



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA**

**Avaliação das competências comunicacionais dos enfermeiros
que cuidam da pessoa em situação paliativa e família**

Célia Catarina Querido Oliveira

Coimbra, julho de 2025



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA**

**Avaliação das competências comunicacionais dos enfermeiros
que cuidam da pessoa em situação paliativa e família**

Célia Catarina Querido Oliveira

Orientadora: Mestre Sara Margarida Rodrigues Gomes, Professora Adjunta, Escola Superior
de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Doutora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira, Professora Coordenadora,
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Coimbra, julho de 2025

PENSAMENTO

“Na comunicação em saúde, o mais importante não é o que é dito, mas sim, o que é percebido, quer pelo profissional de saúde, quer pelo utente.”

Carlos Sequeira

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Orientadora e Coorientadora, Sara Gomes e Isabel Moreira, pela motivação constante e paciência para ouvir as minhas mágoas, por acreditarem em mim apesar dos meus tempos.

A todos os Professores que passaram por mim, nesta e noutras formações, pelo repartir de teorias e práticas de alta qualidade.

Aos Enfermeiros Coordenadores das equipas onde realizei os estágios, verdadeiros “faróis” de liderança, de conhecimento e de prática clínica.

A todos os Colegas dessas mesmas equipas multidisciplinares pela partilha de saberes e experiência.

Aos meus Colegas de trabalho pela disponibilidade manifestada, pela compreensão do meu cansaço, pelas palavras e gestos de incentivo.

À minha Família por, mais uma vez, me deixarem embarcar nesta viagem, privando-nos de tantos momentos juntos. Eu prometo que um dia deixo a escola!

A todos as Pessoas em situação paliativa, suas famílias/cuidadores com que me cruzei. Obrigada por me deixarem ter feito parte das vossas vidas! Vocês ficaram a fazer parte da minha!

À vida pela grandiosidade dos pequenos momentos com que se revela todos os dias!

RESUMO

Apesar dos avanços legislativos e da criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, os Cuidados Paliativos em Portugal enfrentam ainda desafios como: acesso diminuto, carência de profissionais especializados e distribuição geográfica desigual das respostas.

A formação pós-graduada na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa é crucial, exigindo competências avançadas no controlo de sintomas, comunicação terapêutica, apoio à família e trabalho em equipa, guiadas por princípios éticos e científicos que visem a melhoria da qualidade de vida nas fases complexas da doença.

O objetivo deste relatório é evidenciar a aquisição de competências do enfermeiro especialista na área referida ao longo de dois estágios realizados em equipas especializadas de cuidados paliativos na região centro de Portugal, e apresentar uma investigação integrada nesta formação.

A componente clínica realizada com equipas especializadas revelou-se um momento de "verdadeira aprendizagem", que permitiu a aquisição e o aprofundamento de competências técnicas, científicas e pessoais.

A componente de investigação versou sobre as competências comunicacionais autopercebidas dos enfermeiros que prestam cuidados paliativos. Foi realizado um estudo descritivo-correlacional, de natureza quantitativa, com uma amostra de conveniência de 62 enfermeiros. Os dados foram recolhidos mediante a aplicação de um questionário sociodemográfico e profissional e da escala de competências comunicacionais dos profissionais de saúde.

Os enfermeiros participantes revelaram elevadas competências comunicacionais autopercebidas nas dimensões de Respeito, Empatia e Comunicação Informativa. Estes achados são relevantes para o desenvolvimento de programas formativos mais ajustados às necessidades comunicacionais e sugerem a importância de comparar esta perspetiva com a das pessoas em situação paliativa, das famílias e de outros profissionais de saúde, dado que a competência comunicacional se afigura como potencial indicador de qualidade em cuidados paliativos.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Comunicação; Enfermagem; Competência profissional.

ABSTRACT

Despite recent policy developments and the creation of the National Palliative Care Network, palliative care in Portugal still faces challenges namely limited access, shortage of specialized professionals, and regional disparities in service offering.

Postgraduate training in palliative care nursing is crucial, equipping professionals with advanced competencies in symptom management, therapeutic communication, family support, and collaboration, guided by ethical and scientific principles that aim to improve quality of life for patients in the complex stages of the disease.

This report aims to highlight the development of competencies by a specialist nurse in the area during two internships undertaken with specialized teams in the center of Portugal, and to present research integrated within this experience.

The clinical component, conducted alongside specialized teams, represented a pivotal learning experience, facilitating the acquisition and enhancement of technical, scientific, and interpersonal competencies.

The research component explored nurses' self-perceived communication skills in the context of palliative care. A quantitative, descriptive-correlational study was conducted using a convenience sample of 62 nurses. Data collection involved a sociodemographic and professional questionnaire, along with the communication skills scale for healthcare professionals.

The participating nurses reported high levels of self-perceived communication skills in the domains of Respect, Empathy, and Informative Communication. These findings are significant for guiding the development of training programs more closely aligned with actual communication needs. Moreover, they underscore the value of comparing nurses' self-assessments with the perspectives of palliative care patients, their families, and other healthcare professionals, as communication skills may serve as a key indicator for quality in palliative care delivery.

