.1.3. Competências técnico-científicas e humanas de apoio à família, incluindo o processo de luto**

Desenvolver competências de apoio à família, incluindo o processo de luto constitui-se um dos pilares dos CP como já descrito neste relatório, pois perante o diagnóstico de doença incurável e/ou grave e progressiva é inevitável não surgir a necessidade de um apoio à família diferenciado. Uma vez que os cuidados são dirigidos ao doente/família e a doença atinge a família e não em exclusividade uma pessoa. Por outro lado, o processo de luto é

algo que deve ser alvo de intervenção, seja o luto pelo que deixou de conseguir fazer, seja o luto antecipatório pelo diagnóstico recebido, seja por último, o luto após a morte pela parte dos familiares, para garantir que segue o seu percurso natural.

O apoio à família segundo TWYXCROSS é parte integrante dos CP e é fácil descurar os familiares porque estes se sentem no direito de perturbar o médico «que está tão atarefado». Por norma a perda de uma pessoa próxima, independentemente do motivo, é uma experiência traumática onde cada um sofre de forma única, e em algumas situações as pessoas precisam de ajuda profissional. É importante identificar estas situações (Twycross, 2001).

Com base no referido definimos o seguinte objetivo: desenvolver competências comunicacionais e relacionais na prestação de cuidados, prestando apoio no processo de luto à família.

Da evidência prática adquirida ao longo do ENP percebe-se que este processo de apoio à família inicia-se aquando início de prestação de cuidados. É possível muito cedo prever algumas situações que veem a precisar de ajuda profissional, mas nem sempre. No entanto parece importante o apoio desde a fase inicial para prevenir tal situação e para promover o luto como processo natural.

Foi possível diferenciar ao longo do ENP a diferença de atuação de uma equipa diferenciada e adquirir competências para não descurar, mas sim priorizar, a intervenção com a família desde a fase inicial em que se inicia a prestação de cuidados. De ressaltar, as muitas vezes sentidas dificuldades de intervenção, por ser já tardia no processo de doença, pela tardia referenciação que ainda acontece nos dias de hoje.

A avaliação das necessidades da família passa segundo Jacinta Fernandes pelo conhecimento de múltiplas características do doente e dos membros familiares, das suas expectativas e informação que já detém, bem como o grau de comunicação entre eles, pelo que importam determinadas características: a constituição do núcleo familiar e seus comportamentos, fase do ciclo de vida, disponibilidade e papéis que desempenham, bem como, relação com o doente, residência dos cuidadores, se moram perto ou na mesma casa, dificuldades sentidas, valores, preferências e padrões culturais, existência de crianças ou adolescentes na família próxima, recursos disponíveis e experiências anteriores (Fernandes, 2016)

A família deve ser envolvida no plano de intervenção, deve ser promovida a adaptação emocional à situação de doença incurável e/ou grave e progressiva, capacitar para o autocuidado da família e prestação de cuidados ao doente, preparar o processo de luto e prevenir lutos patológicos. O papel da equipa não se reduz apenas ao doente, a família deve ser alvo de observação e intervenção (Fernandes, 2016).

Segundo a mesma o sofrimento não é um sintoma nem um diagnóstico, mas uma experiência humana, uma realidade complexa e única para cada indivíduo. É ameaça à integridade da pessoa, e compreende várias dimensões biopsicossociais e espirituais, gera emoções negativas: medo, angustia, tristeza, ansiedade, apatia, culpa, negação, impotência, e incapacidade para enfrentar o que vem a seguir (Fernandes, 2016).

É importante o papel da equipa multidisciplinar, com competências comunicacionais desenvolvidas e podem por exemplo usar um recurso importante como as CF, como já referido acima, uma vez que, as CF são uma pertinente forma estruturada de intervenção com a família (Fernandes, 2016).

Deve considerar-se a importância da promoção e integração do enfermeiro na CF como defende Bruno Feiteira. Relembra que, o enfermeiro é aquele que permanece mais tempo junto do doente e família e como tal, é aquele que identifica as necessidades e conflitos que possam existir, possuindo um melhor conhecimento das necessidades efetivas do doente e família, permitindo orientar a CF em direção às necessidades identificadas (Bruno Feiteira, 2023; Daly [et al.], 2014; Gay [et al.], 2009; Hudson [et al.], 2008).

Neste sentido, foi notório a importância das CF ao longo do ENP, em nenhuma das participadas, a intenção passava apenas pela transmissão de notícias. Era relevante para a família observar uma equipa inteira ali sentados com eles, a transmissão de informações era esperada apenas pelo facto de estarem ali reunidos, e ainda, havia a demonstração de apoio e empatia, o que permitia a abertura para exprimirem o que sentiam, o que os preocupava, esclarecer dúvidas e sentirem a equipa como um apoio. Era um momento dedicado a eles, que não incluía apenas o doente, logo a família sentia-se parte dos cuidados prestados.

Havia ainda, espaço para promover a clareza e transparência familiar, permitindo que o assunto fosse partilhado entre eles, ouviam as preocupações do doente e dos seus familiares e a sua visão, o que levava a possibilidade de derrubar eventuais conflitos na comunicação entre eles.

É imensurável o valor das vantagens de derrubar estes obstáculos e implicam diretamente no processo de doença, bem como, na aceitação da morte e são quando derrubados, promotores de um luto não patológico. As CF não devem ser pontuais nos momentos de crise apenas, devem ser intervenção implementada, como todas as outras em CP, assentes na antecipação e prevenção sempre que possível. (Fernandes, 2016)

A vantagem observada no ENP de realizar atempadamente a CF era a influência direta no processo de doença e sua aceitação e pode observar-se por exemplo, a dificuldade aumentada no processo de aceitação quando o encaminhamento para a equipa era tardio. E mesmo

existindo uma comunicação dos médicos e profissionais de saúde de outras áreas de especialidade até então, o pouco desenvolvimento das habilidades exigidas ao profissional de saúde da área de CP, era elemento diferenciador.

À luz da evidência apresentada ao longo deste relatório foi possível desenvolver competências neste âmbito e destaco a capacidade de comunicação, mais uma vez, transversal a todas as atividades desenvolvidas e também no apoio à família, enaltecendo a forte capacidade para saber ouvir e respeitar o silêncio, por mais constrangedor e difícil que possa ser, mas necessário.

Relativamente a este objetivo, foram estabelecidas como estratégias pessoais para o alcançar, a observação da capacitação do doente/família em situação de doença incurável e/ou grave e progressiva para a gestão emocional, que permitiu desenvolver competências no sentido de ser capaz de agir ativamente posteriormente nesta área.

A observação das estratégias usadas pela equipa foram mais uma vez uma mais-valia para o desenvolvimento dos objetivos que pressupõem a aquisição de competências nesta área, pois permitiram a aquisição de conhecimentos para avaliar e validar se há capacidade por parte da família/doente em assegurar o plano terapêutico.

Havia sempre o cuidado de através de perguntas abertas e uma grande capacidade de observação, em determinar até que ponto estavam preparados para a situação. Isto é, apesar de muitas vezes se trabalhar em curto espaço de tempo, havia a preocupação da equipa refletir sobre o que o tempo permitia, tendo em conta as especificidades daquela situação e família/doente.

Assim sendo havia sempre o envolvimento da família/doente no plano terapêutico, havia a coresponsabilização dos envolvidos no próprio plano. O que é imprescindível e eleva os cuidados, na medida em que, a unidade doente/família são o centro dos cuidados.

Os objetivos eram sempre definidos em equipa, muito cuidadosamente e sempre individualizados à situação. Outras estratégias eram a observação da facilitação da expressão de preocupações, medos e emoções do doente e família e a observação na comunicação das más notícias, bem como, a demonstração de respeito pela vulnerabilidade física e psicológica do doente/família pelas suas perspetivas e desejos, durante a prestação de cuidados, promovendo a sua autonomia e dignidade na tomada de decisão, que foram imprescindíveis à obtenção deste objetivo.

Da perda de algo que seja significativo surge o luto, este é um processo adaptativo, uma reação natural que envolve um processo dinâmico de mudança e que depende de uma multiplicidade de fatores a nível físico, psicológico, comportamental, espiritual e

sociocultural da pessoa que o vivencia. Estes conjugam-se e relacionam-se diretamente entre si (Pacheco, 2002).

Em muitas situações após a perda surge por parte da família o isolamento e estigma, a perda financeira e as mudanças de papéis e responsabilidades que representam perdas secundárias associadas a um vazio de sentimentos na ausência do doente. A perda pode estender-se a várias dimensões da vida familiar e desencadear experiências de descontrolo e presença de emoções negativas potencialmente duradouras (Fernandes, 2016).

Ao longo do ENP foi observado que, existem diversos sentimentos aquando do processo de luto, em relação a lutos do próprio doente, observa-se muitas vezes sentimentos de injustiça, os doentes não compreendiam porque eles, havia tristeza, negação, observaram-se casos em que referiam vergonha em relação ao que já foram, pela própria perda de autonomia. Os familiares muitas vezes sentiam culpa por sentir alívio após a morte do doente, outros referiam tristeza, alguns referiam-se sem propósito (o propósito era cuidar), solidão também foi referida. Quanto a isto, daquilo que se observa é importante validar os sentimentos sentidos, foi visível a importância de mais uma vez demonstrar compreensão empática e escuta ativa, é importante ouvir e reconhecer que é válido o que sintam independentemente do que seja.

A experiência de luto é, deste modo, um processo dinâmico, flutuante e regulatório entre o confronto e o evitar da morte, sendo esta oscilação considerada necessária para que o processo seja realizado com configuração adaptativa (Pimenta e Capelas, 2019)

Com referido anteriormente, o luto foi visto como um processo com determinadas fases, agora mais recentemente como tarefas a ser desenvolvidas (Worder, 2013).

Nesse contexto, as experiências foram enriquecedoras para o desenvolvimento de competências alinhadas ao objetivo definido. No entanto, nem sempre foi possível acompanhar todo o processo até a conclusão da quarta tarefa do luto, conforme estabelecido. Há uma necessidade evidente de aprofundar essa área específica. No entanto, devido à ampla extensão geográfica a que a equipa dá resposta, ao aumento significativo de doentes com necessidades paliativas e ao crescente reconhecimento do trabalho da equipa que tem resultado em um maior número de referências, nem sempre é possível oferecer o apoio ao luto conforme recomendado pela evidência.

Era também estratégia, assistir na articulação de pedido de psicologia quando necessário; dignificar a morte e os processos de luto através do respeito pela individualidade e vontades proferidas. e a observação das aptidões demonstradas pela equipa para ajudar a família e

cuidador informal a preparar a morte e o luto, o que pelas numerosas situações que foram surgindo, foi permitido desenvolver.

Ainda assim, o investimento no apoio do luto, muito pelas circunstâncias, as necessidades serem muitas e a resposta ter tempo contado, o apoio no luto poderá ser uma área com necessidade de maior desenvolvimento futuramente. Esta foi uma área de investimento definida já no estágio anterior, embora não se tenha desenvolvido atividade específica, pois já está a ser desenvolvido um protocolo de melhoria, ao já existe, no apoio no luto, houve a oportunidade de acompanhar a colega que faz os contactos telefónicos para o efeito. No momento, já é realizado um contacto telefónico, após seis meses da perda, pela equipa à família, e se necessidade, posterior encaminhamento para a psicóloga do hospital.

Em suma, foram desenvolvidas competências de empatia; competências na área da comunicação eficaz; competências de sensibilidade cultural; gestão emocional; trabalho em equipa; e competências para desenvolver a capacidade de resolução de problemas com intenção de apoio à família e no processo de luto.

#### **2.1.4. Competências inerentes ao trabalho em equipa**

O doente com necessidades paliativas é caracterizado pela multidimensionalidade das necessidades que acarreta daí a necessidade de uma intervenção multidisciplinar.

Os CP exigem uma abordagem transdisciplinar, ou seja, a equipa e os vários elementos usam uma conceção em comum, desenham em conjunto a abordagem aos problemas que consideram de todos, incluindo o doente/família e serviços sociais e cuja finalidade é o bem-estar global do doente/família (Bernardo [et all], 2016).

Uma equipa de CP deve ser constituída por basicamente médico(a), enfermeiro(a) e assistente social, sendo que todas as outras possibilidades de elementos beneficiam e complementam, bem como enriquecem a equipa e valorizam o seu trabalho e projeto como cita Bernardo [et all] (2016) (Twycross, 2002).

Posto isto, definimos assim o seguinte objetivo: desenvolver competências de trabalho em equipa, colaborando com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio.

À equipa, importa saber que devem ter um propósito comum, um mesmo objetivo e bem definido e compreendido por todos. Devem complementar-se e com as suas competências diferenciadas encontrar estratégias comunicacionais, de apoio ao doente e família, no sentido

de potencializar o processo natural e da forma mais saudável possível, conhecer os direitos e deveres do doente, serem conhecedores do princípio da honestidade, dos princípios bioéticos que regem a sua intervenção, utilizar as CF, por exemplo, como estratégia de comunicação e serem conhecedores do papel que assumem e da extrema importância nos cuidados ao doente/família em CP (Bernardo [et all], 2016).

Ao nível das competências do trabalho em equipa, este estágio permitiu ainda uma visão do que compete a uma equipa especializada e diferenciada. Foi assim possível através da participação nas reuniões semanais e mensais, compreender a dinâmica necessária para uma equipa que presta cuidados complexos como é o caso, aos doentes com necessidades paliativas.

A equipa deve sentar-se e discutir o caso previamente, antecipar e dotar-se de estratégias para dar resposta às necessidades já identificadas e prepara-se para a identificação de novas necessidades. Devem atuar na prevenção e com base na preparação do doente/família para o processo (Bernardo [et all], 2016).

Em suma, uma equipa em CP deve ter o objetivo centrado nas necessidades do doente/família, a liderança deve sustentar-se no respeito, flexibilidade, motivação e capacidade de resolução de conflitos, e a resolução de conflitos deve incidir sobre o reconhecimento do papel individual no conflito e as suas consequências no seio da equipa (Bernardo [et all], 2016)

Foi possível desenvolver competências neste âmbito com a participação nas reuniões semanais e na discussão dos casos clínicos das diversas áreas de acompanhamento. Nestas reuniões acordam-se as CF, discutem-se casos clínicos e dilemas que envolvem os casos, no sentido de promover a expressão de sentimentos relativo a determinado caso clínico e definir o plano a implementar.

A participação na reunião mensal de equipa, é também potenciadora de estratégias para o desenvolvimento de competências do trabalho em equipa. Tem uma duração maior que as semanais, onde se realizam atividades para promover o trabalho em equipa, formações/partilha de casos e discussão dos mesmos e ainda, quebra-gelos promovidos pela direção clínica. No entanto, destaco a necessidade de promover atividades em âmbito menos formal, com intenção de prevenção de burnout, algo descurado pela equipa e que pode eventualmente contribuir para o trabalho em equipa.

Existe partilha de casos e momentos formativos, respeito entre pares e cumplicidade para definição de planos com um mesmo objetivo, bem compreendido entre todos. Muito notória a experiência e capacidade de trabalho em equipa que transmitem apenas por olhares entre

si. Destaco a comunicação entre membros como alvo de necessidade de maior investimento, no sentido pessoal, de promover a abertura para expressão de sentimentos dos membros da equipa, bem como, estratégias potenciadoras de bem-estar e quebra-gelos à equipa, ‘pois a prestação de cuidados desta complexidade pode eventualmente comprometer o bem-estar de quem presta os cuidados, principalmente porque as necessidades são muitas e os recursos humanos de gestão difícil, pelo numero insuficiente que existe. Uma realidade que a meu ver pode ser transversal a outras equipas e por isso, é importante a adoção de medidas de prevenção de Bournout.

Em suma, foram adquiridas competências interpessoais: na área da comunicação eficaz entre profissionais, empatia, trabalho colaborativo e respeito e valorização pela diversidade; competências organizacionais: para executar e organizar momentos formativos que estimulem a partilha de casos, para a participação nas reuniões de serviço e gestão de tempo.

## 2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS NA ÁREA DA ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

A enfermagem assinalou, 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. O exercício da profissão de enfermeiro remonta, em Portugal, a finais do século XIX, sendo que, a partir da 2.<sup>a</sup> metade do século XX, as alterações nas competências exigidas aos enfermeiros no seu nível de formação académica e profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa e diferenciada (Decreto-Lei nº104/98, 1998).

Assim, os enfermeiros constituem-se, nos dias de hoje, uma comunidade profissional e científica da maior pertinência no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em peculiar em cuidados de enfermagem (DL nº 104/98, 1998).

O Regulamento n.º 122/2011 (2011), dita as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista como um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num determinado domínio de enfermagem, salvaguardando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a uma área de

intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista engloba os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, ou seja, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Independentemente da sua área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns (Reg. n.º 122/2011, 2011).

E, portanto, a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

#### **2.2.1. Competências no Domínio da Responsabilidade Profissional e Ética e Legal**

As competências no domínio da ética e responsabilidade profissional surgem a par da formação, gestão e investigação como competências comuns a ser adquiridas para a especialização em CP. Uma vez que, estas competências são transversais à profissão de enfermagem, independentemente da especialização, é expectável que sejam aprofundadas e desenvolvidas na especialização, tendo em conta as especificidades do contexto.

Esta dimensão é fundamental para garantir um cuidado humanizado, respeitando a dignidade, autonomia e valores dos doentes/famílias. As competências éticas envolvem habilidades e princípios que orientam os profissionais na tomada de decisões e na prestação de cuidados alinhados com os direitos dos doentes.

Na prática, o cuidado apresenta-se de forma histórica e contextual, portanto, é variável e depende de relações que se estabelecem no processo de assistência, tornando-se uma atividade bastante mais complexa. Neste sentido o cuidado é importante, mas isoladamente, não é suficiente. Desde o início da história da enfermagem, os parâmetros éticos configuram questão primordial para a sua prática (Deodato, 2014).

Perante o supramencionado definimos o seguinte objetivo: adquirir competências de reflexão crítica relativas a assuntos de alta complexidade e dilemas éticos inerentes à prática dos CP.

No que respeita ao problema ético em enfermagem não se encontra uma definição própria para o mesmo, mas diz respeito a uma incerteza quanto à decisão para agir, estando em causa a dignidade dos doentes, dos seus direitos, da sua vontade ou em risco a sua saúde, originando dúvidas sobre os direitos, valores, os princípios ou as normas a adotar como fundamentação para a escolha das intervenções de enfermagem, perante uma decisão de cuidado (Deodato, 2014).

O processo da decisão em si parte da identificação destes problemas para a tomada de decisão e é definido como a decisão de cuidados desde um problema que emerge da relação de cuidado entre enfermeiro e o doente, e ainda, no âmbito da relação com os familiares, colegas ou outros profissionais de saúde (Deodato, 2014).

Emergindo daqui o direito à autodeterminação e a sua importância. Ou seja, ninguém melhor que a doente, quando devidamente informado, e aqui nós temos a responsabilidade de o assegurar, para escolher o que considera melhor para si. É um direito do doente para a tomada de decisão que seja o próprio a encontrar-se no centro da decisão, para isso importa a corresponsabilização e capacitação do doente em si mesmo. O doente no exercício da sua autonomia tem direito à sua autodeterminação individual. Aquando da capacitação da doente é inerente falar da importância da promoção da autonomia.

A autonomia é, segundo Barbosa, definida como a expressão de um direito que gera deveres. Logo, quando falamos de promoção da autonomia está inerente a sua capacidade de completar a ação como um direito e em como esse direito gera deveres em quem, com essa pessoa se relaciona. Autonomia significa assim, capacidade da pessoa humana, de estabelecer os fins para sua conduta em função dos valores que defende e de escolher os meios adequados para os atingir. O conceito de autonomia abrange uma série de dimensões da existência humana (Barbosa, 2016).

Capacitar para a autonomia parece fácil, mas é um processo complexo, que exige do profissional, pois a autonomia pretendida pelo doente pode ser pouco razoável, quando não impossível, provocando sentimentos de frustração e desgaste nos profissionais e no doente/família. Pelo que, importa a reflexão individual acerca das dimensões valorativas do corpo e da saúde no contexto das finalidades das ciências da saúde sendo este um dos grandes objetivos da bioética que terão de ser enquadrados com as características da situação concreta (Barbosa, 2016).

Assim cabe ao profissional de saúde identificar as capacidades para gerir expectativas e promover estrategicamente para a máxima autonomia possível.

Posto isto, neste contexto, torna-se pertinente uma abordagem ao conceito de vulnerabilidade, uma vez que, perante a doença incurável e/ou grave e progressiva, o doente e família se encontra pelos mais diversos motivos e provavelmente, na sua maior vulnerabilidade vivenciada. Assim torna-se importante o entendimento do conceito e o seu reconhecimento. Segundo o mesmo autor, a vulnerabilidade pode ser salvadora quando o doente, no contexto de uma relação interpessoal segura e aceitante, tem a oportunidade de expressar necessidades físicas e relacionais e de ser valorizada tal como é.

Destaca-se assim a importância do papel do enfermeiro especialista que deve antecipar e identificar estas situações de forma a proceder perante as mesmas de forma responsável. E, é nesta perspetiva do agir responsável como tomada de decisão, que deve procurar gerir valores e crenças em conflito, prever as consequências, atender ao contexto espaço temporal, histórico e psicossociocultural e político, para definir uma intervenção com os requisitos de uma bioética contemporânea assente na responsabilidade. Respeitando assim o direito do doente à vulnerabilidade, fornecendo estratégias ao doente/família para aceitação da mesma (Barbosa, 2016)

Ao longo do ENP as experiências que permitem desenvolver habilidades nesta dimensão são todas, em cada casa, em cada família, em cada situação, em cada doente, estavam presentes estes conceitos, pelo que é indissociável do cuidado a dimensão ética e responsabilidade profissional. Muitos dilemas em alguns casos, mas é transversal a todos que a dificuldade está presente, a perda de autonomia está presente, a vulnerabilidade está presente.

Enquanto pessoa é de realçar a importância de reter, que o ser humano apresenta uma sede inata de crescimento e que perante o diagnóstico de uma doença incurável e/ou grave e progressiva, bem como incapacitante, pode ser colocado em causa. O que nos permite concluir que perante o sofrimento o seu ser pessoa pode ser abalado.

Na abordagem ao sofrimento importa a capacidade de o identificar e agir de forma responsável, levando a uma tomada de decisão que valorize a dignidade humana. É importante, encarar e trabalhar as nossas inseguranças de forma a dar melhor resposta aquando dilemas éticos. Não só devemos consciencializar, como devemos ter noção que é nosso dever, enquanto enfermeiros, segundo o Artigo 4.º do Responsabilidade e autonomia, do regulamento nº 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros, que no nosso exercício profissional, se adote uma conduta responsável, ética e deontológica, atuando com a dignidade e autonomia técnico-científica da profissão.

Neste sentido, houve sempre o cuidado de ir refletindo diariamente, se eram asseguradas estas competências, penso que aqui a reflexão crítica das nossas ações, permite alcançar o objetivo e por sua vez, a evolução nos cuidados prestados.

O PNCP de 2010 definiu os CP como cuidados intensivos de conforto, e que são prestados de forma multidimensional e sistemática por uma equipa multidisciplinar, cuja prática e método de tomada de decisões são baseados na ética clínica, o que justifica a importância do papel do enfermeiro especialista em CP, bem como, a responsabilidade acrescida atribuída ao enfermeiro detentor de especialidade.

Nesta especificidade de cuidados e atendendo à vulnerabilidade do doente/família, devem ser transparentes e asseguradas estas competências. A falta de humanização nos cuidados prestados aumenta exponencialmente o sofrimento, na medida em que, impede a comunicação eficaz, impede a capacitação da própria, estimulando sentimentos de inutilidade, intensifica os sentimentos de frustração e ansiedade pelo sentimento de incompreensão e potencia a não aceitação da finitude da vida, potenciando assim uma crise quase existencial que coloca em causa o conceito de pessoa total, bem como, o respeito pela dignidade da pessoa humana, uma vez que pode estar em causa o direito à autodeterminação e o princípio da autonomia, permitindo ainda a violação do princípio da vulnerabilidade, na medida em que há dificuldade em reconhecer a dignidade da pessoa fragilizada. Pelo que se torna imprescindível à prestação de cuidados, a competência do profissional em assegurar estas competências.

Ao longo deste ENP, e considerando o SICP um serviço de referência de dignidade nos cuidados, observaram-se algumas situações que podem promover a reflexão sobre alguns dilemas éticos. Apesar do contexto ser o domiciliário, uma vez que a equipa integrava o SICP, houve oportunidade de acompanhar também a equipa nas outras tipologias. Em serviços de internamento, por vezes, a prática da obstinação terapêutica ainda está presente. Algumas equipas demonstraram ainda estar mais direcionadas para a cura/tratar, mesmo após a referenciação do doente em situação paliativa para o SICP, que muitas vezes ainda é tardia. Algumas vezes, ainda se assiste a doentes em situação paliativa com prescrição de medidas potenciadoras de desconforto, como por exemplo: doentes com secreções e com sonda nasogástrica a ser alimentados em bólus e posteriormente aspiradas secreções abundantemente, ou com prescrição de grandes volumes de fluídos endovenosos por não se estarem a alimentar, a maior parte das vezes, ainda com alimentação parentérica a ser colocada em cima da mesa; doentes que apresentavam baixo débito urinário, algaliados para monitorização da diurese; doentes em situação paliativa com oxigénio suplementar sem

critérios; punções diárias; medicação por via endovenosa quando pode ser administrada por via subcutânea; mais que um cateter endovenoso “porque se pode perder um”, polimedicações quando a via oral está comprometida e etc. E, infelizmente, ainda se assiste a situações de doentes imobilizados para conseguir assegurar todas essas intervenções potenciadoras de desconforto, numa fase em que se pede apoio a uma equipa que prevê o conforto no alicerce dos cuidados. Assim, a equipa do SICP tem também papel fundamental para com as suas intervenções e ensinamentos à equipa, demonstrar através do resultado, o conforto do doente e devido controlo sintomático, a importância da sua intervenção e esclarecer alguns conceitos.

Posto isto, a equipa tinha o cuidado de transmitir toda a informação das alterações à equipa do respetivo internamento e fazia questão de explicar fundamentadamente as alterações efetuadas, para que todos compreendessem o objetivo e o impacto de certas alterações.

Por outro lado, na frente da obstinação terapêutica e prática de distanásia, encontramos a eutanásia. Convém distinguir os termos eutanásia e sedação paliativa. 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 linhas orientadoras sobre a sedação em doentes terminais emanadas 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. 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 do doente em situação paliativa, através da administração de um fármaco.

Outro dilema ético presenciado no dia a dia é a decisão de suspender a alimentação, sendo um tema que ainda levanta várias interrogações e receios. A preocupação de alimentar o doente 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 de proporcionar conforto e a morte chegará pelo processo natural da doença e não pela desnutrição ou desidratação (Barbosa et al., 2016). Este conceito sustenta as decisões do SICP e é transmitido aos familiares aquando da decisão de suspender a alimentação, para extinguir o mito de que o doente em situação paliativa vai morrer com fome/sede. Ainda assim, é recorrente a tentativa, principalmente em contexto domiciliário, de contornar esta decisão, por incompreensão ou negação do processo natural do fim de vida.

Em suma, o ENP foi gratificante e enriquecedor para atingir o objetivo proposto e desenvolver competências e habilidades na dimensão ética, tendo em conta os princípios bioéticos que regem os CP: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Ou seja, competências no respeito pela autonomia, na comunicação sensível e humanizada, na tomada de decisão compartilhada, no cuidado centrado na dignidade, competências para o reconhecimento dos limites: limites da obstinação terapêutica vs. cuidados proporcionais, competências para agir na decisão de sedação paliativa e competências para o respeito à espiritualidade do doente.

### **2.2.2. Competências do Domínio da Melhoria Contínua de Qualidade: Formação**

A formação constitui-se a par das mencionadas neste relatório, uma das competências comuns, a aprofundar e desenvolver na obtenção do título de especialista.

Perante as várias dimensões da complexidade que se colocam às ECP e às equipas com quem trabalham é fundamental a existência de oportunidades de formação em áreas específicas, a nível de reciclagem, atualização de conhecimentos e competências. (CNCP, 2023-2024).

Os cuidados de saúde de elevada qualidade são os certos, prestados no momento certo e de forma coordenada, dando resposta às necessidades dos doentes que beneficiam do serviço, de forma a minimizar os danos e desperdício de recursos. Visam, em última observação, aumentar a probabilidade dos resultados de saúde pretendidos, figurando um processo de melhoria contínuo ou dinâmico e não estático (WHO, 2018 cit. em PEDCP 2023-2024)

A qualidade em saúde, como defende o PEDCP, assenta nos mesmos pilares e bases de referência que integram a definição e conceção da qualidade geral e total, isto é, na satisfação das necessidades e expectativas do consumidor tendo como intuito uma experiência positiva (Pereira, 2021 cit. em PEDCP 2023-2024).

É importante estabelecer elevados padrões de qualidade junto do doente/família com necessidades paliativas com objetivo de garantir uma melhor resposta a essas necessidades. (CNCP, 2023-2024).

Posto isto, definimos o seguinte objetivo: desenvolver competências na formação em contexto de trabalho.

A National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP)(EUA, 2018) publicou as linhas orientadoras para a qualidade dos CP. Linhas orientadoras já aplicadas por diversas organizações americanas e referidas no PEDCP do biénio 2023-2024. Compreendem assim

oito domínios de cuidados, que compreendem a definição da OMS para os CP: Estrutura e Processos; Aspetos Físicos; Aspetos Psicológicos e Psiquiátricos Aspetos Sociais; Aspetos Espirituais, Religiosos e Existenciais; Aspetos Culturais; Cuidados com o doente em fim de vida e Aspetos Éticos e Legais.

Sendo que no domínio da estrutura e processos, entende-se que são definidas orientações sobre a composição da equipa interdisciplinar, incluindo as qualificações profissionais, isto é, a formação (teórica e prática) / educação e apoio necessários para prestar os cuidados idealizados. (CNCP, 2023-2024). No Plano Estratégico para o desenvolvimento dos CP do Biénio 2019-2020 já constavam várias linhas estratégicas entre as quais se destacava a formação e capacitação dos profissionais de saúde (CNCP, 2019-2020).

A formação torna-se fundamental quer para a constituição de novas equipas/ unidades, quer para o desenvolvimento de competências em CP das equipas multidisciplinares e para garantir os diferentes graus de complexidade das intervenções (CNCP 2021-2022)

Mais recentemente é reconhecida no PEDCP 2023-2024 como um pilar fundamental para a implementação e melhoria dos CP em Portugal. Investir na formação pré-graduada, pós-graduada e contínua dos profissionais de saúde é crucial para assegurar a qualidade dos cuidados prestados e para responder às necessidades específicas dos doentes em CP (CNCP, 2023-2024)

A formação contínua revela-se cada vez mais imprescindível à prestação de cuidados de excelência, sobretudo pela sociedade atual, cada vez mais competitiva e de rápida evolução, com cada vez mais formação de base e conhecimentos na área da saúde e ainda, por alguma desinformação que é adquirida facilmente através do avanço tecnológico que não tem permitido a aquisição de capacidades na seleção de informação que é capaz de chegar à população de forma tão rápida (CNCP, 2021-2022)

Assim independentemente da área de intervenção, não há crescimento enquanto profissional de saúde, quer seja a nível técnico, quer a nível científico, se não houver investimento num processo formativo que se demonstra, por isso mesmo, urgente e imprescindível durante todo o percurso profissional.

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).

Enquanto profissional de saúde, tendo em conta o objetivo de cuidados, que se traduz na procura contínua da melhoria da prestação de cuidados, a formação continua é de facto aliada indispensável.

Neste sentido, foi imprescindível desenvolver atividades ao longo do ENP que dessem resposta ao desenvolvimento desta competência. Em primeira instância, como já existia uma avaliação de necessidades formativas e um plano de formação para o ano corrente, decidimos integrar o que havia já realizado e dar resposta a necessidades já identificadas pela equipa do SICP. Existia, em processo, o desenvolvimento desta área, para a acreditação da idoneidade formativa em enfermagem. Assim, após análise do que já tinha sido realizado em anos anteriores, tendo em conta a avaliação das necessidades formativas para o ano corrente, definimos organizar a formação de duas sessões formativas em conjunto com uma colega mestranda a desenvolver também o mesmo ENP no mesmo contexto. Os temas identificados como necessidade e escolhidos para organizar as sessões de formação foram: A Espiritualidade em CP e o Processo de Luto em CP. O objetivo geral da 1ª sessão foi capacitar a equipa multidisciplinar para uma melhor compreensão da definição humanística e fenomenologia da espiritualidade e o objetivo geral da 2ª sessão foi capacitar a equipa multidisciplinar para a assistência ao doente, família e os amigos ajudando-os a lidar com o sofrimento, a dor e as perdas. A formação foi dirigida a todos os elementos da equipa multidisciplinar do SICP. Foram convidadas duas formadoras externas para partilhar o seu conhecimento com a equipa. Uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação paliativa e com uma scoping review realizada na área da espiritualidade e uma assistente social e terapeuta do luto.

Para a organização das sessões foi realizado um planeamento da sessão (Apêndice 1 e 2) e o plano de sessão correspondente a cada uma das sessões (Apêndice 3 e 4) com os respetivos objetivos específicos e descrição da atividade, bem como, os conteúdos programados. Foram sessões formativas organizadas em formato on-line, com recurso à plataforma zoom, duração de 45 minutos e avaliadas segundo o questionário de avaliação da satisfação da sessão (Apêndice 5) com recurso ao google forms.

Assim sendo, a partir da avaliação da satisfação dos formandos, percebemos que relativamente à sessão da **Espiritualidade em CP** 100% achou pertinente o tema e achou que o formador foi sempre claro, 60% achou que a formação correspondeu totalmente ao esperado, enquanto 40% achou que correspondeu parcialmente ao esperado conforme podemos analisar nos gráficos nº 1, 2 e 3 abaixo apresentados:

1- Achou pertinente o tema da sessão da formação.

10 respostas



Gráfico 1- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Espiritualidade em CP-pergunta 1

2- Achou que o formador foi claro e esclareceu sempre as dúvidas.

10 respostas



Gráfico 2- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Espiritualidade em CP-pergunta 2

3- A sessão de formação correspondeu ao esperado.

10 respostas

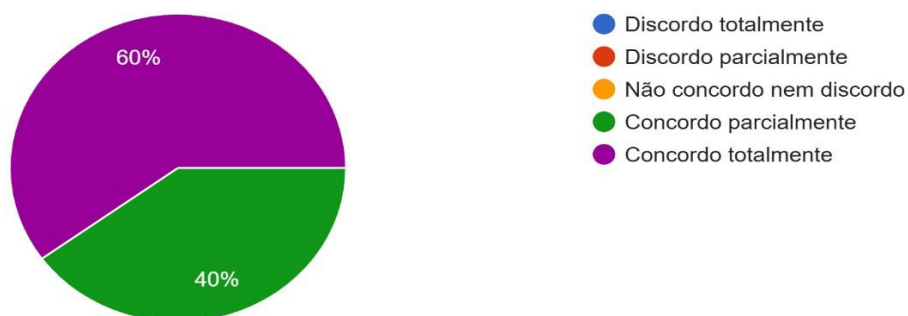


Gráfico 3- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Espiritualidade em CP-pergunta 3

Relativamente ao conhecimento prévio acerca do tema, 70% concordou parcialmente que já sabia muito sobre o tema e 10% concordou totalmente que já sabia muito, havendo 20% que definiram nem concordar nem discordar (gráfico nº 4).

4- Antes da sessão de formação já sabia muito sobre o tema.

10 respostas

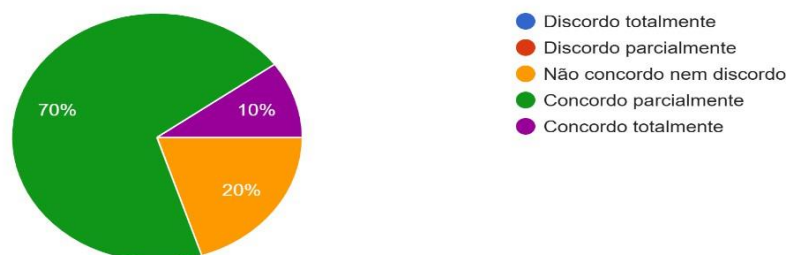


Gráfico 4- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Espiritualidade em CP-pergunta 4

Sendo que após a sessão, 50% dos formandos concordou na totalidade que ficou a saber mais sobre o tema enquanto 30% concorda parcialmente que tenha ficado a saber mais, e 10% discordou que tivesse ficado a saber mais. (gráfico nº 5).

5- Depois da sessão de formação fiquei a saber mais sobre o tema.

10 respostas

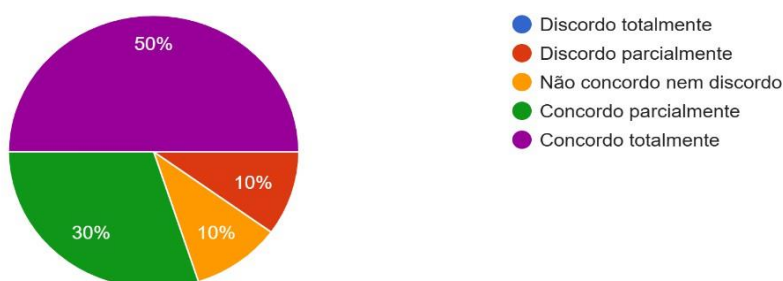
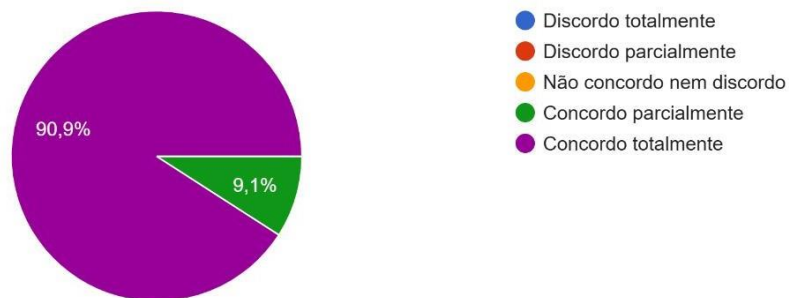


Gráfico 5- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Espiritualidade em CP-pergunta 5

No entanto deve ser salvaguardado que o número total de formandos foi de 14 e apenas 10 responderam ao questionário de avaliação de satisfação da sessão, sendo que em eventuais futuras formações pode ser importante dispensar uns minutos no final de cada sessão para proceder a avaliação ou recorrer ao questionário em papel.

Relativamente à sessão do **Processo de luto em CP**, conseguimos concluir que 90.9% concordaram totalmente na pertinência do tema e 9.1% concordou parcialmente (gráfico nº 6). E no que diz respeito ao formador e a forma como foi claro e esclareceu sempre as dúvidas a percentagem foi igual, 90.9 % concordou totalmente e 9.1% concordou parcialmente.

1- Achou pertinente o tema da sessão da formação.  
11 respostas



Relativamente ao formador, 90.9% concordou totalmente que o formador foi claro e esclareceu sempre as dúvidas e 9.1% concordou parcialmente com a mesma afirmação (gráfico nº7).

2- Achou que o formador foi claro e esclareceu sempre as dúvidas.  
11 respostas

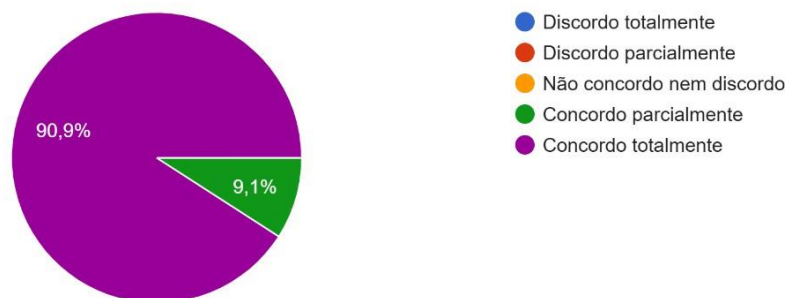


Gráfico 7- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Processo de Luto em CP-pergunta 3

No que diz respeito ao esperado da sessão 63.6% achou que correspondeu totalmente e 36.4% correspondeu parcialmente. Não existindo ninguém a achar que não correspondeu ao esperado (gráfico nº 8).

3- A sessão de formação correspondeu ao esperado.

11 respostas

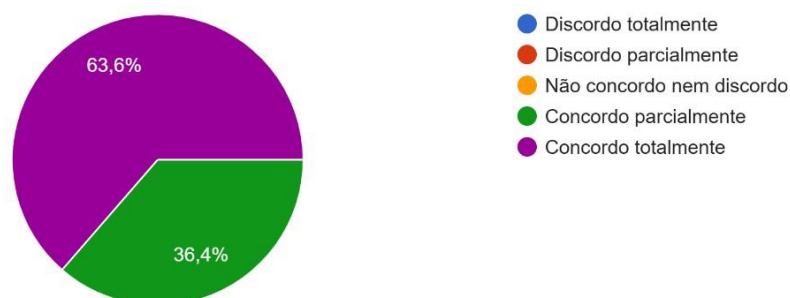


Gráfico 8- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Processo de Luto em CP-pergunta 4

No entanto, em relação à questão do que já sabiam sobre o tema podemos concluir que 72.8% concordou totalmente que já sabia muito sobre o tema do processo de luto em CP e ainda assim se constitui um tema com necessidade formativa. Sendo que 9.1% concordou parcialmente com a afirmação e 9.1% não concordou nem discordou e ainda, 9.1% discordou parcialmente saber muito sobre o tema. Poderia valer a pena distinguir se existe correlação com a atividade profissional desenvolvida e por exemplo, adequar as atividades formativas ao grupo de formandos, conforme categoria profissional se justificado (gráfico nº9)

4- Antes da sessão de formação já sabia muito sobre o tema.

11 respostas

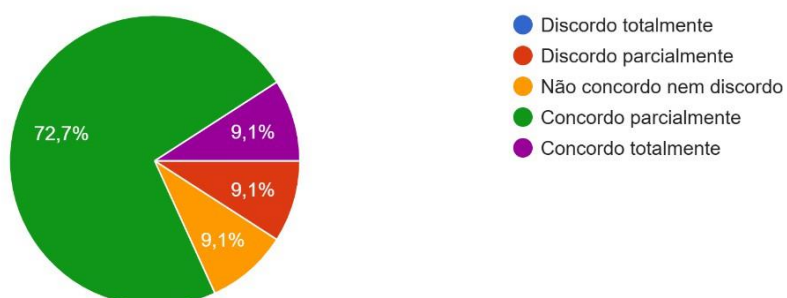


Gráfico 9- Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Processo de Luto em CP-pergunta 5

Na última questão, que aborda o conhecimento adquirido existe 72.7% a concordar totalmente com a afirmação, fiquei a saber mais sobre o tema, 18.2% concordaram parcialmente e 9.1% discordaram parcialmente (gráfico 10).

5- Depois da sessão de formação fiquei a saber mais sobre o tema.

11 respostas

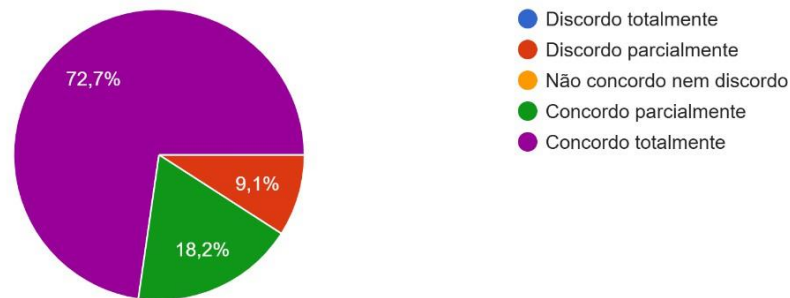


Gráfico 10 - Questionário de avaliação de Satisfação da sessão Processo de Luto em CP-pergunta 5

Em suma, nesta sessão existiram 14 formandos, 11 responderam ao questionário de avaliação de satisfação. Pelo que existindo ainda, abstenção, pode ser sugerido no futuro, objetivando o preenchimento a 100% dos participantes, de ser em papel, uma vez que foi reservado tempo no final e mesmo assim, existiu quem não procedeu ao preenchimento do questionário.

### 2.2.3. Competências do Domínio da Melhoria Contínua de Qualidade: Gestão de Cuidados

O domínio da melhoria contínua da qualidade constitui uma das competências comuns do enfermeiro especialista, devendo desenvolver práticas de qualidade, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua, tal como definido no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista previsto no Decreto-Lei nº26/2019. A melhoria contínua e a gestão de cuidados não são exclusividade dos enfermeiros gestores, pelo que toda a equipa deve estar envolvida em função deste objetivo comum. Neste sentido, definiu-se para este estágio–o objetivo de desenvolver competências na gestão de cuidados. Foi importante, o acompanhamento da Enfermeira Responsável do Serviço e a consulta das práticas já desenvolvidas.

No serviço de realização de estágio, os registos de enfermagem são executados com recurso à 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 nos

doentes, 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). Existem algumas necessidades, que estão a ser desenvolvidas estratégias, por uma das enfermeiras da equipa no sentido de as colmatar, sendo que existe já como indicador de qualidade a avaliação de determinados registos ditos essenciais e foi realizada formação no serviço para o apresentar e esclarecer eventuais dúvidas no registo dos mesmos. Pelo que se conclui neste relatório a necessidade de investimento nesta área.

Relativamente ao acondicionamento de materiais e gestão de stock assenta na Metodologia Lean e têm instituído em toda a instituição o recurso ao Modelo Kanban para o efeito. Nesta área, a metodologia é funcional, é bastante intuitiva a qualquer profissional que chegue de novo, muito organizada, uma abordagem eficaz para aumentar a eficiência, reduzir desperdícios e melhorar a qualidade. A organização dos stocks e o modelo é adequado, e por isso, uma área bastante bem desenvolvida no serviço e hospital que integra e por isso, uma boa sugestão, nos parece, para os restantes semelhantes.

Relativamente aos procedimentos internos e protocolos do serviço, foi identificada a necessidade de desenvolver um protocolo que dê resposta à necessidade identificada pela equipa, de melhoria na articulação do SICP com as unidades envolvidas na prestação de cuidados aos doentes acompanhados pelo mesmo. Indo também de encontro ao trabalho de investigação que foi desenvolvido neste ENP e pode vir a ser estratégia para melhorar a articulação e dar eficaz resposta aos doentes com necessidades paliativas institucionalizados. O protocolo desenvolvido foi denominado de: Protocolo de Articulação com Equipas Envolvidas na Prestação de Cuidados a Doentes Acompanhados pelo SICP (Apêndice 6). Visa uniformizar a articulação e a comunicação entre o SICP e todas as unidades de cuidados personalizados, unidades de saúde familiar, equipas de cuidados continuados integrados, bem como unidades de internamento no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e entidades residenciais para idosos da região.

O protocolo de articulação com as equipas envolvidas na prestação de cuidados a doentes acompanhados pelo SICP, surge da necessidade de uniformizar a articulação e a comunicação, de modo a garantir não só a melhoria contínua dos cuidados ao doente portador de doença incurável e/ou grave e progressiva, mas também, o suporte e continuidade da formação das equipas. A orientação do protocolo é que o apoio de consultadoria objetiva em articulação com as equipas prestadoras de cuidados aos doentes, famílias e ou cuidadores, dar resposta as necessidades do doente. Esta articulação deve estar presente particularmente desde o momento que se identifiquem necessidades paliativas e

sempre que ocorra alteração do nível de complexidade. Enquanto cuidados multidimensionais, a prestação de CP, deve permitir ao doente mudar de equipa segundo as suas necessidades clínicas e preferenciais. O SICP deve dar consultadoria a todas as unidades da sua área de influência e importa dar a conhecer o funcionamento da equipa, assim como, esclarecer sobre o regime de acompanhamento do doente. De modo a existir uma articulação eficaz e fluida, com objetivo de centralizar o doente e sua família na prestação de cuidados. No protocolo consta ainda um algoritmo de atuação aquando transferência de cuidados (Apêndice 6).

Em simultâneo, foi sugerida pela enfermeira responsável e coordenador do SICP a melhoria de um protocolo existente, o protocolo de apoio telefónico que objetiva descrever os procedimentos associados ao apoio telefónico desenvolvido no âmbito do SICP direcionado aos doentes, família/ cuidadores e profissionais acompanhados pelo mesmo. O apoio telefónico aos doentes, familiares/ cuidadores e profissionais acompanhados pelo SICP é uma estratégia para assegurar a continuidade de cuidados. Facilita o esclarecimento de dúvidas/dificuldades quando o doente está no domicílio, visando diminuir a necessidade de deslocação à instituição hospitalar e melhorar o acompanhamento ao doente/ família/ cuidador informal (Anexo 1).

## 2.3. COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM CUIDADOS PALIATIVOS NAS UNIDADES LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO

O Enfermeiro Especialista deve assim ter desenvolvidas as competências específicas e comuns anteriormente abordadas e incorporar a melhor evidência científica procurando as melhores práticas, assim como, ser agente ativo no campo da investigação. Deve contribuir para o novo conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Neste sentido, delineou-se como objetivo: desenvolver competências de investigação em Enfermagem.

Foi realizado um diagnóstico de situação e em parceria com diretor clínico e enfermeira responsável surgiu a necessidade de protocolar a articulação com as ULDM, como apresentado anteriormente. A partir desta necessidade em conjunto com a necessidade sentida no contexto das ULDM para tornar esta articulação mais eficaz, e de um particular interesse na área, surge a oportunidade de realizar um estudo primário para conhecer a percepção dos enfermeiros do SICP quanto à Intervenção do Enfermeiro Especialista em CP nas ULDM.

### **2.3.1. Justificação da problemática**

A enfermagem enquanto disciplina e ciência tem nos seus atributos uma relação intrínseca com a investigação. Efetivamente, o enfermeiro especialista, segundo o Regulamento do Competências comuns, deve “disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019).

O Guia Nacional de Cuidados Continuados Integrados define a RNCCI como um modelo organizacional e reforça que, a RNCCI dirige-se a doentes com doença crónica, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para serem cuidadas em casa ou noutro tipo de resposta. Presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida. (Instituto da Segurança Social - ISS, 2023)

Os cuidados prestados nas unidades de cuidados continuados são dirigidos a doentes que se encontram com dependência funcional transitória decorrente de processo convalescença ou outro; dependência funcional prolongada; com critérios de fragilidade (dependência e doença); com incapacidade grave, com forte impacto psicossocial; e com doença severa, em fase avançada ou terminal. (Instituto da Segurança Social - ISS, 2023) Devido ao crescente aumento de doentes com necessidades paliativas e a perspetiva pessoal da insuficiente resposta de UCP, as ULDM acabam por ser uma solução para dar resposta a estes doentes e assegurar os cuidados que necessitam.

Num ambiente onde predomina a busca incessante pela cura ou a prevenção da doença, torna-se difícil o cuidar e acompanhamento global dos doentes com sofrimento intenso perante uma doença incurável e/ou grave e progressiva. Este tipo de cuidados exige uma intervenção diferenciada e específica. A RNCCI, criada pelo Decreto-Lei N.º 281, de 8 de novembro de 2003, oferece respostas específicas para doentes que necessitam de cuidados de média e de longa duração, em regime de internamento, no domicílio ou em unidades de dia. Embora esteja naturalmente implícita na RNCCI prestação de ações paliativas, não está prevista, a prestação diferenciada de CP a doentes com doença incurável e/ou grave e progressiva.

Com as alterações introduzidas pela Portaria nº 249/2018 de 6 de setembro, o Art.º 5 prevê a prestação de ações paliativas nas UCCI da RNCCI, ainda que, por outro lado, no Art.º 19 ponto 8 alínea e) se excluía das Unidades da RNCCI doentes com necessidades de CP, observa-se com alguma frequência, referência para as ULDM de doentes com necessidade de CP e não apenas de ações paliativas. Muitas das vezes pela dificuldade dos critérios de referência para a RNCP.

Assim assistimos à integração de doentes com necessidades de CP em ULDM, com toda a complexidade quer clínica quer de recursos materiais, sobretudo terapêuticas, e especialização de recursos humanos que esta unidade de cuidados não dispõe. (Associação de Cuidados Continuados, 2020)

A Associação de Cuidados Continuados identifica ainda que se tem assistido ao envio de doentes a necessitar de CP para as ULDM em vez de serem enviados para a tipologia correta, as UCP. E os doentes que são enviados para as UCP, chegam tardiamente, acabando por falecer no espaço de uma semana ou até horas, ou seja, assiste-se a *“cuidados na morte”* e não a CP com todas as consequências que isso acarreta para os doentes em fim de vida e suas famílias. As UCP apresentam taxas de ocupação de camas na ordem dos 50%, precisamente porque os doentes que necessitam deste tipo de cuidados

são referenciados para ULDM.-Tal situação, aponta para uma lógica de poupança, uma vez que nas UCP o valor pago por doente é praticamente o dobro do que nas ULDM. Para além disso, nas UCP o Estado paga 100% do valor e nas ULDM o Estado paga uma parte e a família outra parte. Como é sabido as UCP têm cuidados médicos e de enfermagem 24h/dia e as dotações diferenciam-se bastante das ULDM. Estes recursos humanos implicam custos fixos a somar aos custos com medicação, que são muito superiores aos das ULDM. A agravar, apesar da lista de espera para UCP, a RNCCP não faz referência de doentes para esta tipologia, diminuindo a receita destas, que se mantêm assim com taxas de ocupação 50% segundo este relatório. Relativamente aos recursos humanos, os profissionais de saúde nas UCP têm obrigatoriamente formação específica e diferenciada em CP, ao contrário das equipas das ULDM. Isto pode concorrer para que se coloque mais pressão sobre os profissionais que cuidam nas ULDM, obrigando-os a lidar com situações e tomadas de decisão para as quais poderão não estar capacitados, aumentando os níveis de stresse e consequentemente até o risco de burnout (Associação de Cuidados Continuados, 2020)

Posto isto, apesar do número de acompanhamentos realizados pelo SICP da ULS em articulação com as ULDM da região em questão, em 2023 chegar apenas aos 29, num total de 1075 pessoas, constatam-se que as referências continuam a ser seletivas pelo carácter emergente da situação e tardias.

Assim sendo, torna-se evidente a crescente necessidade de acompanhamento de doentes institucionalizados em ULDM e pelos que ainda, ficam por referenciar. O que muitas vezes acontece por incapacidade de concluir a necessidade de cuidados por parte de uma equipa externa e diferenciada, outras vezes, por desconhecimento dos benefícios a que as doentes ficam privados com a não referência, ou pela falta de conhecimento sobre o processo de referência e seus critérios e ainda, pela incapacidade de aceitação da mudança de paradigma do cuidar curativo para o cuidar sem objetivo de cura.

Os Planos estratégicos para o Desenvolvimento dos CP (PEDCP 2017-2018 e PEDCP 2019-2020) definiram conceitos e distribuíram recursos. No entanto, como conclui o plano seguinte, em 2021-2022, embora já se assista a uma distribuição geográfica alargada destes, existe um grande número de portugueses com necessidades paliativas que ainda não têm facilidade de acesso a CP. (CNCP, 2021-2022)

Conclui-se ainda no mesmo documento que, atualmente a evolução social, económica e da própria medicina aumentaram significativamente a esperança média de vida, o que

acaba por apresentar implicações na prestação de cuidados de saúde, pela complexidade e necessidade de cuidados cada vez mais interdependentes. Desta forma, torna-se essencial uma reestruturação no sentido de potenciar a articulação regular entre equipas de saúde nos vários níveis de cuidados. (CNCP, 2021-2022)

Deste modo, orienta para a necessidade de serem realizadas reuniões mensais entre as equipas locais (*UCP, EIHSCP, EIHSCP-P e ECSCP*) onde exista a partilha da responsabilidade pelos doentes com necessidades de cuidados, sejam elas presencial ou virtualmente, intervalo este, que reforça que poderá ser ajustável consoante as necessidades. Nestas reuniões preconiza que seja feita a revisão e discussão de casos clínicos, inicialmente abordando 3 casos, tendo em conta a complexidade dos mesmos. Para a avaliação da complexidade sugere a aplicação prévia da escala IDC-Pal e conclui com a necessidade de integrar um registo clínico, onde deve ser definido o local de viver/morrer preferencial do doente e a possibilidade de ser concretizado (CNCP, 2021-2022). O Conselho da Europa afirma que a qualidade do atendimento em determinada região não depende unicamente da qualidade das instituições/serviços, mas também, da articulação de e entre serviços de cuidados, isto é, se os serviços estiverem organizados dentro de uma rede nacional funcional, preconiza que haverá maior acesso aos CP e aumenta a qualidade, bem como a continuidade de cuidados, possibilitando que uma proporção maior de doentes possa morrer em casa, se assim o desejarem (CNCP, 2021-2022).

Esta articulação, deve estar sempre presente, desde que se identifique necessidade de CP e sempre que ocorra alteração do nível de complexidade, de um nível menos severo para mais severo e vice-versa (CNCP, 2021-2022).

Mas o que é facto é que se encontram cada vez mais doentes com necessidades paliativas noutro regime, pelas insuficientes respostas na comunidade e ainda, devido às características da população, o número de doentes com necessidades paliativas aumenta paralelamente em grande número, face às respostas das UCP. Por isso, parece importante e imprescindível trabalhar esta articulação entre equipas, e a formação das equipas aparenta ser um agente facilitador desta articulação. E ainda, aumentar o foco na comunicação e trabalho em equipa com o doente no centro da decisão (CNCP, 2021-2022).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa a área de especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa tem como objetivo a intervenção ao doente com doença crónica incapacitante e terminal, preservando a sua dignidade, maximizando a sua

qualidade de vida e diminuindo o sofrimento. Afirma ainda que, os pilares fundamentais dos CP assentam no controlo dos sintomas, no suporte psicológico, emocional e espiritual, mediante uma comunicação eficaz e terapêutica; no cuidado à família e no trabalho em equipa, em que todos se centram numa mesma missão e objetivos. (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro, 2015)

A partir do apresentado e de um particular interesse, por exercer em uma ULDM e a desenvolver um ENP integrado no Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, no SICP da ULS, emergiu a seguinte questão de investigação: “Qual a perceção dos enfermeiros do SICP acerca da sua intervenção com as equipas das ULDM?” Ou seja, pretende-se conhecer a perceção sobre a articulação com as ULDM e as suas sugestões para a melhoria da articulação, visando colaborar na eficaz resposta aos doentes com necessidades paliativas institucionalizados em ULDM. O objetivo geral é conhecer a perceção dos enfermeiros especialistas do SICP sobre a sua intervenção nas ULDM e os objetivos específicos são:

- 1) Conhecer a perceção dos enfermeiros do SICP sobre a articulação com as Unidades Longa Duração e Manutenção;
- 2) Analisar a perceção dos enfermeiros do SICP acerca dos contributos da sua intervenção nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa institucionalizada numa Unidades Longa Duração e Manutenção;
- 3) Analisar a perceção dos enfermeiros do SICP acerca dos aspetos potenciadores e facilitadores para a articulação com as equipas das Unidades Longa Duração e Manutenção;
- 4) Identificar as sugestões dos enfermeiros do SICP acerca da melhoria na articulação com as equipas das Unidades Longa Duração e Manutenção.

### **2.3.2. Tipo de Estudo**

Este estudo foi um estudo qualitativo de natureza exploratório-descritiva que pretendeu descrever a perceção dos enfermeiros relativamente ao tema mencionado, através do recurso a entrevistas semiestruturadas.

### **2.3.3. Recolha de dados**

A Fonte de colheita de dados para este estudo foi a entrevista semiestruturada. Uma das estratégias de colheita de dados mais frequentemente utilizada é a entrevista aberta. Ryan

Coughlan e Cronin (2009) citados por Helen J. Streubert e Dona Rinaldi Carpenter descreveram três tipos de entrevista, duas mais adequadas para a investigação qualitativa que a terceira. A entrevista estruturada, a mais utilizada nos estudos quantitativos e que contém uma lista fixa de perguntas que será feita a cada participante. A segunda é a entrevista semiestruturada que é mais flexível. Apesar de existirem perguntas orientadoras, a oportunidade de contar uma história está inerente ao formato. E a entrevista não estruturada usa uma ou mais perguntas orientadoras e não há estrutura limitada.

A entrevista qualitativa formal é uma conversa não estruturada com um fim e que geralmente recorre à áudio gravação e transcrição dos dados através de uma entrevista guiada, em vez de uma lista rígida de perguntas (Streubert & Carpenter, 2011).

É assim, um método de colheita de dados utilizado para identificar opiniões, sentimentos, pensamentos, crenças, valores, percepções e atitudes do entrevistado em relação a um ou mais assuntos. É uma técnica útil para investigar comportamentos e subjetividade humana. Torna possível, por exemplo, colher dados a respeito do que as pessoas fazem, como fazem e os motivos pelos quais fazem. Possibilita a investigação do que as pessoas sentem e as circunstâncias sob as quais sentem o que sentem; é possível identificar tendências de comportamento, entre tantas outras possibilidades (GIL, 2008).

Posto isto, nesta investigação recorreu-se à entrevista semiestruturada onde se desenvolveu um guião de entrevista (Apêndice 7), no qual existiam quatro questões orientadoras com objetivo de ter respostas de forma a alcançar os objetivos da investigação já descritos anteriormente. Foram meramente orientadoras, uma vez que se trata de um estudo qualitativo, com objetivo de alcançar a percepção dos enfermeiros e sendo ele de carácter descritivo-exploratório, pretendeu-se a descrição do que efetivamente foi respondido sem qualquer carácter rigoroso e objetivo na resposta.

#### **2.3.4. Análise de dados**

Segundo Fortin, os estudos qualitativos partilham de certas características comuns, mas não perseguem os mesmos objetivos. Neste tipo de estudo é esperado que o investigador não se coloque como sabendo tudo, isto é, como o “perito” da investigação, dado que é de uma nova relação sujeito-objeto que se trata. Assim, é importante reconhecer que a população alvo partilha entre si de um mesmo fenómeno particular e possuem experiência e saberes pertinentes, ou partilham a mesma cultura. Ou seja, nesta abordagem qualitativa,

acontece frequentemente, como descreve (Fortin, 2003), de se investigar “com” e não “para”. Este tipo de estudo tenta captar a essência da experiência humana. A característica descritiva, confere ao estudo a limitação de caracterização do fenómeno em causa, neste caso, descrever a percepção dos participantes acerca do tema escolhido. Sendo este descritivo-exploratório nem sequer se recorre a questões muito precisas. Importa apenas descrever a percepção dos participantes relativamente ao tema (Fortin, 2003).

Para tal, recorreu-se à entrevista semiestruturada como instrumento de colheita de dados e foi realizado o tratamento e análise de dados através da análise de conteúdo.

Como descreve Bardin, a análise de conteúdo na atualidade é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” extremamente diversificados. Ou seja, a partir de um conjunto de procedimentos sistémicos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, a análise de conteúdo, obtém indicadores que possibilitem a conclusão de conhecimentos associados às condições de produção/receção dessas mensagens. Para tal, é necessário cumprir regras essenciais, tal como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Bardin, 2013)

Após a transcrição integral do conteúdo das entrevistas, devidamente codificadas, a análise foi realizada em conformidade com o processo de explicitação, sistematização e expressão de mensagens. A codificação, na perspetiva de Bardin, corresponde à transformação realizada dos dados em bruto do texto segundo regras precisas, isto é, a codificação é um processo pelo qual os dados são transformados sistematicamente e agregados em unidades, permitindo uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. As etapas para esta transformação são, segundo o mesmo autor, a etapa da pré-análise, etapa da exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Bardin, 2013).

Posteriormente, apresenta-se a discussão dos resultados em diálogo com os quadros teóricos emergentes.

### **2.3.5. Contexto e Participantes**

O estudo foi realizado no SICP numa Unidade Local de Saúde da região Norte.

A população do presente estudo foram os Enfermeiros a exercer no SICP.

O número final de participantes foi oito de um total de nove, após aplicação dos critérios de inclusão:

- Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
- Enfermeiro a trabalhar a tempo inteiro no serviço.

### **2.3.6. Procedimentos Éticos**

Qualquer investigação que envolva seres humanos levanta questões éticas e morais como refere (Fortin, 2003). Pelo que devem ser assegurados alguns princípios ao longo deste processo de investigação. De acordo com os pressupostos da Declaração de Helsínquia em 2008, devem estar presentes em qualquer momento do percurso da investigação o direito à preservação da dignidade, integridade, autodeterminação, privacidade e confidencialidade da informação pessoal dos participantes. Deve ainda salvaguardar-se que todo o projeto de investigação em seres humanos deve ser precedido de uma cuidadosa avaliação dos riscos e incómodos possíveis, comparando-os com os benefícios expectáveis, o que foi tido em conta (Declaração de Helsinquia, 2024).

Em primeira instância foi solicitada autorização da realização do estudo à Comissão de Ética do Hospital em questão, que foi aceite. Posteriormente e atendendo aos referenciais norteadores da enfermagem enquanto profissão, utilizou-se o consentimento informado e esclarecido (Apêndice 8), através do qual os participantes ficaram a conhecer a finalidade do estudo, natureza, duração da investigação e métodos utilizados. Sendo o direito de autodeterminação e revelação completa ao poder decidir livremente sobre a sua participação e eventual termo a qualquer momento da investigação. Foi solicitada a autorização da gravação da entrevista, mencionado que as entrevistas serão imediatamente codificadas para garantir o princípio da justiça e da privacidade (Fortin, 2003).

### **2.3.7. Apresentação dos Resultados**

Neste capítulo são apresentados os dados das entrevistas realizadas aos enfermeiros do SICP de uma ULS da região norte do país, conseguidos através da análise de conteúdo, segundo Bardin (2013). A adoção de tal método de tratamento dos dados, permitiu-nos reconhecer quatro áreas temáticas, a partir das quais se desenvolveram várias categorias e subsequentemente subcategorias, que se revelam fundamentais para conhecer a perceção dos enfermeiros especialistas do SICP sobre a sua intervenção nas ULDM. Através das respostas dos enfermeiros deste SICP emergiram quatro temas apresentados no quadro seguinte:

Quadro nº1- Áreas temáticas

| Áreas temáticas                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 –A percepção dos enfermeiros do SICP relativo à articulação com as Unidades Longa Duração e Manutenção.                                                                                   |
| 2- Contributos dos enfermeiros do SICP (nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa institucionalizada) numa Unidade de Longa Duração e Manutenção.                           |
| 3- Aspetos que influenciam a intervenção dos enfermeiros do SICP (nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa institucionalizada) numa Unidade de Longa Duração e Manutenção. |
| 4- Sugestões dos enfermeiros do SICP para melhoria da articulação das equipas das Unidades Longa Duração e Manutenção.                                                                      |

De seguida, expomos de modo individualizado todas as áreas temáticas identificadas, com as respetivas categorias e subcategorias, que surgiram das unidades de registo do relato dos enfermeiros, recorrendo-se ao auxílio de quadros e respetivos excertos das entrevistas realizadas.

✓ **A percepção dos enfermeiros do SICP relativo à articulação com as Unidades Longa Duração e Manutenção.**

Com o objetivo de conhecer a percepção dos enfermeiros do SICP sobre a articulação com as Unidades Longa Duração e Manutenção, foi por nós colocada a seguinte questão: “Qual a sua percepção sobre a articulação da equipa com as ULDM?”. Da análise efetuada aos relatos dos enfermeiros, tendo em conta as unidades de registo abaixo apresentadas, foram enumeradas três categorias nesta área temática: **contribui para a melhoria de cuidados; favorece partilha de objetivos e recetividade da equipa ULMD**. E ainda, uma subcategoria da categoria Recetividade da equipa ULMD: **efetiva**, conforme representado (Quadro nº2).

Relativamente ao número de entrevistados, quatro enfermeiros geraram a categoria **contribui para a melhoria de cuidados**, dois geraram a categoria **favorece partilha de objetivos** e cinco geraram a categoria **recetividade da equipa ULMD**.

Quadro nº 2- Percepção dos Enfermeiros do SICP relativo à articulação com as ULDM

| <b>Categoria</b>                             | <b>Subcategoria</b> | <b>Unidades de Registo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Nº Entrevistados</b> |
|----------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Contribui para a melhoria de cuidados</b> | _____               | <p>“Bem, eu acho que, tem melhorado ao longo destes últimos anos. Claro que com algumas [unidades] é diferente, sobretudo se existirem profissionais com formação na área dos CP torna-se uma mais-valia porque conseguimos articular de forma diferente.” <b>E1</b></p> <p>“De uma forma geral, acho que a articulação é bastante positiva” <b>E5</b></p> <p>“eu acho que é uma mais-valia, se nos deixarem, acho que é uma mais-valia e um contributo importante sim” <b>E6</b></p> <p>“É um benefício grande em termos de qualidade de cuidados ao doente.” <b>E8</b></p> | <b>4</b>                |
| <b>Favorece partilha de objetivos</b>        | _____               | <p>“A primeira percepção é bastante diversa. As unidades, apesar de, claro, terem objetivos semelhantes, as equipas nem sempre atuam da mesma forma. São equipas muito diferentes. Nas unidades mais permeáveis, acabamos por ter uma atitude mais frequente e mais ativa” <b>E2</b></p> <p>“há alguns aspetos/contributos de intervenção mais específica do que a nossa, acho que conseguimos colaborar nesse sentido e melhorar nesse sentido.” <b>E5</b></p>                                                                                                              | <b>2</b>                |

|                                           |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |
|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <p><b>Recetividade da equipa ULMD</b></p> | <p><b>Efetiva</b></p> | <p>“[quando o] doente já está na unidade e há um pedido da unidade para a nossa equipa para nós lá irmos. De forma geral, acho que funciona bem. Acho que há unidades mais permeáveis.” E2</p> <p>“As equipas um pouco mais novas, equipas sem tanta formação, que acabam por solicitar mais” E2</p> <p>“Da minha perceção, eu articulo basicamente a partir do internamento. Não tenho bem o feedback depois como é que as coisas se processam quando é depois com a equipa de comunitária, que maior parte das vezes, é a que se desloca lá. Mas a maior parte das vezes a articulação é fácil de fazer” E4</p> <p>“normalmente somos sempre aceitos e bem-recebidos. Nunca recebi nenhum não.” E4</p> <p>“Noto o empenho das equipas das Unidades de Longa Duração em procurarem mais conhecimento, mais formação” E5</p> <p>“Noto o empenho das equipas das Unidades de Longa Duração em procurarem o apoio da equipa de CP.” E5</p> <p>“Depende das unidades, mas habitualmente temos uma boa relação, porque as equipas estão</p> | <p>5</p> |
|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

|  |  |                                                                                                                                                                  |  |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  | recetivas a que ajudemos os doentes lá internados.” E6<br>“Acho que nós, enquanto equipa [SICP], é que acabámos por ter um maior apoio das equipas, das ULDM” E7 |  |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Como podemos constatar com base no discurso dos oito enfermeiros entrevistados do SICP, as categorias, **contribui para a melhoria de cuidados e a recetividade da equipa ULMD** são as mais mencionadas por partes dos enfermeiros, com quatro e oito afirmações cada na base da sua criação, respetivamente (quadro nº 3):

Quadro nº 3- Número de Respostas para cada categoria relativas ao tema “Perceção dos Enfermeiros do SICP relativo à articulação com as ULDM”

| Entrevistas | “A perceção dos enfermeiros do SICP relativo à articulação com as Unidades Longa Duração e Manutenção” |                                |                             |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
|             | Categorias                                                                                             |                                |                             |
|             | Contribui para a melhoria de cuidados                                                                  | Favorece partilha de objetivos | Recetividade da equipa ULMD |
| E1          | x                                                                                                      |                                |                             |
| E2          |                                                                                                        | x                              | 2x                          |
| E3          |                                                                                                        |                                |                             |
| E4          |                                                                                                        |                                | 2x                          |
| E5          | x                                                                                                      | x                              | 2x                          |
| E6          | x                                                                                                      |                                | x                           |
| E7          |                                                                                                        |                                | x                           |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| E8 | x |  |  |
|----|---|--|--|

- ✓ **Contributos dos enfermeiros do SICP (nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa institucionalizada) numa Unidade de Longa Duração e Manutenção.**

Com o objetivo de analisar a perceção dos enfermeiros do SICP acerca dos contributos da sua intervenção nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa institucionalizada numa Unidades Longa Duração e Manutenção, foi por nós colocada a seguinte questão: “Qual a sua perceção acerca dos contributos da sua intervenção na articulação com as equipas das ULDM?”. Da análise realizada aos relatos dos enfermeiros, tendo em conta as unidades de registo abaixo apresentadas, foram enumeradas oito categorias nesta área temática: **Ajuste de plano de cuidados; Ajuste terapêutico; Controlo sintomático; Apoio à família; Consultadoria/aconselhamento permanente à equipa da ULMD; Conferir segurança à equipa ULDM; Redução de transferências evitáveis e Acompanhamento de proximidade do doente**, conforme representado (Quadro nº4).

Não se destacaram subcategorias destas categorias. Relativamente ao número de entrevistados, a categoria **Ajuste de plano de cuidados; Ajuste terapêutico e Consultadoria/aconselhamento permanente à equipa da ULMD** foram geradas a partir de três enfermeiros; a categoria **Controlo sintomático; Conferir segurança à equipa ULDM e Acompanhamento de proximidade do doente**, foram geradas a partir do relato de dois enfermeiros e apenas um gera as categorias **Redução de transferências evitáveis e Apoio à família**.

Quadro nº 4- Contributos dos enfermeiros do SICP (nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa institucionalizada) numa ULDM

| <b>Categoria</b> | <b>Unidade de Registo</b> | <b>Nº de Entrevistados</b> |
|------------------|---------------------------|----------------------------|
|                  |                           |                            |

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <p><b>Ajuste de plano de cuidados</b></p> | <p>“Acho que, sobretudo, é mesmo na adequação do plano cuidados” <b>E1</b></p> <p>“O plano de cuidados consegue ser muito mais adequado às necessidades desses doentes, no fundo, acho que realmente tem melhorado.” <b>E1</b></p> <p>“alertar para o fato do doente estar a ser acompanhado por uma outra equipa (...) Mostrar que também somos uma equipa que pode dar apoio na gestão de alguns cuidados ao doente.” <b>E4</b></p> <p>“Acabam [as ULDM] por ter esta validação muitas vezes do plano que a equipa da unidade definiu e acabam por procurar um bocadinho a validação dos peritos, digamos assim” <b>E5</b></p> <p>“mesmo que seja telefonicamente, no fundo também tentar ajudar a ver o que é que poderá estar a acontecer e de que forma é que podemos adequar as nossas intervenções” <b>E1</b></p> | <p><b>3</b></p> |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|

|                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Ajuste terapêutico</b>                                       | <p>“[Contributos] mesmo a nível de gestão terapêutica” <b>E1</b></p> <p>“Contribui principalmente travar um bocadinho a obstinação terapêutica, que ainda é uma coisa muito presente. Sim.” <b>E3</b></p> <p>“Porque para além de deixar um plano de intervenção bem definido, temos a possibilidade de disponibilizar algum tipo de medicação que às vezes não está tão acessível.” <b>E6</b></p> | <b>3</b> |
| <b>Controlo sintomático</b>                                     | <p>“[Contributos] a nível da gestão de sintomas” <b>E1</b></p> <p>“Nós estamos para ajudar, nós enquanto especialistas na área dos CP e no controlo sintomático, quando conseguimos intervir acho que ajudamos.” <b>E6</b></p>                                                                                                                                                                     |          |
| <b>Apoio à família</b>                                          | <p>“facilitar a articulação com as famílias” <b>E6</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>1</b> |
| <b>Consultadoria/aconselhamento permanente à equipa da ULMD</b> | <p>“A enfermagem é muito importante, porque é sempre o elemento que mais proximidade acaba por ter. mesmo quando há um contacto, quer do hospital para as unidades, quer também das unidades para</p>                                                                                                                                                                                              | <b>3</b> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <p>nós, habitualmente, quem liga é o enfermeiro. O contributo é exatamente esse. É uma via verde que o doente tem entre a enfermagem, para falar sobre isso.” <b>E2</b></p> <p>“E mesmo depois de haver um plano [terapêutico], os enfermeiros estão as 24 horas e é que gerem a maior parte das intercorrências. [Os enfermeiros] é que têm, por vezes, que tomar decisões em partilha.” <b>E2</b></p> <p>“Há várias ações e várias intervenções que podem facilmente, com um telefone, ser transmitidas e podemos articular entre nós desta forma.” <b>E4</b></p> <p>“eu acho que existe uma boa articulação. Nós acabámos por ver os doentes mais em consultadoria, ou seja, havendo uma necessidade das equipas e das unidades relacionadas com os doentes, acabou esse contacto a ser feito através das instituições a nós.” <b>E7</b></p> <p>“Em termos de contributos, em termos da equipa</p> |  |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|                                            | [ULDM], acabam por contar sempre com o nosso apoio [SICP]” E7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |
| <b>Conferir segurança à equipa ULDM</b>    | <p>“dá segurança a quem está do outro lado” E1</p> <p>“Nas decisões muitas vezes, mesmo telefonicamente, acho que [o SICP] pode ser uma ajuda porque nem sempre nas unidades têm os médicos disponíveis a toda a hora e acho que, posso ajudar neste tipo de intervenções.” E1</p> <p>“Muitas vezes só o facto de ligarmos para o outro lado e termos alguém que nos valida algumas decisões acho que pode ser um contributo. E o beneficiário é o doente.” E4</p> | 2 |
| <b>Redução de transferências evitáveis</b> | <p>“E reduzir ao máximo as vindas do doente de um lado para o outro acho que é o maior contributo” E4</p> <p>“Nem todos os doentes são doentes paliativos complexos. Acho que há coisas que se podem fazer nos sítios onde os doentes estão, sem ser por um</p>                                                                                                                                                                                                    | 1 |

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|                                                | enfermeiro especialista em CP.” E4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |
| <b>Acompanhamento de proximidade do doente</b> | <p>“dependendo do caminho do doente, [aquando do] internamento referenciamos para unidades e já conhecemos os doentes (...) acabamos por manter esse acompanhamento se houver essa permeabilidade nas unidades. Assim, quando tem alta, fazemos essa articulação direta.” E2</p> <p>“É uma mais-valia, o acompanhamento entre equipas traduz-se num melhor acompanhamento do doente.” E8</p> | 2 |

Como podemos constatar com base no discurso dos oito enfermeiros entrevistados do SICP, as categorias mais mencionadas por partes dos enfermeiros: **Ajuste de plano de cuidados**, com quatro afirmação na base da sua criação; **Consultadoria/aconselhamento permanente à equipa da ULMD e Conferir segurança à equipa ULDM** com três afirmações na base da sua criação (**quadro nº5**):

Quadro nº 5- Número de Respostas para cada categoria relativas ao tema “Contributos dos enfermeiros do SICP (nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa institucionalizada) numa ULDM”

| <b>ENTREVISTAS</b> | <b>“Contributos dos enfermeiros do SICP (nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa institucionalizada) numa Unidade de Longa Duração e Manutenção”</b> |                           |                             |                        |                                                                 |                                         |                                            |                                                |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------|
|                    | <b>Categorias</b>                                                                                                                                                      |                           |                             |                        |                                                                 |                                         |                                            |                                                |
|                    | <b>Ajuste de plano de cuidados</b>                                                                                                                                     | <b>Ajuste terapêutico</b> | <b>Controlo Sintomático</b> | <b>Apoio à família</b> | <b>Consultadoria/aconselhamento permanente à equipa da ULMD</b> | <b>Conferir segurança à equipa ULDM</b> | <b>Redução de transferências evitáveis</b> | <b>Acompanhamento de proximidade do doente</b> |
| <b>E1</b>          | 3x                                                                                                                                                                     | x                         | x                           |                        |                                                                 | 2x                                      |                                            |                                                |
| <b>E2</b>          |                                                                                                                                                                        |                           |                             |                        | 2x                                                              |                                         |                                            | x                                              |
| <b>E3</b>          |                                                                                                                                                                        | x                         |                             |                        |                                                                 |                                         |                                            |                                                |
| <b>E4</b>          | x                                                                                                                                                                      |                           |                             |                        | x                                                               | x                                       | 2x                                         |                                                |
| <b>E5</b>          | x                                                                                                                                                                      |                           |                             |                        |                                                                 |                                         |                                            |                                                |
| <b>E6</b>          |                                                                                                                                                                        | x                         | x                           | x                      |                                                                 |                                         |                                            |                                                |
| <b>E7</b>          |                                                                                                                                                                        |                           |                             |                        | 2x                                                              |                                         |                                            |                                                |
| <b>E8</b>          |                                                                                                                                                                        |                           |                             |                        |                                                                 |                                         |                                            |                                                |

- ✓ **Aspetos que influenciam a intervenção dos enfermeiros do SICP (nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa institucionalizada) numa Unidade de Longa Duração e Manutenção.**

Com o objetivo de analisar a perceção dos enfermeiros do SICP acerca dos aspetos potenciadores e facilitadores para a articulação com as equipas das Unidades Longa Duração e Manutenção, foi por nós colocada a seguinte questão: “Consegue identificar aspetos facilitadores para a articulação com as equipas das ULDM??”. Da análise realizada às respostas dos enfermeiros, tendo em conta as unidades de registo abaixo apresentadas, foram enumeradas duas categorias nesta área temática: **Facilitadores e Dificultadores**, conforme representado (Quadro nº6).

Destacamos as subcategorias **Existência de equipa especializada em CP dedicada; Cultura de Confiança; Existência de profissionais nas ULDM com formação em CP; Recetividade da Equipa ULMD e Comunicação em equipa** na primeira categoria: **Facilitadores**. E ainda, **Pouca Recetividade da equipa ULMD** como subcategoria na categoria: **Dificultadores**.

Quadro nº 6- Aspetos facilitadores da intervenção dos enfermeiros do SICP numa ULDM

| <b>Categoria</b>     | <b>Subcategoria</b>                                      | <b>Unidades de Registo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Nº Entrevistados</b> |
|----------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Facilitadores</b> | <b>Existência de equipa especializada em CP dedicada</b> | <p>“Acho que, sobretudo, ter pessoas profissionais, enfermeiros, médicos, que tenham formação na área dos CP acho que é extremamente facilitador” <b>E1</b></p> <p>“O facto de ter também enfermeiros o tempo inteiro. O podermos pegar no telefone. (...). Acho que é uma proximidade que também é fácil de nós articularmos.” <b>E4</b></p> | <b>2</b>                |

|  |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |
|--|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|  |                                                                | “O estar 24 horas as equipas a funcionar também é uma mais-valia.” E4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |
|  | <b>Cultura de Confiança</b>                                    | <p>“O que facilita é as pessoas conhecerem-se, é ver o que temos feito” E2</p> <p>“É o contacto diário, frequente.” E2</p> <p>“[Havendo esses momentos formativos] confiam. [esses momentos formativos] acaba por facilitar que depois, quando há uma dificuldade, tanto nós sabemos como funcionam as unidades, tanto as unidades sabem como é que nós funcionamos” E2</p> <p>“Um aspeto facilitador acaba por ser também, se calhar, com a relação que se vai estabelecendo entre a equipa e as unidades.” E7</p> | 2 |
|  | <b>Existência de profissionais nas ULDM com formação em CP</b> | <p>“há situações em que solicitam momentos formativos (...) mesmo não havendo intercorrências. (...) [com os momentos formativos] perceberam como é que os resultados vão aparecer.” E2</p> <p>“Aspetos facilitadores, as equipas terem formação na área porque é o primeiro passo para</p>                                                                                                                                                                                                                         | 2 |

|  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |
|--|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|  |                                    | que estejam recetivos à nossa intervenção” E6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |
|  | <b>Recetividade da Equipa ULMD</b> | <p>“O facto da sensibilidade dos profissionais das Unidades de Longa Duração estar elevado. Sentirem essa necessidade de procurarem a nossa ajuda acaba por ser bastante positivo e acaba por se regular.” E5</p> <p>“Se calhar o fato é mais importante porque se não houver esta sensibilidade por muita intervenção que nós tentemos ter, também não vamos conseguir chegar lá.” E5</p> <p>“Aspetos facilitadores, haver disponibilidade para quer os médicos articularem entre eles, quer nós também fazermos a articulação com os colegas.” E6</p> <p>“Sobretudo haver disponibilidade e vontade de ajudar o doente, que é alvo dos cuidados sempre.” E6</p> | 2 |
|  | <b>Comunicação em equipa</b>       | <p>“(…) nós fizemos uma abordagem a todos os centros de saúde, uma apresentação da equipa, e não fizemos isso nas unidades, se calhar isso já teria feito falta. Para explicar o funcionamento da equipa, explicar em que podemos ajudar, para deixar lá o contato,</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2 |

|                |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |
|----------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                |                                                 | <p>e para nos darmos a conhecer.”</p> <p><b>E3</b></p> <p>“A comunicação determina tudo, a comunicação entre equipas facilita a prestação de cuidados.” <b>E8</b></p> <p>“A comunicação, porque se a unidade nos solicita acompanhamento, se nós sabemos que um doente integrado numa unidade está sempre supervisionado pela equipa, a comunicação é facilitadora para tudo o resto.”</p> <p><b>E8</b></p>                                                                                                                                                    |          |
| Dificultadores | <p><b>Pouca Recetividade da equipa ULMD</b></p> | <p>“As unidades têm muito doentes que precisam de cuidados e de ações paliativas. Se houvesse uma presença mais constante, como vai havendo mais pessoas com formação em CP em todos os lugares neste momento, penso que conseguiríamos desenvolver um trabalho, dando mais benefícios aos doentes.”</p> <p><b>E3</b></p> <p>“(…) o que nos está a faltar é estar presente para que haja essa abertura das pessoas. Que saibam que pegam no telefone e vão ter essa resposta.” <b>E3</b></p> <p>“Noutras situações, tenho a ideia de que, mais pela equipa</p> | <b>3</b> |

|  |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |
|--|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|  |                                             | <p>médica, há sim algum preconceito ainda e alguma barreira a que o nosso serviço intervenha.” <b>E6</b></p> <p>“Há ainda alguma dificuldade em as unidades solicitarem apoio mais próximo. Mesmo quando as unidades agudizam os doentes, nem sempre a equipa dos paliativos tem conhecimento dessa agudização.” <b>E8</b></p> <p>“algumas vezes não comunicam a evolução do doente. Em termos de doença, os doentes vão piorando e algumas unidades não nos transmitem esse conselho dos doentes. E depois agudizam e a gente muitas vezes poderia ter ajudado e não.” <b>E8</b></p> |          |
|  | <b>Défi ce de Comunicação entre equipas</b> | <p>“ [A articulação] Precisa de ser mais trabalhada, principalmente da nossa parte [do SICP], para que fundamentalmente as equipas percebam que há abertura para trabalharmos em conjunto.” <b>E3</b></p> <p>“E se calhar por falta um bocadinho de tempo (...) essencialmente não fazemos essa articulação tanto quanto deveríamos.” <b>E3</b></p>                                                                                                                                                                                                                                   | <b>2</b> |

|  |  |                                                                                                                                                                                                   |  |
|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  | “Acho que devem ser melhoradas”<br>“[existir] uma comunicação mais próxima. O contacto entre equipas é adequado e é fácil, mas se calhar mais próximo, mais partilha de informação.”<br><b>E8</b> |  |
|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Como podemos constatar com base no discurso dos oito enfermeiros entrevistados do SICP, as subcategorias são mencionadas por igual por partes dos enfermeiros dentro da categoria **Facilitadores**, todas com três ou quatro afirmações na base da sua criação, exceto a **Existência de profissionais nas ULDM com formação em CP** que é gerada a partir de duas afirmações. Quanto à categoria **Dificultadores** a subcategoria **Pouca Recetividade da equipa ULMD** é a mais mencionada e tem na sua base de criação cinco afirmações como podemos observar mais facilmente no quadro abaixo (quadro nº7):

Quadro nº 7- Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Aspetos facilitadores da intervenção dos enfermeiros do SICP numa ULDM”

| ENTREVISTAS<br>SUBCATEGORIAS | “Aspetos facilitadores da intervenção dos enfermeiros do SICP numa ULDM” |                      |                                                         |                             |                       |                                   |                                     |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
|                              | Categorias                                                               |                      |                                                         |                             |                       |                                   |                                     |
|                              | FACILITADORES                                                            |                      |                                                         |                             |                       | DIFICULTADORES                    |                                     |
|                              | Existência de equipa especializada em CP dedicada                        | Cultura de Confiança | Existência de profissionais nas ULDM com formação em CP | Recetividade da Equipa ULMD | Comunicação em equipa | Pouca Recetividade da equipa ULDM | Défice de Comunicação entre equipas |
| E1                           | x                                                                        |                      |                                                         |                             |                       |                                   |                                     |
| E2                           |                                                                          | 3x                   | x                                                       |                             |                       |                                   |                                     |
| E3                           |                                                                          |                      |                                                         |                             | x                     | 2x                                | 2x                                  |
| E4                           | 2x                                                                       |                      |                                                         |                             |                       |                                   |                                     |
| E5                           |                                                                          |                      |                                                         | 2x                          |                       |                                   |                                     |
| E6                           |                                                                          |                      | x                                                       | x                           |                       | x                                 |                                     |
| E7                           |                                                                          | x                    |                                                         |                             |                       |                                   |                                     |
| E8                           |                                                                          |                      |                                                         |                             | 2x                    | 2x                                | x                                   |

✓ **Sugestões dos enfermeiros do SICP para melhoria da articulação das equipas das Unidades Longa Duração e Manutenção.**

Com o objetivo de identificar as sugestões dos enfermeiros do SICP acerca da melhoria na articulação com as equipas das Unidades Longa Duração e Manutenção, foi por nós colocada a seguinte questão: “Quer deixar alguma sugestão de melhoria para a articulação com as equipas das ULDM?”. Da análise realizada às respostas dos enfermeiros, tendo em conta as unidades de registo abaixo apresentadas, foram enumeradas quatro categorias nesta área temática: **Formação específica em CP; Melhoria dos canais Comunicação**

**em equipa; Mais Recursos e Maior reconhecimento do conceito de CP**, conforme representado (Quadro nº8).

Não foram identificadas subcategorias. Relativamente ao número de entrevistados, dos oito enfermeiros entrevistados, quatro geraram a categoria: **Formação específica em CP e Melhoria dos canais Comunicação em equipa** e um gerou as categorias: **Mais recursos e Maior reconhecimento do conceito de CP**.

Quadro nº 8- Sugestões dos enfermeiros do SICP para melhoria da articulação da equipa

| Categoria                        | Unidades de Registo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nº Entrevistados |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Formação específica em CP</b> | <p>“Acho que, sobretudo, devia haver por parte dos responsáveis pelas unidades incentivos e fomentar a formação na área dos CP aos profissionais” <b>E1</b></p> <p>“Reconhecê-la [formação na área dos CP] porque, se a reconhecerem dentro das unidades, as pessoas também se vão sentir motivadas a tirar este tipo de formação.” <b>E1</b></p> <p>“Outra coisa que eu não falei é necessidade de formações (...) haver uma atualização” <b>E2</b></p> <p>“Haver formação regular, mesmo que haja formação avançada nas equipas, quer na nossa equipa, quer nas unidades” <b>E2</b></p> <p>“haver partilha, ou mesmo que não seja uma formação, que haja partilha de situações, para voltar a manter esse contacto e as pessoas, e há sempre elementos novos a entrar nas equipas.” <b>E2</b></p> <p>“Sugestão de melhoria, voltaria a bater na ideia da formação, se calhar aqui a equipa</p> | <b>4</b>         |

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                         | <p>fazer formação, ou pedir, as ULDM pedirem formação à nossa equipa, para introduzir alguns assuntos” <b>E6</b></p> <p>“poderia ser mais benéfico, sim, as formações. Para estarem mais espertos, determinadas situações relacionadas com os cuidados CP” <b>E7</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |
| <p><b>Melhoria dos canais Comunicação em equipa</b></p> | <p>“Se calhar, quando há um plano, o doente sai do hospital muitas vezes já com um objetivo de cuidado definido. E quando nós ligamos às equipas para nos articularmos, também falarmos sobre esse objetivo de cuidados.” <b>E4</b></p> <p>“Acho que quando há uma alteração no estado de saúde do doente, se calhar podíamos falar entre todos e também tomar as decisões entre todos.” <b>E4</b></p> <p>“Acho que acima de tudo é a comunicação” <b>E5</b></p> <p>“e nós também nós sentirmos à vontade de fazer esta articulação e de comunicarmos com as equipas.” <b>E5</b></p> <p>“à admissão do doente marcar uma reunião mais ou menos formal, onde estivesse bem estabelecido o objetivo de cuidados, o plano de intervenção para aquela pessoa, para depois facilitar o acompanhamento” <b>E6</b></p> <p>“explicar como é que funcionamos, como é que é feito esse acompanhamento, acho que seria benéfico.” <b>E6</b></p> <p>“Se calhar, para haver uma maior articulação, quer dizer, das unidades</p> | <p><b>4</b></p> |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                       |          |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                                               | connosco, mas também de nós, enquanto equipa, as próprias unidades.” E7                                                                                                                                                               |          |
| <b>Mais recursos</b>                          | “A melhoria tem a ver com o sistema que temos, de às vezes não termos os recursos necessários” E2                                                                                                                                     | <b>1</b> |
| <b>Maior reconhecimento do conceito de CP</b> | “Ter a perceção que nas unidades, o pessoal, não são só enfermeiros, também os médicos, desta tipologia de cuidados de paliativos em que se pode ajudar sobre maneira. Porque ainda falta muita cultura de paliativos no cuidado.” E8 | <b>1</b> |

Como podemos constatar com base no discurso dos oito enfermeiros entrevistados do SICP, as categorias mais mencionadas por partes dos enfermeiros são: **Formação específica em CP e Melhoria dos canais Comunicação em equipa**, com sete afirmações na sua base de criação (quadro nº 9):

Quadro nº 9- Número de respostas para cada categoria relativas ao tema “Sugestões dos enfermeiros do SICP para melhoria da articulação da equipa com as Unidade de Longa Duração e Manutenção.”

|  |                                                                                                               |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>“A perceção dos enfermeiros do SICP relativo à articulação com as Unidades Longa Duração e Manutenção”</b> |
|  | <b>Categorias</b>                                                                                             |

| <b>Entrevistas</b> | <b>Formação específica em CP</b> | <b>Melhoria dos canais Comunicação em equipa</b> | <b>Mais recursos</b> | <b>Maior reconhecimento do conceito de CP</b> |
|--------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------|
| <b>E1</b>          | 2x                               |                                                  |                      |                                               |
| <b>E2</b>          | 3x                               |                                                  | x                    |                                               |
| <b>E3</b>          |                                  |                                                  |                      |                                               |
| <b>E4</b>          |                                  | 2x                                               |                      |                                               |
| <b>E5</b>          |                                  | 2x                                               |                      |                                               |
| <b>E6</b>          |                                  | 2x                                               |                      |                                               |
| <b>E7</b>          | X                                | x                                                |                      |                                               |
| <b>E8</b>          | x                                |                                                  |                      | x                                             |

### 2.3.8. Discussão dos resultados

Neste capítulo, foi nossa intenção a realização da discussão dos principais resultados do estudo à luz da melhor e mais atual evidência científica. Para isso, iremos proceder à análise crítica percorrendo as diversas áreas temáticas que foram enumeradas.

Segundo o guia prático da RNCCI (2023) um dos princípios bases da rede geral da RNCCI é precisamente a garantia de articulação e continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de atuação (Guia Prático da RNCCI, 2023).

O PEDCP do biénio 2023-2024 também reforça a importância do processo atual de reorganização do SNS, tornando-se segundo o mesmo documento, necessária a agregação das ECP nos SICP das ULS garantindo a prestação de cuidados de forma integrada ao doente/família com necessidades paliativas, centrados nas suas necessidades, com inclusão dos mesmos nas tomadas de decisão, perspetivando a simplificação de processos, a qualificação das respostas e melhoria dos resultados. O mesmo refere ainda que a articulação com as unidades da RNCCI, independentemente das suas tipologias, deverá assegurar o apoio de equipas especializadas em CP (CNCP, 2023-2024).

De acordo com o *Manual do Prestador da RNCCI*, as EIHSCP, que como o nome indica estão sedeadas nos hospitais de agudos, têm por finalidade prestar assessoria técnica diferenciada nesta área, transversalmente nos diferentes serviços do hospital e constituem-se como recurso hospitalar que presta apoio direto às Unidades de Média Duração e Reabilitação e às ULDM, contribuindo para o controlo sintomático eficaz, bem como para o suporte emocional, social e espiritual dos doentes e suas famílias. Esta colaboração reforça os princípios da continuidade dos cuidados, da humanização da resposta assistencial e da equidade no acesso aos CP, promovendo uma abordagem holística que respeita a dignidade da pessoa em fim de vida (Manual do Prestador da RNCCI, 2011).

A perceção dos enfermeiros do SICP **sobre a articulação do SICP com as ULDM**, foi de encontro a que contribui para a melhoria de cuidados e favorece partilha de objetivos quando existe recetividade da equipa ULDM. Cinco dos oito entrevistados referiram a importância da recetividade das equipas da ULDM. Pelo que 62.5% dos enfermeiros consideram, da sua perspetiva, a recetividade da equipa determinante na articulação entre elas. Já existe uma recetividade efetiva segundo a perspetiva dos enfermeiros entrevistados e não apontam elementos que traduzam a não efetividade, no entanto podem existir.

A RNCP estabelece a necessidade de uma rede articulada de CP, onde as equipas especializadas oferecem suporte às unidades da RNCCI, incluindo as ULDM. Este suporte é fundamental para garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados aos utentes em situação de doença crónica e progressiva (SNS, 2025).

Assim sendo, torna-se clara a importância da articulação entre equipas objetivando a melhoria de cuidados prestados em comum e de trabalhar a recetividade das equipas das ULDM para melhorar a articulação entre equipas.

Relativamente **aos contributos**, quando questionados, referiram que passam pelo(a): **Ajuste de plano de cuidados; Ajuste terapêutico; Controlo sintomático; Apoio à família; Consultadoria/aconselhamento permanente à equipa da ULMD; Conferir segurança à equipa ULDM; Redução de transferências evitáveis e Acompanhamento de proximidade do doente.**

Relativamente ao **ajuste de planos de cuidados**, como sabemos o ajuste contínuo dos planos de cuidados em enfermagem paliativa é indispensável para assegurar uma resposta individualizada e humanizada. Para além de, eficaz às necessidades em constante evolução do doente portador de doença incurável e/ou grave e progressiva. Este processo dinâmico permite adaptar intervenções ao controlo eficaz de sintomas, à dimensão emocional e espiritual do doente e ao contexto, garantindo uma abordagem centrada na dignidade e no conforto. É importante uma intervenção precoce e preventiva, que assente na antecipação dos problemas, em articulação com os restantes profissionais de saúde, pois contribui decisivamente para a qualidade dos cuidados e para a prevenção de sofrimento evitável, reforçando o compromisso ético com o bem-estar global da pessoa em fim de vida (Barbosa [et all]. (2021); Centeno [et all]. (2009); PEDCP (2023-2024) e OMS (2020)).

Os **planos terapêuticos** a construir, segundo Isabel Neto (2016), devem refletir preocupação, com aquilo que enumera essencial na abordagem aos doentes terminais, ter como objetivo terapêutico a promoção do conforto do doente e família. Devem identificar de forma clara a estrutura familiar de apoio e a figura do cuidador principal. Devem ainda, obedecer a instrumentos básicos que englobem o controlo de sintomas, apoio emocional adequado e comunicação adequada, se necessário, mudanças organizativas e ainda, trabalho em equipa multi e interdisciplinar. Para tal, importa ser detentor de conhecimentos específicos nesta área tão complexa, sendo assim é notório os benefícios no acompanhamento na elaboração e devidas reavaliações dos planos terapêuticos por uma equipa especializada.

Chapman & Ellershaw (2020), consideram que a **gestão de sintomas** e a promoção do conforto são das áreas mais importantes a incluir no plano de cuidados, à semelhança da comunicação com a pessoa e família, o apoio às necessidades psicológicas e o apoio às necessidades sociais/espirituais, enfatizando a necessidade de formação especializada e experiência por parte dos profissionais. Destacam a importância de uma abordagem holística e coordenada na gestão de sintomas em CP, enfatizando a colaboração interdisciplinar e o envolvimento ativo dos doentes/família.

Além disso, ao apoio de CP especializados está associada uma menor carga de sintomas (Chapman, Pini, Edwards [et all.] 2022). A pessoa em processo de morte, como defendem, pode apresentar um agravamento do sofrimento físico, psicossocial e espiritual, pelo que é fundamental uma gestão rigorosa e cuidadosa dos sintomas. Para garantir uma abordagem individualizada, holística e abrangente no cuidado da pessoa a morrer, Harris (2022), integra nos cuidados a preocupação de prescrever previamente medicação em SOS, descreve a importância da prescrição antecipada dos "4 A's": **analgésico, antiemético, ansioso e anticolinérgico**, para sintomas comuns como dor, dispneia, náuseas/vômitos, delirium, agitação, secreções respiratórias.

Quanto ao **apoio à família** é amplamente reconhecida a importância central da família no processo de CP, entendendo-a como parte integrante da unidade de cuidados. Neste sentido, o PEDCP (2023-2024) propõe medidas para capacitar os cuidadores informais, garantir suporte emocional e psicológico, e assegurar o acompanhamento das famílias durante o luto. Esta abordagem visa humanizar os cuidados e reforçar a rede de suporte, contribuindo para uma resposta mais completa e centrada na dignidade da pessoa e dos que a acompanham.

A **consultadoria e o aconselhamento** permanente às equipas das ULDM são reconhecidos como componentes essenciais para assegurar cuidados de qualidade e humanizados no âmbito da RNCCI. As ECSCP têm como missão prestar cuidados domiciliários e oferecer apoio e aconselhamento diferenciado em CP às unidades da RNCCI, incluindo as ULDM. Este suporte visa garantir a permanência do doente no seu ambiente familiar, assegurando a continuidade e a humanização dos cuidados (SNS, 2025).

O PEDCP destaca a importância da integração dos CP nas diversas unidades da RNCCI, promovendo a articulação entre equipas especializadas e as ULDM. Este plano estratégico visa reforçar a capacidade das equipas das ULDM através de consultadoria e formação contínua, assegurando uma abordagem centrada na pessoa e na sua família (CNCP, 2023-2024).

Relativamente à categoria de **conferir segurança à equipa ULDM**, é essencial na nossa opinião, para garantir a qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar dos profissionais. A formação contínua em CP como já referido é fundamental para capacitar os profissionais a lidar com situações complexas e proporcionar cuidados centrados no doente. O próprio PEDCP enfatiza a importância de cursos básicos online, com 25 horas de formação, acessíveis gratuitamente aos profissionais de saúde do SNS. Essa formação

visa identificar necessidades paliativas, prestar cuidados adequados e referenciar atempadamente os doentes para equipas especializadas. Oferecer apoio psicossocial aos profissionais das ULDM é essencial para prevenir o burnout e promover a resiliência. Desta feita, profissionais com formação especializada na área e uma abordagem diferenciada podem promover a confiança e segurança das equipas, através de formação e ainda, no acompanhamento, na validação dos cuidados prestados e aconselhamento.

Rui Correia [et all] (2021) apresentam uma revisão sistemática da literatura, na qual concluíram que programas de formação específicos em CP resultaram na aquisição de novos conhecimentos e competências, com aplicação na prática clínica diária e que a capacitação dos profissionais contribuiu para um aumento das competências na abordagem ao doente com necessidades paliativas, promovendo a confiança e segurança das equipas. Varandas, M.L. e Lopes, A. (2014) referem no seu estudo que a formação contínua permite aos profissionais desenvolver competências que promovem a confiança e segurança nas equipas. Teixeira, F. V. M. (2021) conclui no seu relatório de estágio que segurança e a qualidade dos cuidados de saúde são promovidas através da aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista, destacando a importância da formação e supervisão clínica na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

No que concerne à **redução de transferências evitáveis** é uma prioridade clara, especialmente no contexto de doentes com doenças crónicas avançadas em fim de vida. A Redução das transferências evitáveis para os Serviços de Urgência e internamentos hospitalares, através do reforço dos CP na comunidade e da articulação com os serviços de proximidade, como as ECP e as Unidades da RNCCI é um dos objetivos previstos no PEDCP e está inserido no Eixo 2 – Organização da Rede e Integração dos Cuidados, que defende que se deve reforçar a resposta domiciliária e comunitária, garantindo cuidados onde a pessoa está, apostar na capacitação das equipas de 1.º e 2.º níveis de CP para que saibam intervir precocemente e evitar a deterioração que leva a transferências urgentes e criar sistemas de comunicação e articulação mais eficazes entre hospitais, unidades da RNCCI e equipas domiciliárias (CNCP,2023-2024)

Basbosa, [et all] (2021) defende uma abordagem centrada na pessoa, em que o acompanhamento próximo permite responder às necessidades emergentes com agilidade e empatia. O contacto contínuo reforça a relação terapêutica e facilita intervenções oportunas, especialmente em fases de instabilidade clínica ou emocional. Posto isto o acompanhamento próximo é um elemento-chave nos CP, pode assegurar garantir

dignidade, conforto e autonomia na vivência da doença, sendo especialmente relevante em contextos domiciliários ou em unidades de cuidados continuados.

Estes contributos identificados pelos enfermeiros dos SICP vão ainda de encontro aos quatro pilares dos CP previamente aprofundados neste documento. Pode assim deduzir-se que quando existe uma boa articulação, segundo os enfermeiros do SICP os contributos observados na prática são de benefício ao doente e à luz da evidência teórica que alicerça os CP. Identificam ainda como elemento importante, a redução de transferências evitáveis, o que é preconizado quando se abordam os planos estratégicos de desenvolvimento aos CP.

No que diz respeito aos **aspetos que influenciam** a intervenção do SICP nas ULDM, identificaram duas grandes áreas temáticas, os facilitadores e os dificultadores. Sendo que como **aspetos facilitadores** destacam **a existência de equipa especializada em CP dedicada, a cultura de confiança, a existência de profissionais nas ULDM com formação em CP, a recetividade da equipa das ULDM e a comunicação em equipa.**

A presença de uma equipa especializada em CP é determinante para assegurar uma resposta adequada e humanizada às múltiplas dimensões da pessoa com doença incurável. Segundo Barbosa et al. (2021), requerem uma abordagem multidisciplinar, integrada e especializada, que permita o controlo eficaz de sintomas físicos, mas também a atenção às necessidades emocionais, sociais e espirituais do doente e da sua família. Estas equipas, compostas por profissionais com formação específica, garantem intervenções ajustadas, comunicação empática e acompanhamento contínuo, promovendo dignidade, conforto e qualidade de vida. Além disso, a atuação especializada favorece o planeamento antecipado de cuidados, a partilha de decisões e a redução de intervenções desnecessárias, contribuindo para um percurso mais sereno e respeitador dos valores da pessoa até ao fim da vida.

Segundo Manuel Capelas [et al] (2016) existem princípios básicos, do ponto de vista organizacional, a que os CP devem respeitar e enquadrar na organização de serviços. De entre os quais enumera que os CP devem ser prestados e desenvolvidos em todos os recursos de saúde e ainda que, em todos os níveis de saúde devem existir serviços especializados, destacando a importância de uma cooperação estreita entre todo o sistema e a equipa de CP funcionar como “pivot” da abordagem, consultoria e disponibilização de respostas.

Relativamente à **cultura de confiança**, D’Alexandro [et al] (2020) escreve um manual onde enfatiza que a confiança entre os membros da equipa é fundamental para a eficácia

dos CP. A colaboração interdisciplinar, baseada na confiança mútua, permite uma abordagem holística e centrada no doente, promovendo decisões partilhadas e cuidados personalizados. O mesmo podemos traduzir entre equipas que trabalham em parceria com um mesmo objetivo comum.

Dahlin e Coyne (2018) abordam a liderança em CP e enfatizam que uma liderança eficaz promove uma cultura de confiança dentro das equipas. Essa confiança facilita a comunicação aberta, a resolução de conflitos e a coesão da equipa, elementos essenciais para a prestação de cuidados de qualidade.

No que diz respeito à **existência de profissionais nas ULDM com formação em CP** também o PEDCP (2023-2024) sugere estratégias cuja sua implementação visa garantir que os profissionais nas ULDM estejam capacitados para identificar necessidades paliativas, prestar cuidados adequados e referenciar atempadamente os doentes para equipas especializadas, assegurando uma abordagem centrada no doente e na sua família. Como quando refere que para tal, importa estabelecer formação básica para todos os profissionais de saúde, com recurso a plataformas de aprendizagem de utilização mais fácil, acessível e personalizável, esclarecendo critérios de referência. Pelo que tal como os enfermeiros do SICP transmitiram através das suas respostas, encontram necessidade de maior formação em CP nos profissionais de saúde que compõem as ULDM.

A **recetividade** das ULDM é também uma das subcategorias identificadas pelos enfermeiros do SICP, através das suas respostas, como elemento facilitador na articulação das equipas mencionadas e para tal é importante o conhecimento dos benefícios de uma equipa diferenciada nos cuidados ao doente com necessidades paliativas, ou seja, formação na área dos CP. Podemos assim concluir que existe uma correlação entre as subcategorias que visa dar resposta eficaz ao doente com necessidades paliativas.

Como já foi referido ao longo deste documento e à luz da evidencia científica mais atual a comunicação assume-se como fulcral e transversal a todos os cuidados prestados, constituindo-se um pilar dos CP e no pilar da comunicação encontra-se a **comunicação em equipas**.

Barbosa [et all], por exemplo, enfatiza a comunicação eficaz entre profissionais como chave para garantir continuidade, coerência e qualidade na prestação de CPe realça o papel da comunicação interdisciplinar para decisões éticas, gestão de sintomas e apoio emocional ao doente e família. A par disto a OMS destaca a comunicação entre equipas

como essencial para a integração de CP nos serviços de saúde primários e hospitalares e sugere formação contínua e protocolos de partilha de informação entre profissionais.

Em suma, da perspetiva dos enfermeiros do SICP, é importante a existência do SICP, como defende a Proposta de Modelo Organizacional dos CP nas ULS pela DGS, importa dar a conhecer o seu contributo ao doente e trabalhar a confiança das equipas para uma maior abertura e recetividade das mesmas. Identificam como necessidade a abordagem formativa às equipas ULDM, tal como visa o PEDCP 2023-2024. E reconhecem ainda, na sua perspetiva, a existência de profissionais com formação em CP nas ULDM como uma mais-valia. A comunicação em equipa é também mencionada, na perspetiva dos enfermeiros do SICP, como elemento facilitador na sua intervenção com as ULDM.

Em relação aos **dificultadores** apontam duas subcategorias a **pouca recetividade da equipa das ULDM e o défice de comunicação entre equipas**. O que vai de encontro à perspetiva apresentada acerca da articulação. Sendo a recetividade da equipa determinante na articulação, segundo a perspetiva dos enfermeiros entrevistados, e quando comprometida, foi identificada como um elemento de dificuldade para a articulação, pode concluir-se que será necessário definir estratégias futuras para colmatar esta dificuldade sentida e tornar a articulação mais eficaz, com todos os benefícios que isso acarreta para o doente.

Para tal, foram enumeradas sugestões a partir da perspetiva dos entrevistados e poderá ser um ponto de partida para a melhoria da articulação. São elas a **formação específica em CP, a melhoria dos canais de comunicação em equipa, a existência de mais recursos e maior reconhecimento do conceito de CP**.

A nosso ver, estes resultados vão de encontro ao que se perspetiva no desenvolvimento dos CP, as categorias inserem-se nos quadros teóricos emergentes nesta área, pelo que fica pressuposta a ainda necessidade de continuar a investir na formação específica em CP, a necessidade de contratação de maior número de profissionais especializados pelo SICP com vista a dar resposta a estas necessidades, através de investimento na área de formação a pares por exemplo, devem ser protocolados procedimentos que visem colmatar os entraves à comunicação entre equipas de forma a melhorar os canais de comunicação e outras estratégias, e dar a conhecer o trabalho desenvolvido pelo SICP foi enunciado por um enfermeiro como estratégia para o maior reconhecimento do conceito de CP e pode eventualmente trabalhar a favor da recetividade das equipas ao SICP.

### **2.3.9. Conclusões e Limitações do Estudo**

A articulação entre equipas evidencia-se assim como importante e diferenciadora nos cuidados prestados ao doente com doença incurável e/ou grave e progressiva.

Com o objetivo de conhecer a perceção sobre a articulação entre o SICP e as ULDM, através do presente estudo de investigação podemos considerar que:

- A articulação entre os dois serviços é eficaz quando existe recetividade das equipas das ULDM;
- Quando existe uma articulação eficaz contribui para a melhoria de cuidados e favorece objetivos comuns;
- Existe uma articulação efetiva, não podendo deixar claro que não existam elementos que contribuam para a não efetiva;
- Os contributos desta articulação são o(a): Ajuste de plano de cuidados; Ajuste terapêutico; Controlo sintomático; Apoio à família; Consultadoria/aconselhamento permanente à equipa da ULMD; Conferir segurança à equipa ULDM; Redução de transferências evitáveis e Acompanhamento de proximidade do doente;
- Existem elementos facilitadores e dificultadores a esta articulação, da perspetiva dos enfermeiros entrevistados;
- Os enfermeiros, da sua perspetiva, apontam alguns elementos facilitadores como: a existência de equipa especializada em CP dedicada; a cultura de confiança; a existência de profissionais nas ULDM com formação em CP; a recetividade da Equipa ULMD e a comunicação em equipa;
- Apontam também dois elementos como dificultadores que são: a pouca recetividade da equipa ULMD e o défice de comunicação entre equipas;
- As sugestões de melhoria para a eficaz articulação, da sua perspetiva, passam pela Formação específica em CP; Melhoria dos canais Comunicação em equipa; Mais Recursos e Maior reconhecimento do conceito de CP;
- Quando eficaz a articulação entre o SICP e as ULDM, na perspetiva dos enfermeiros do SICP, existem benefícios para os doentes e os cuidados prestados aproximam-se dos quadros teóricos que sustentam os CP;
- As equipas das ULDM precisam de estar recetivas ao SICP, e este deve trabalhar em prol de promover esta recetividade, através do desenvolvimento da comunicação entre equipas por exemplo;

- É importante que existam profissionais de saúde com formação na área dos CP pois também irá promover o conhecimento do conceito de CP e por sua vez a receptividade à intervenção do SICP nas ULDM;
- É importante o reconhecimento dos benefícios aos doentes provenientes desta articulação;
- É cada vez mais evidente a importância de sensibilizar os profissionais de saúde, em geral e dos enfermeiros em particular, para a relevância da articulação com serviços especializados;

Considera-se que este estudo vem indicar a necessidade ainda, de continuar a desenvolver estudos nesta área de forma a promover o desenvolvimento dos CP.

Relativamente às limitações, apesar de durante toda a pesquisa existir a preocupação constante em assegurar o rigor científico e metodológico, contudo surgiram algumas limitações/dificuldades.

Entre as limitações identificadas, salientamos que os profissionais de saúde incluídos no estudo não se encontram equitativamente representados em termos de categorias profissionais, prevalecendo a classe dos enfermeiros (uma representatividade de 6 elementos), seguindo-se a classe médica (com 2 elementos) e, de forma residual, 1 assistente social e 1 psicóloga. Assim, poderemos depreender que os resultados podem tender para uma perspetiva da classe profissional mais representada.

Igualmente, se verificaram limitações aquando da pesquisa bibliográfica, constatando-se que existe pouca documentação relacionada especificamente com esta temática.

Outra das limitações prendeu-se com a inexperiência do investigador relativamente ao processo metodológico, nomeadamente na criação do instrumento de recolha de dados e na análise e interpretação dos dados resultantes das entrevistas.

A atividade profissional foi outra dificuldade que surgiu e que exigiu um esforço e empenho acrescidos, bem como a articulação com outros encargos pessoais.

Como dificuldades realçamos o tempo decorrido entre a solicitação formal de autorização para a realização do estudo, e a sua obtenção, que acabou por atrasar o início das entrevistas e por sua vez, o restante desenvolvimento.

Dado se tratar de um estudo de caso, existe da nossa parte a consciência das limitações existentes, e de modo algum seria possível extrapolar as conclusões conseguidas e generalizá-las para outros contextos. Contudo não se deve invalidar a sua importância, atendendo a todo o processo que foi realizado.



## CONCLUSÕES

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

O ENP foi planeado de forma a assegurar a aquisição de Competências Comuns estabelecidas pela OE para os Enfermeiros Especialistas e Competências Específicas para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

O objetivo desde ENP era desenvolver competências técnicas, científicas, éticas, humanas e de investigação em enfermagem à pessoa em situação paliativa e família e podemos agora enunciar algumas conclusões:

- O diagnóstico de situação permitiu identificar as necessidades do SICP e delinear os objetivos e atividades que deram resposta a essas necessidades e ainda permitiram, o desenvolvimento das competências na área dos CP;
- A realização deste estágio na área dos CP, implica o desenvolvimento de competências específicas em comunicação, na relação com a pessoa em situação paliativa e família, na gestão de sintomas, no apoio à família, na gestão do luto, no trabalho em equipa e ética na prestação de cuidados;
- No que concerne ao desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, importa desenvolver competências na comunicação de más notícias e apoio ao luto;
- É necessário o desenvolvimento de habilidades diferenciadas nas quatro áreas definidas como pilares dos CP para a prestação de cuidados aos doentes com necessidades paliativas;
- A comunicação assume papel transversal a todos os restantes pilares do CP e pode e deve ser trabalhada, pois promove a prestação de cuidados diferenciados;
- A comunicação eficaz entre equipas tem implicação direta nos cuidados prestados;
- Saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que vão surgindo e que têm repercussões diretas no bem-estar do doente/família/cuidador, pode ser mais fácil quando formação específica na área;
- A organização, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem especializados ao doente/família em situação paliativa quando eficaz, maximiza a qualidade

de vida e diminuí consideravelmente o sofrimento e sintomatologia inerente à situação de doença;

- O doente com necessidades paliativas não pode ser abordado sem envolvimento da família e contexto;

- O doente perante doença incurável e/ou grave e progressiva exige competências diferenciadas de trabalho em equipa multi e interdisciplinar dada a complexidade que assume;

- A reflexão crítica relativa a assuntos de alta complexidade e dilemas éticos inerentes à prática dos CP faz parte do dia-a-dia do profissional de saúde que presta cuidados a doentes com necessidades paliativas;

- As atividades de formação em contexto de trabalho constituíram-se momentos formativos para a capacitação da equipa multidisciplinar e para colmatar duas as necessidades de formação identificadas no plano de formação, mas acima de tudo, evidenciam a importância da componente da Formação em CP;

- O planeamento destas atividades formativas promoveu o desenvolvimento de competências pessoais relativas ao planeamento, execução e avaliação de formações em contexto de trabalho;

- A área da gestão assume igualmente importância e deve colaborar para o eficaz funcionamento do serviço em questão e colmatar necessidades do dia-a-dia;

- A partir da aplicação do protocolo desenvolvido que veio dar resposta à necessidade identificada pela equipa, de melhoria na articulação do SICP com as unidades envolvidas na prestação de cuidados aos doentes acompanhados em comum, é possível promover a eficaz articulação entre equipas;

- Foi importante que este protocolo fosse de encontro ao trabalho de investigação que foi desenvolvido neste ENP e constitui-se uma estratégia para melhorar a articulação;

- A elaboração do protocolo e a revisão do procedimento já existente, permitiu a aquisição de competências na área de gestão de cuidados, no domínio da melhoria contínua da qualidade que se constitui uma das competências comuns do enfermeiro especialista, permitiu assim desenvolver práticas de qualidade, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua;

- O estudo de investigação permitiu conhecer a perceção sobre a articulação do SICP com as ULDM;

- Foi possível a aquisição de competências não só relativa a elaboração de estudos primários do tipo qualitativos, mas também de outros estudos secundários e scoping reviews a partir da pesquisa para sustentar e enquadrar o relatório;
- Investigar aspetos que nos inquietam na prática, é o caminho para serem alcançados novos conhecimentos e promover a melhoria da prática de cuidados de enfermagem;
- Melhorar a articulação dos Serviços Especializados com as Unidades de Apoio traz benefícios aos doentes;
- É importante investir na formação dos profissionais para a facilitação desta articulação e eficaz comunicação entre equipas, com objetivo de melhoria dos cuidados prestados;
- O trabalho em equipa destaca-se e atinge outro nível quando se reconhece a limitação da nossa intervenção e se solicita apoio diferenciado.

No final deste período tão abastado em aquisição de conhecimentos e competências, os objetivos propostos foram atingidos e todo este percurso correspondeu e ultrapassou as expectativas. No entanto, o caminho foi doloroso e surgiram algumas limitações relacionadas com a articulação deste processo e atividade profissional e pessoal. Mas apesar das limitações e dificuldades, constituiu, sem dúvida, um percurso com um grande crescimento pessoal, académico e profissional. Como sugestões que ajudem a desenvolver uma prática de CP com qualidade, importa:

- 1 - Promover formação em CP;
- 2 - Apostar na existência de elementos da equipa de enfermagem com especialidade em enfermagem à pessoa em situação paliativa nas ULDM para a dinamização na implementação de intervenções ativas e promotoras da articulação com as equipas diferenciadas;
- 3 - Apostar na investigação na prática clínica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS, (2017). Monitorização da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados 2017. 2–52. Disponível em: <https://www.ers.pt/pt/comunicacao/destaques/lista-de-destaques/monitorizacao-sobre-acesso-a-rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci/>

ACSS, (2022). Monitorização da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados 2022. Disponível em: [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-Anual-2022\\_VF.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-Anual-2022_VF.pdf)

ACSS, (2023b). Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-1-semester-2023\_vf.pdf (pp. 23–199). Disponível em: [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-1-semester-2023\\_vf.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-1-semester-2023_vf.pdf)

Arias-Rojas, M., Carreño-Moreno, S., & Rojas-Reyes, J. (2019). Incertidumbre ante la enfermedad de cuidadores familiares de pacientes en cuidados paliativos: Scoping review. *Aquichan*, 20(3), e2034. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.4>

ARS Norte. (2025). Cuidados Paliativos. Obtido de: <https://www.arsnorte.min-saude.pt/cuidados-paliativos/unidades-de-cuidados-paliativos>

Associação de Cuidados Continuados. (Marco de 2020). Diagnóstico sobre o Funcionamento da RNCCI e Proposta de Soluções. Obtido de: [http://m.an-cc.org/mobi/1/upload/diagnostico\\_funcionamento\\_da\\_rncci.pdf](http://m.an-cc.org/mobi/1/upload/diagnostico_funcionamento_da_rncci.pdf)

Associação Portuguesa da Bioética - Parecer nº P/20/APB/10: guidelines sobre sedação em doentes terminais. (2010). [https://upbioetica.org/wp-content/uploads/2021/01/Parecer-N.%C2%A7-P\\_20-APB\\_10-Guidelines-Sobre-Seda%E2%80%A1AEo-em-Doentes-Terminais.pdf](https://upbioetica.org/wp-content/uploads/2021/01/Parecer-N.%C2%A7-P_20-APB_10-Guidelines-Sobre-Seda%E2%80%A1AEo-em-Doentes-Terminais.pdf)

Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 disponível em: <https://biblioteca.wook.pt/reader/index.html>

Barbosa, A., Pina, P. & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3.aed.). Lisboa. Fundação Caloust Gulbenkian.

Barbosa, A., Gomes, B., Pina, P., & Costa, M. (2021). *Cuidados paliativos* (2.ª ed.). LIDEL.

Bellaguarda, M. L. R., Knihs, N. S., Canever, B. P., Tholl, A. D., Alvarez, A. G., & Teixeira, G. C. (2020). Simulação realística como ferramenta de ensino na comunicação de situação crítica em cuidados paliativos. *Escola Anna Nery*, 24(3), e20190271. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0271>

Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2016). Trabalho em Equipa. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 907-913). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

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

Capelas, M. L. (2016). *Manual de cuidados paliativos: Qualidade e Cuidados Paliativos* (3.ª ed., revista e aumentada). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Capelas, M. L. [et all] (2016). *Manual de cuidados paliativo: Organização de serviços* (3.ª ed., revista e aumentada). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

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>

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>

Centeno, C., Lynch, T., Donea, O., Rocafort, J., & Clark, D. (Eds.). (2013). EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013. EAPC Press.

Cerqueira, M. M. A. (2005). Comunicar em enfermagem: Algumas reflexões. *Sinais Vitais*, 62, 55-57.

Chapman, E. J., & Ellershaw, J. E. (2008). Palliative care approach can provide safeguards for end-of-life care in intensive care units. *Critical Care Medicine*, 36(8), 2548–2549. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31817c8ac3>

Chapman, E. J., Lovell, N., Cripps, R. L., Jones, L., Barclay, S., & Murtagh, F. E. M. (2022). What are the effective components of interventions to improve symptom control in patients with advanced disease? A qualitative systematic review and thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 36(2), 292–308. <https://doi.org/10.1177/02692163211069923>

Chapman, E. J., Lovell, N., Cripps, R. L., Barclay, S., Murtagh, F. E. M., & Jones, L. (2024). Perspectives from patients and caregivers on symptom management in palliative care: A qualitative synthesis to update a conceptual model. *Palliative Medicine*, [Epub ahead of print]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39160491/>

CNCP. (2020). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - biênio 2019-2020. Obtido de: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/CuidadosPaliativos/Documents/Plano%20Estrat%C3%A9gico%20Desenvolvimento%20CPal%202019-2020.pdf>

CNCP. (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - biênio 2021-2022. Obtido de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

CNCP. (2023). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - biênio 2023-2024. Obtido de: [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023\\_2024\\_signed.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf)

Correia, R. M., Canhestro, A. M. S., & Pedro, M. G. F. (2021). Formação em cuidados paliativos e a aquisição de competências: Uma revisão sistemática

da literatura. *Revista Saúde & Envelhecimento*, 17(1), 73–84.  
[https://revistas.uevora.pt/index.php/saude\\_envelhecimento/article/view/502/0](https://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/502/0)

Conselho Nacional de Saúde. (2020). Plano Nacional De Saúde. Obtido de:  
<https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/CNS-PNS-2020-2030-Termos-de-referencia.pdf>

D'Alessandro, M. P. S., Pires, C. T., & Forte, D. N. (Coords.). (2020). *Manual de cuidados paliativos* (2.<sup>a</sup> ed.). Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde.  
<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>

Daly, J., Kellehear, A., & Gliksman, M. (2014). The public health approach to end-of-life care. Oxford University Press.

Dahlin, C., & Coyne, P. (2018). The palliative APRN leader. *Annals of Palliative Medicine*, 8(Suppl 1), S30–S38.

Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2024)- Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos disponível em: [https://www.ihmt.unl.pt/wp-content/uploads/2024/10/Declaracao-de-Helsinquia-2024.PT\\_.pdf](https://www.ihmt.unl.pt/wp-content/uploads/2024/10/Declaracao-de-Helsinquia-2024.PT_.pdf)

Decreto-Lei n.º 101/2006. (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República Série I-A n.º109 (2006/06/06), 3856 - 3865.

Decreto-Lei n.o 136/2015 (2015). Diário da República Obtido de:  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/136-2015-69879425>

Decreto-Lei n.o 46/2018, (2018). Portaria n.o66/2018. Obtido de:  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/66-2018-114822275>

Decreto-Lei n.o 26/2019. (2019) Diário da República Série II de 2019-02-06. (2018). Regulamento n.o 140/2019 Obtido de:  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

DGS. (2004). Ministério da Saúde. Circular Normativa n.º14/DGCG. 13/07/2004. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção Geral de Saúde. Obtido de: <https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/3969ee16-30fc-42ff-b4aa-6368d31156f1.pdf>

Decreto-Lei n.º 161/96 (1996) de 4 de setembro Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04, páginas 2959 - 2962

Decreto-Lei n.º 104/98 (1998) de 21 de abril Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21, páginas 1739 - 1757

Decreto-Lei n.º 101/2006. (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República Série I-A n.º109 (2006/06/06), 3856 - 3865

Decreto-Lei n.º 281/2003. (2003) de 8 de novembro. Cria a rede de cuidados continuados de saúde. Diário da República n.º 259/2003, Série I-A de 2003-11-08, páginas 7492 - 7499

Decreto-Lei n.º 52/2012. (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República Série I n.º 172 (2012/09/05), 5119-5124.

DGS. (2004). Ministério da Saúde. Circular Normativa n.º14/DGCG. 13/07/2004. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção Geral de Saúde. Disponível em: [http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados\\_continuados\\_integrados/Programa Nacional de Cuidados Paliativos.pdf](http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa Nacional de Cuidados Paliativos.pdf)

DGS. (2016). Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos. Recuperado de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/04/23/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos>

DGS (2023). Proposta de Modelo Organizacional dos Cuidados Paliativos nas ULS Serviço Integrado de Cuidados Paliativos. Direção Geral de Saúde. Disponível em:

[https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/Modelo-organizacional\\_CP\\_ULS-\\_Versao-Revista-para-DE-SNS.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/Modelo-organizacional_CP_ULS-_Versao-Revista-para-DE-SNS.pdf)

Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem*. Lisboa: Almedina

Dor, A. P. (2013). Obtido em 1 de Abril de 2014, de APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor: <http://www.aped-dor.org/?lop=>

Espinoza-Suárez, N. R., Zapata, M. C. M., & Pérez, L. A. M. (2017). Conspiración de silencio: Una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 80(2), 96-103. <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i2.3127>

Feiteira, B. (2017). *As conferências familiares em cuidados paliativos: Contributos para a prática clínica de enfermagem* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da U.Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/109838>

Feiteira, B., & Cerqueira, M. M. (2017). Sugestões dos enfermeiros de uma equipa de suporte em cuidados paliativos para a melhoria da utilização da técnica de conferência familiar. *Sinais Vitais*, 112(21), 38-43.

Feiteira, B.; Cerqueira, M. M. (2018). *As conferências familiares em cuidados paliativos: Contributos para a prática clínica em enfermagem*. Novas Edições Acadêmicas.

Fernandes, J. (2016). Apoio à família em cuidados paliativos. Em A. Barbosa, P. r. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 653-663). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Feiteira, B. (2023). *Sofrimento - a experiência da pessoa doente em cuidados paliativos*. Novas Edições Acadêmicas.

Freire, Elga; Fernandes, Ricardo; P, Conceição, Gonçalves, E. (2020). *Guia Prático Do Controlo Sintomatico*. Disponível em: <https://spmi.pt/wp-content/uploads/2020/03/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico.pdf>

- Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação - da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2003). O processo de Investigação: Da concepção à realização. Lusodidactica.
- Fortin, M.-F. (1999). O processo de Investigação: da concepção à realização. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M.-F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Gay, J., Kralik, D., & Koch, T. (2009). Chronic illness: Experiences and interventions. Wiley-Blackwell.
- Gil, A. C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social (6ª ed.). Atlas.
- Hudson, P., Aranda, S., & Kristjanson, L. J. (2008). Palliative care: A time for action. Oxford University Press.
- Harris, D. (2022). *Anticipatory prescribing for symptom control in end-of-life care*. Cardiff University. [https://orca.cardiff.ac.uk/id/eprint/154050/1/50-12Harris\\_edited.pdf](https://orca.cardiff.ac.uk/id/eprint/154050/1/50-12Harris_edited.pdf)
- Instituto da Segurança Social, I.P. (n.d.). *Manual do Prestador – Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) – RNCCI*. Segurança Social. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man\\_Prestador\\_UMCCI-RNCCI](https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI)
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2023). *Guia prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)* (N37 – v4.24). Lisboa: Instituto da Segurança Social, I. P.
- Kolçaba, K. (2009). Comfort. In Peterson, S.J. & Bredow, T.S. Middle Range Theories. Application to nursing research. Lippincott.

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.

Ministério da Saúde. (2020). SClinico: Cuidados de Saúde Hospitalares. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>

Lemus-Riscanevo, P., Arias-Rojas, M., & Carreño-Moreno, S. (2019). Calidad de vida de cuidadores familiares de personas con cáncer en cuidados paliativos. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 51(4), 373-382. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n4-2019005>

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.

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>

National Institute for Clinical Excellence (2004). Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Câncer – The manual. London: National Institute for Clinical Excellence disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/csg4>

Neto, I. G. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos Fundamentais. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, Manual de Cuidados Paliativos (pp. 1-22). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. G. (2020). Princípios do Controlo de Sintomas, um pilar dos Cuidados Paliativos. Ordem Dos Médicos.

Ordem dos Enfermeiros (2002) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. (pag.18) disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro. Obtido de Regulamento n.º 188/2015: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/188-2015-67050991>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da república. Obtido de Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Competências Comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Referencial do Enfermeiro. 1–46. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI - v. FINAL Referencial do Enfermeiro - Abril 2009.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE): Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais. 2007. Disponível em: 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)

OMS. (2018). Cuidados paliativos. Organização Mundial de Saúde. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

OMS. (2005). ARS Norte. Obtido em Junho de 2014, de <http://portal.arsnorte.min-saude.pt>

OMS. (20 de agosto de 2020). Obtido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

OMS. (05 de Outubro de 2021). Obtido em Outubro de 2024, de <https://www.paho.org/pt/noticias/5-10-2021-oms-divulga-recursos-para-lidar-com-flagrante-escassez-servicos-cuidados>

OMS. (2021). OMS divulga recursos para lidar com flagrante escassez de serviços de cuidados paliativos de qualidade - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde.

Organização Mundial de Saúde. <https://www.paho.org/pt/noticias/5-10-2021-oms-divulga-recursos-para-lidar-com-flagrante-escassez-servicos-cuidados>

OMS (2020). *Integrating palliative care into primary health care: A WHO guide..* <https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primary-health-care>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). *Manual do prestador: Recomendações para a melhoria contínua*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://www.seg.social.pt/documents/10152/3735071/Man\\_Prestador\\_UMCCI-RNCCI](https://www.seg.social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI)

Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento e terapia do luto: Um manual para profissionais de saúde mental* (4ª ed.). Martins Fontes.

**ANEXOS**

## ANEXO I – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO TELEFÔNICO

|                                                                 |              |                |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
|                                                                 | PROCEDIMENTO | BBB.xxx/0.AAAA |
|                                                                 |              | Pág. 1 de 149  |
| Identificação do documento: Protocolo de atendimento telefónico |              |                |
| Âmbito: Serviço Integrado Cuidados Paliativos (SICP)            |              |                |

## **OBJETIVO**

Descrever os procedimentos associados ao apoio telefónico desenvolvido no âmbito do SICP direcionado aos doentes, família/ cuidadores e profissionais acompanhados pelo mesmo.

## **DEFINIÇÕES**

Apoio Telefónico do SICP– atividades de consultadoria, solicitadas pelos doentes, familiares/ cuidadores e profissionais, realizadas via telefónica por um(a) médico(a) ou um(a) enfermeiro(a) desta Instituição, que integre a Equipa ou esteja em regime de substituição de funções.

## **RESPONSABILIDADES**

Coordenador SICP

Médicos da SICP

Enfermeiras da SICP

Assistente técnica da SICP

## **DESCRIÇÃO**

O apoio telefónico aos doentes, familiares/ cuidadores e profissionais acompanhados pelo SICP é uma estratégia para assegurar a continuidade de cuidados. Facilita o esclarecimento de dúvidas/dificuldades quando o doente está no domicílio, visando diminuir a necessidade de deslocação à instituição hospitalar e melhorar o acompanhamento ao doente/ família/ cuidador informal.

### **I – Destinatários do apoio telefónico da ECP**

São destinatários do apoio telefónico do SICP, os doentes e família/ cuidadores previamente acompanhados pelo SICP, que sintam necessidade de apoio, orientação ou esclarecimentos no cuidado ao doente com necessidade de cuidados paliativos. Também são destinatários de apoio telefónico os profissionais que necessitem de consultoria no processo de acompanhamento de doentes com necessidades de cuidados paliativos.

### **II – Pedido de apoio telefónico do SICP**

O apoio telefónico pode ser realizado através dos seguintes números:

| <b>Elaborado:</b> |             | <b>Aprovado:</b> |             | <b>Próxima Revisão</b> |
|-------------------|-------------|------------------|-------------|------------------------|
| Data:             | Assinatura: | Data:            | Assinatura: |                        |

- **Número telefone Fixo:** 258 802 340

Responsável: Assistente Técnica –Ana Paula Viana;

Horário de atendimento: 08:30h às 15:30h

### **III – Realização do apoio telefónico do SICP**

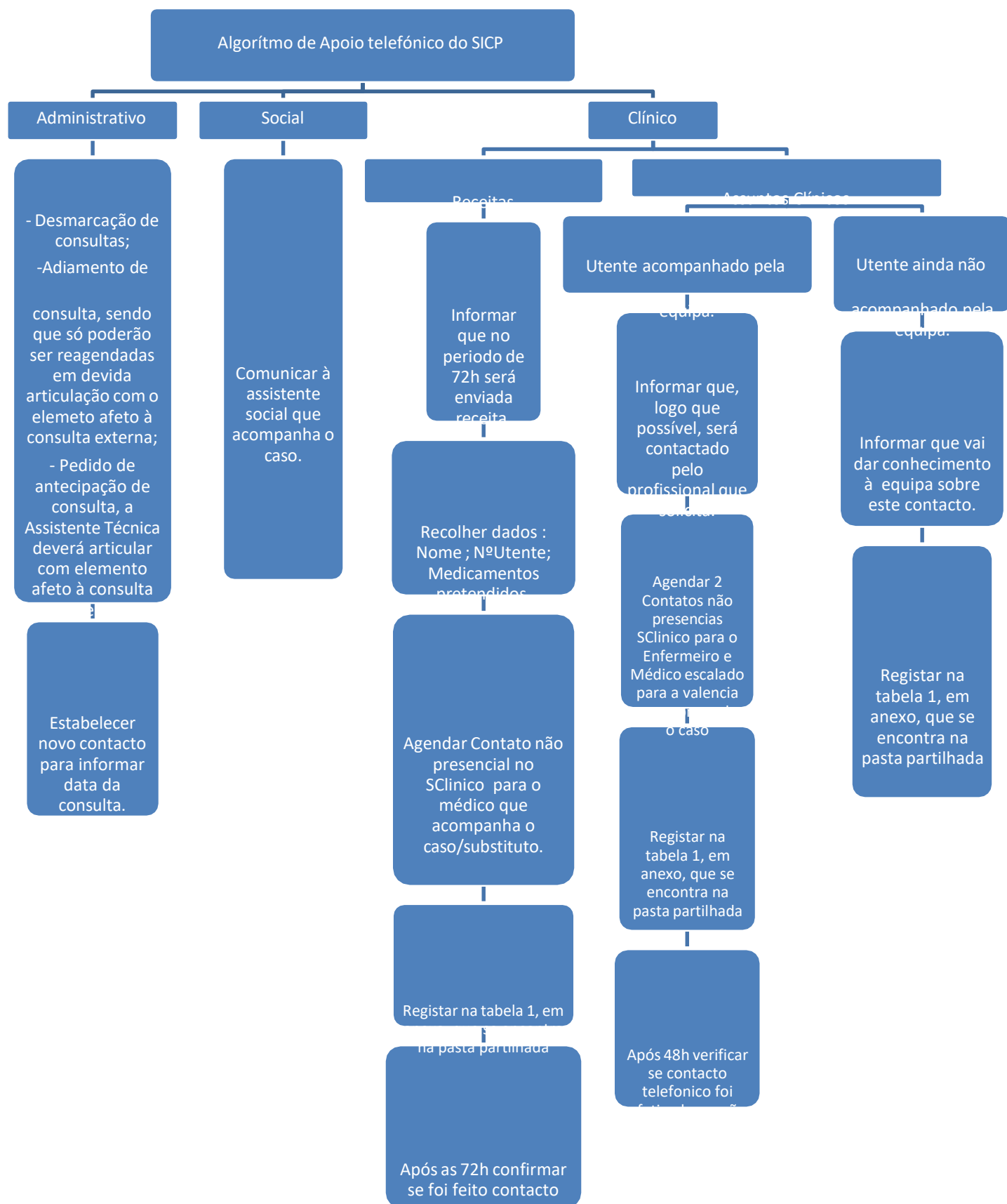
- O apoio telefónico aos doentes, familiares e/ou cuidadores e profissionais funciona de acordo com o horário definido.
- Sempre que necessário, os profissionais da SICP podem agendar “Consulta Externa” ou “Consulta Aberta” de acordo com as necessidades identificadas, para avaliação e orientação do plano de cuidados.
- Se for pertinente, deve ser realizado contacto com equipa domiciliária (ECCI ou Equipa de Saúde Familiar) para acompanhamento da situação;
- Da mesma forma, sempre que possível poderá ser agendada visita domiciliária pela SICP.

### **VI – Orientações para a realização de atendimento telefónico**

#### **1. Telefone fixo (258802340)**

- O profissional do SICP que realize o apoio telefónico deverá:
  - Identificar-se, mencionando o serviço e nome;
  - Identificar quem efetua o contacto telefónico (nome/ relação de parentesco ou de cuidador/pessoa de referência);
  - Identificar o doente:
    - Já é acompanhado pela SICP?

- Em que valência? Internamento VC ou PL; C.Ext VC; Domicilio?
- Identificar o motivo do telefonema e seguir algoritmo apresentado:



## 2. Telefones moveis

- O profissional do SICP que realize o apoio telefónico deverá:
  - Identificar-se, mencionando o serviço e nome;
  - Identificar quem efetua o contacto telefónico (nome/ relação de parentesco ou de cuidador);
  - Identificar o doente:
    - Já é acompanhado pela SICP?
      - Em que valência? Internamento VC ou PL; C.Ext VC ou PL; Domicilio?
  - Identificar o motivo do telefonema;
    - Motivo de cariz administrativo
      - Pedir para contactar número de telefone fixo e agilizar assunto com Assistente Técnica.
    - Assunto clínico
      - Direcionar a conversa de acordo com as necessidades identificadas pelo doente/familiar e procurar a agilização da melhor resolução possível.
  - Registrar na tabela 2, anexa os dados colhidos.
  - Entregar a tabela à Assistente Técnica, às 12:30h e às 15:30h, para que possam ser efetuados os agendamentos de contacto não presencial.
  - Assinalar quais os contactos que serão para agendamento (tendo em conta que alguns telefonemas não serão passíveis de registo. Ex doentes internados).
  - Os registos, em SClínico, destes contactos deverão contemplar uma informação resumida da queixa do doente e da sugestão efetuada.

## **DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA**

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Organização de serviços em Cuidados Paliativos. Recomendações da ANCP. Março de 2006. Disponível em [www.apcp.com.pt](http://www.apcp.com.pt) (acedido em Outubro de 2013).

- Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. 2010. Circular normativa de 13/7, 2004.
- Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (CP) de 5 de Setembro – Lei nº 52/2012.
- Ministério da Saúde, Decreto- Lei 101/2006, sobre Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários & Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. A equipa de cuidados continuados integrados: orientações para a sua constituição nos centros de saúde. Lisboa: 2007.

## ANEXOS DO DOCUMENTO

### Tabela 1- Telefone Fixo

| Tabela 1- Telefone fixo |                               |         |                         |     |                |         |                        |
|-------------------------|-------------------------------|---------|-------------------------|-----|----------------|---------|------------------------|
| Nº Chamada              | Nome da pessoa que telefonou? | Contato | Acompanhado pela equipa |     | Nome do doente | Assunto | Com quem deseja falar? |
|                         |                               |         | SIM                     | NÃO |                |         |                        |
|                         |                               |         |                         |     |                |         |                        |
|                         |                               |         |                         |     |                |         |                        |
|                         |                               |         |                         |     |                |         |                        |

### Tabela 2-Telefone Móvel

[illegible]



APÊNDICE I- PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO -ESPIRITUALIDADE  
EM CUIDADOS PALIATIVOS

## **Planeamento da atividade formativa**

**Tema:** Espiritualidade em Cuidados Paliativos

### **Objetivo Geral:**

- Capacitar a equipa multidisciplinar para uma melhor compreensão da definição humanística e fenomenologia da espiritualidade.

### **Objetivos específicos:**

- Relembrar os princípios da abordagem espiritual;
- Sensibilizar a equipa para a importância da dimensão da espiritualidade;
- Refletir acerca da importância da dimensão espiritual em CP;
- Dar a conhecer a proposta de parametrização do SClinico;

### **Descrição da atividade:**

- Data da formação: 30/01/2024; ou 6/02/2024
- Hora da formação: 09:30h
- Local da formação: Via Zoom
- Destinatários: Equipa multidisciplinar da SICP
- Formadores: Ana Sofia Santos
- Forma de avaliação da sessão: Questionário de avaliação da sessão

## **Conteúdos Programáticos:**

### **Introdução**

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

### **Desenvolvimento**

- Apresentação e discussão do conceito de Espiritualidade;
- Apresentação dos princípios da abordagem espiritual;
- Reflexão sobre a importância da dimensão da espiritualidade;

### **Conclusão**

- Esclarecimento de dúvidas;
- Informação acerca da Avaliação da sessão através do questionário.

APÊNDICE II- PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO- O PROCESSO DE  
LUTO EM CUIDADOS PALIATIVOS

## **Planeamento da atividade formativa**

**Tema:** Processo de luto em Cuidados Paliativos

### **Objetivo Geral:**

- Capacitar a equipa multidisciplinar para a assistência ao doente, família e os amigos ajudando-os a lidar com o sofrimento, a dor e as perdas;

### **Objetivos específicos:**

- Sensibilizar para a abordagem ao luto antecipatório;
- Refletir sobre o conceito de luto;
- Sensibilizar a equipa para a importância de atuar preventivamente no luto patológico;
- Refletir sobre a atuação terapêutica junto do doente e família durante as diferentes fases;

### **Descrição da atividade:**

- Data da formação: 30/01/2024; ou 6/02/2024
- Hora da formação: 09:30h
- Local da formação: Via Zoom
- Destinatários: Equipa multidisciplinar da SICP
- Formadores: Dr. Márcia Amorim
- Forma de avaliação da sessão: Questionário de avaliação da sessão

## **CONTEUDOS PROGRAMÁTICOS:**

### **INTRODUÇÃO**

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

### **DESENVOLVIMENTO**

- Conceito de luto;
- Linhas orientadoras para atuar junto do doente e família durante as diferentes fases;
- Conceito de luto antecipatório;
- Estratégias para atuar perante o luto antecipatório;
- Conceito luto patológico;
- Estratégias para atuar preventivamente no luto patológico;

### **CONCLUSÃO**

- Esclarecimento de dúvidas;
- Informação acerca da Avaliação da sessão através do questionário

APÊNDICE III- PLANO DE SESSÃO: ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS  
PALIATIVOS

| <p><b>SESSÃO N.º 1</b></p> <p><b>NOME:</b> Espiritualidade em Cuidados Paliativos<br/> <b>DESTINATÁRIOS:</b> Equipa multidisciplinar da SICP<br/> <b>LOCAL DE REALIZAÇÃO:</b> Via Zoom</p> <p><b>FORMADOR/A:</b> Enf Ana Sofia Santos</p> <p><b>CARGA HORÁRIA DA SESSÃO:</b> 1H<br/> <b>CARGA HORÁRIA FORMAÇÃO:</b> 1H</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                           |                                   |                                                          |         |                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------|
| FASES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CONTEÚDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS            | EXERCÍCIOS/ATIVIDADE S/ TRABALHOS | MATERIAIS E EQUIPAMENTOS                                 | DURAÇÃO | AValiação                                                  |
| <b>Introdução</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>INTRODUÇÃO</b><br>Apresentação do tema<br>Comunicação dos objetivos da sessão<br>Apresentação dos formadores/ intervenientes                                                                                                                                                                                                   | Método Expositivo<br>Método interrogativo | Apresentação dos diapositivos     | Tela de projeção + computador + apresentação Power Point | 15 min  | Avaliação diagnóstica<br>- Observação<br>- Feedback verbal |
| <b>Desenvolvimento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Apresentação e discussão do conceito de Espiritualidade;<br>Apresentação dos princípios da abordagem espiritual;<br>Reflexão e discussão sobre a importância da dimensão da espiritualidade;<br>Apresentação das intervenções existentes para registo em SClínico;<br>Apresentação de uma proposta de parametrização do SClínico. | Método Expositivo<br>Método interrogativo | Apresentação dos diapositivos     | Tela de projeção + computador + apresentação Power Point | 20 min  | - Observação<br>- Feedback verbal<br>- Questões Abertas    |

|                  |                                                                                                                       |  |                                                                                                     |                                                                   |        |                                         |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------|
| <b>Conclusão</b> | Esclarecimento de dúvidas<br>Informação acerca da<br>Avaliação da sessão<br>através do questionário<br>(google forms) |  | Apresentação dos diapositivos<br>Apresentação de questionário no<br>google forms e envio por email. | Tela de projeção +<br>computador +<br>apresentação Power<br>Point | 10 min | - Feedback verbal<br>- Questões Abertas |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------|

APÊNDICE III- PLANO DE SESSÃO: O PROCESSO DE LUTO EM CUIDADOS  
PALIATIVOS

| <p><b>SESSÃO N.º 2</b></p> <p><b>NOME:</b> O processo de Luto em CP</p> <p><b>DESTINATÁRIOS:</b> Equipa multidisciplinar da SICP</p> <p><b>LOCAL DE REALIZAÇÃO:</b> Via Zoom</p> <p><b>FORMADOR/A:</b> Dra Márcia Amorim</p> <p><b>CARGA HORÁRIA DA SESSÃO:</b> 1H</p> <p><b>CARGA HORÁRIA FORMAÇÃO:</b> 1H</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                   |                                                          |         |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------|
| FASES                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CONTEÚDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS            | EXERCÍCIOS/ATIVIDADE S/ TRABALHOS | MATERIAIS E EQUIPAMENTOS                                 | DURAÇÃO | AValiação                                                  |
| <b>Introdução</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>INTRODUÇÃO</b><br>Apresentação do tema<br>Comunicação dos objetivos da sessão<br>Apresentação dos formadores/ intervenientes                                                                                                                                                                                                                               | Método Expositivo<br>Método interrogativo | Apresentação dos diapositivos     | Tela de projeção + computador + apresentação Power Point | 15 min  | Avaliação diagnóstica<br>- Observação<br>- Feedback verbal |
| <b>Desenvolvimento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Apresentação e explicação do conceito de luto;<br>Fornecimento de Linhas orientadoras para atuar junto do doente e família durante as diferentes fases;<br>Apresentação e explicação do Conceito de luto antecipatório;<br>Fornecer e explicar estratégias para atuar perante o luto antecipatório;<br>Apresentação e explicação do conceito luto patológico; | Método Expositivo<br>Método interrogativo | Apresentação dos diapositivos     | Tela de projeção + computador + apresentação Power Point | 20 min  | - Observação<br>- Feedback verbal<br>- Questões Abertas    |

|                  |                                                                                                              |  |                                                                                                  |                                                                   |        |                                         |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------|
|                  | Fornecer e explicar estratégias para atuar preventivamente no luto patológico                                |  |                                                                                                  |                                                                   |        |                                         |
| <b>Conclusão</b> | Esclarecimento de dúvidas<br>Informação acerca da Avaliação da sessão através do questionário (google forms) |  | Apresentação dos diapositivos<br>Apresentação de questionário no google forms e envio por email. | Tela de projeção +<br>computador +<br>apresentação Power<br>Point | 10 min | - Feedback verbal<br>- Questões Abertas |

## APÊNDICE V- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA SESSÃO

Sessão de formação: \_\_\_\_\_

**1- Achou pertinente o tema da sessão da formação.**

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

**2- Achou que o formador foi claro e esclareceu sempre as dúvidas.**

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

**3- A sessão de formação correspondeu ao esperado.**

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

**4- Antes da sessão de formação já sabia muito sobre o tema.**

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

**5- Depois da sessão de formação fiquei a saber mais sobre o tema.**

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

APÊNDICE VI – PROTOCOLO DE ARTICULAÇÃO COM EQUIPAS ENVOLVIDAS  
NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A DOENTES ACOMPANHADOS PELO SICP

|                                                                                                                                       |              |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
|                                                                                                                                       | PROCEDIMENTO | BBB.xxx/0.AAAA |
|                                                                                                                                       |              | Pág. 22 de 149 |
| Identificação do documento: Protocolo de Articulação com Equipas Envolvidas na Prestação de Cuidados a Doentes Acompanhados pelo SICP |              |                |
| Âmbito: Serviço Integrado Cuidados Paliativos (SICP)                                                                                  |              |                |

## **OBJETIVO**

Uniformizar a articulação e a comunicação entre o SICP e todas as unidades de cuidados personalizados, unidades de saúde familiar, equipas de cuidados continuados integrados, bem como unidades de internamento no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e entidades residenciais para idosos da região.

## **DEFINIÇÕES**

Consultadoria- Refere-se ao aconselhamento especializado por parte do SICP às equipas prestadoras de cuidados a doentes acompanhados pelo SICP. Consiste na prestação de um serviço que presta orientação e apoio aos profissionais de saúde envolventes nos cuidados ao doente /família.

## **RESPONSABILIDADES**

Médicos da SICP

Enfermeiras da SICP

## **DESCRIÇÃO**

O protocolo de articulação com as equipas envolvidas na prestação de cuidados a doentes acompanhados pelo SICP, surge da necessidade de uniformizar a articulação e a comunicação, de modo a garantir não só a melhoria contínua dos cuidados à pessoa portadora de doença incurável e progressiva, mas também, o suporte e continuidade da formação das equipas.

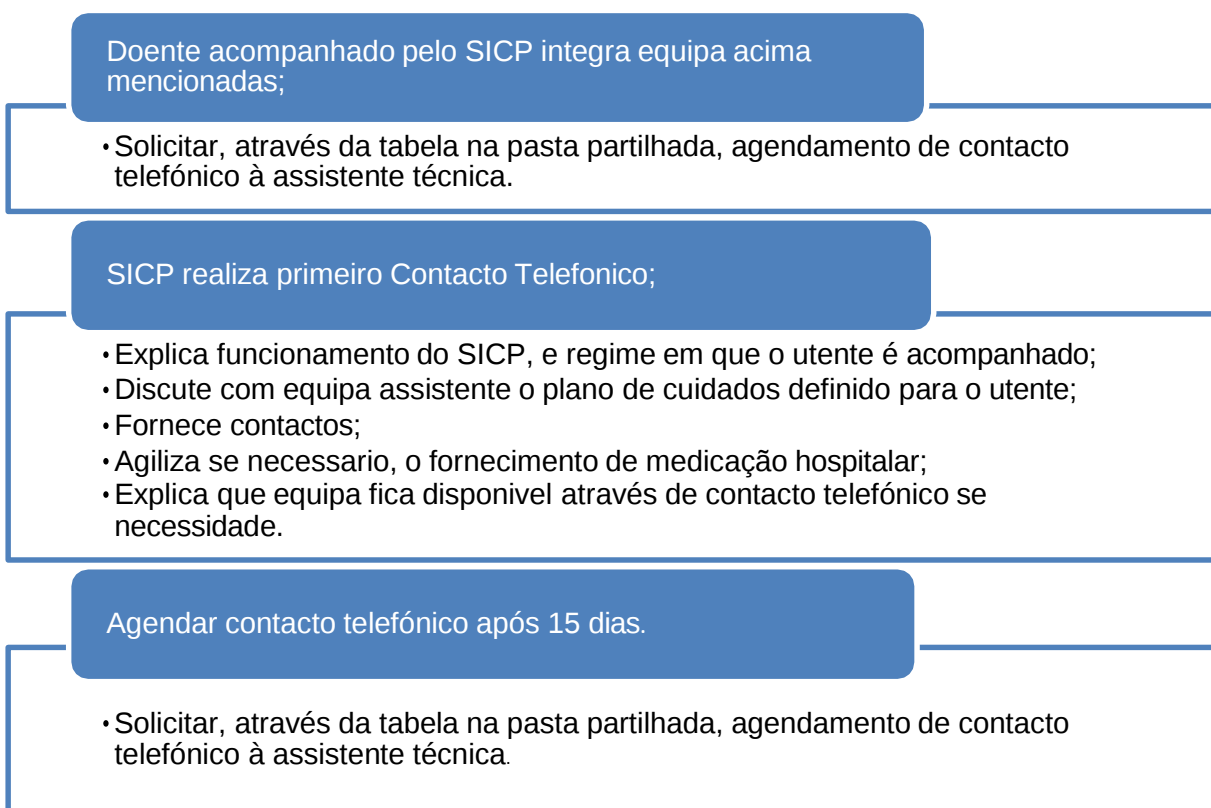
## **I – Destinatários**

- Unidades de Saúde Familiares da Unidade Local;
- Unidades de Equipas de Cuidados Continuados Integrados;
- Unidades de internamento das várias valências da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- ERPIs.

## II - Orientações articulação com as equipas

O apoio de consultadoria objetiva em articulação com as equipas prestadoras de cuidados aos doentes, famílias e ou cuidadores, dar resposta as necessidades do doente. Esta articulação deve estar presente particularmente desde o momento que se identifiquem necessidades paliativas e sempre que ocorra alteração do nível de complexidade. Enquanto cuidados multidimensionais, a prestação de cuidados paliativos, deve permitir ao utente mudar de equipa segundo as suas necessidades clínicas e preferenciais. O SICP deve dar consultadoria a todas as unidades da sua área de influência e importa dar a conhecer o funcionamento da equipa, assim como, esclarecer sobre o regime de acompanhamento do doente. De modo a existir uma articulação eficaz e fluida, com objetivo de centralizar o doente e sua família na prestação de cuidados.

Aquando da transferência de cuidados entre equipas deve ser aplicado o algoritmo seguinte:



Aquando a existência de pedidos de colaboração assume-se a aplicação do seguinte algoritmo:

**Pedido de colaboração;**

- Solicitar, através da tabela na pasta partilhada, agendamento de contacto telefónico à assistente técnica.

**Ralização de contacto telefonico;**

- Identificar necessidades do doente;
- Agendar consulta externa ou Visita Domiciliaria conforme necessidades identificadas;

## **DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA**

CNCP. (2021/2022). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos CP*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

## APÊNDICE VII – GUIÃO DE ENTREVISTA

| <b>I Parte – Acolhimento</b>                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo:</b><br>Informar o participante                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação;</li> <li>- Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo;</li> <li>- Garantir a confidencialidade e anonimato;</li> <li>- Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.</li> </ul> |
| <b>II Parte – Caracterização do entrevistado</b>                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Objetivo:</b><br>Caracterizar o participante                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>1) - Idade</li> <li>2) Sexo</li> <li>3) Anos de Serviço</li> <li>4) Tempo de serviço no SICP</li> <li>5) Nível de formação</li> </ul>                                                                                                                       |
| <b>III Parte – Objetivos/questões orientadoras</b>                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1) Conhecer a percepção dos enfermeiros do SICP sobre a articulação com as ULDM;                                                                                                  | Qual a sua percepção sobre a articulação da equipa com as ULDM?                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2) Conhecer a percepção dos enfermeiros do SICP acerca dos contributos da sua intervenção nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa institucionalizada numa ULDM; | Qual a sua percepção acerca dos contributos da sua intervenção na articulação com as equipas das ULDM?                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 3) Conhecer a percepção dos enfermeiros do SICP acerca dos aspetos potenciadores e facilitadores para a articulação com as equipas das ULDM;                                                                                                                                                                                   | Consegue identificar aspetos facilitadores para a articulação com as equipas das ULDM? |
| 4) Identificar as sugestões dos enfermeiros do SICP acerca da melhoria na articulação com as equipas das ULDM                                                                                                                                                                                                                  | Quer deixar alguma sugestão de melhoria para a articulação com as equipas das ULDM?    |
| <b>IV Parte -Fecho da Entrevista</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agradecer a colaboração dos entrevistados</li> <li>- Referir a importância da sua participação no estudo;</li> <li>- Sintetizar os aspetos essenciais abordados ao longo da entrevista;</li> <li>- Dar a oportunidade de acrescentar aspetos omissos durante a entrevista.</li> </ul> |                                                                                        |



**Consentimento informado, livre e esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, portador do Cartão de Cidadão nº \_\_\_\_\_, enfermeiro(a) a exercer funções no Serviço Integrado de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde, declaro participar de livre vontade no estudo de investigação desenvolvido por Lara Katarina Pereira Alves, Enfermeira com cédula profissional nº 86329, e integrado no Estágio de Natureza Profissional do II Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Paliativa, promovido pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Declaro ter sido devidamente esclarecido(a) da natureza, objetivos e finalidade do estudo de investigação subordinado ao tema. “Intervenção do enfermeiro especialista do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos nas Unidades Longa Duração e Manutenção” e autorizo a utilização da informação por mim fornecida no decurso da entrevista, desde que garantido o meu anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, salvaguardando os princípios invocados pela Declaração de Helsínquia e pela Convenção de Oviedo.

Viana do Castelo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023/2024

O Entrevistado \_\_\_\_\_

O Investigador \_\_\_\_\_

(Documento assinado em duplicado e entregue uma cópia para cada um dos participantes)