Keywords: Palliative Care; Communication; Nursing; Health Professional Skills.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

AHA – Alimentação e Hidratação Artificial

APAPEnf+ - Associação para a Promoção de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos

APCPRC – Associação de Profissionais de Cuidados Paliativos da Região Centro

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

BPI – Banco Português de Investimento

CF – Conferência Familiar

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EAD – Exame Auxiliar de Diagnóstico

EAPC – European Association of Palliative Care

ECCI – Equipa Comunitária de Cuidados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

ECSCPP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos

EE – Enfermeiro Especialista

EEMC-EPSP - Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Paliativa

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EMC-EPSP – Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Paliativa

Enf.^a – Enfermeira

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESAS – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IDC- Pal - Instrumento. Diagnóstico de Complexidade em Cuidados Paliativos

ISBAR – Identificação, Situação Atual, Background (Antecedentes), Avaliação, Recomendações

PAC – Plano Avançado de Cuidados

PEDCP – Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PEG - Gastrostomia Endoscópica Percutânea

PMC – Projeto de Melhoria Contínua

PPS - Palliative Performance Scale

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNCCI – Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SCC – Subcutaneous Catheter

SI – Sistema de Informação

SNG – Sonda Nasogástrica

Sr. – Senhor

Sr.^a – Senhora

SU – Serviço de Urgência

TAS – Técnico Auxiliar de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UF – Unidade Funcional

ULS – Unidade Local de Saúde

VD – Visita Domiciliária

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e profissionais dos participantes

Tabela 2 – Estatística descritiva por dimensão da HP-CSS

Tabela 3 - Associações entre as variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes e as dimensões da HP-CSS

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
PARTE I – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	13
1 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	14
1.1 - EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	14
1.2 - UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	20
2 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 27	
2.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	27
2.1.1 - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	27
2.1.2 - Domínio da melhoria contínua da qualidade	33
2.1.3 - Domínio da gestão dos cuidados	36
2.1.4 - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	38
3 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA	41
3.1 - CUIDA DA PESSOA COM DOENÇA INCURÁVEL OU GRAVE, EM FASE AVANÇADA, PROGRESSIVA E TERMINAL E DOS SEUS CUIDADORES/FAMILIARES, EM TODOS OS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA, ALIVIANDO O SEU SOFRIMENTO.....	41
3.2 - ESTABELECE RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM A PESSOA EM SITUAÇÃO DE 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	49
SÍNTESE	57
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E FAMÍLIA	58
INTRODUÇÃO	60
1 - ENQUADRAMENTO	61
2 - METODOLOGIA	62
3 - RESULTADOS	65
4 - DISCUSSÃO	70
CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

ANEXOS

ANEXO 1 – Certificado de participação nas II Jornadas Internacionais da APAPEnf+ - Da Teoria de Iniciado a Perito à Criação de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos

ANEXO 2 – Declaração de participação na atividades de formação interna: “Respostas Sociais”

ANEXO 3 – Certificados de participação no II Congresso de Cuidados Paliativos da Região Centro e I Congresso Internacional da APCPRC - “Novas Perspetivas, Novas Realidades” e

no Workshop: "MELODIA DO CONFORTO: Uma experiência imersiva através da Musicoterapia.

ANEXO 4 - Parecer nº P1099_11_2024, UICISA:E

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Plano de Sessão Formação Externa: "Apresentação do trabalho da ECSCP" e Declaração de Participação

APÊNDICE 2 - Plano de Formação Interna: Como (me) Comunico?

APÊNDICE 3 - Folheto do Luto

APÊNDICE 4 - Intervenção de autocuidado: Doces Abraços

APÊNDICE 5 - Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE 6 - Solicitação de Utilização da HP-CSS

APÊNDICE 7 - Documento de Consentimento informado

APÊNDICE 8 - Informação complementar

INTRODUÇÃO

Desde o surgimento das primeiras iniciativas na última década do século passado, os cuidados paliativos (CP), em Portugal, têm registado progressos significativos. A publicação da Lei de Bases dos CP (Lei nº 52/2012, 5 de setembro, 2012), a criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e a implementação de planos estratégicos que visam melhorar a acessibilidade e a qualidade destes serviços têm sido algumas das alavancas para a sua evolução. Apesar disso, muitos desafios ainda estão por alcançar: o acesso é diminuto para pessoas adultas e idosas, acentuando-se nas crianças com necessidades paliativas (Gomes et al., 2018), a carência de profissionais especializados é significativa e a distribuição geográfica da oferta dos serviços é desigual nas várias regiões do país (OPCP, 2024). Nos últimos anos a formação de profissionais tem melhorado, com a inclusão obrigatória de cuidados paliativos em várias faculdades de Medicina e escolas de Enfermagem, mas mantém-se a necessidade de reforçar a especialização e a alocação de recursos com vista a garantir cuidados de qualidade e acessíveis a todos os cidadãos.

É neste âmbito de especialização que surge a formação desenvolvida, devidamente reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros, que afirma a Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Paliativa como uma especialidade que exige competências avançadas no acompanhamento integral da pessoa em fim de vida, com foco no controlo de sintomas, comunicação terapêutica, apoio à família e trabalho em equipa. Salienta-se que esta especialidade promove intervenções centradas na dignidade, no respeito pela autonomia e na humanização dos cuidados, sendo orientada por princípios éticos e científicos que visam melhorar a qualidade de vida nas fases mais complexas da doença (Regulamento n.º 429/2018, 16 de julho, 2018).

O presente relatório tem como objetivo geral evidenciar a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa desenvolvidas nos dois contextos de estágio realizado, bem como, apresentar a componente de investigação desenvolvida. Os estágios decorreram em duas unidades de prestação de cuidados paliativos da região centro do país: Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e Unidade de Cuidados Paliativos (UCP). A componente investigativa versou o estudo na área de um dos pilares dos CP, a comunicação, tendo sido as competências comunicacionais autopercebidas dos enfermeiros em CP o tema de eleição.

A metodologia utilizada para a construção deste relatório é fundamentada na colheita de informação nos contextos de estágio através da observação e dos diálogos junto das enfermeiras tutoras, dos elementos das equipas de saúde, professora orientadora, pesquisa

bibliográfica e nas experiências vivenciadas no seu decorrer, que resultaram em partilha de conhecimentos, de experiências e desenvolvimento/aprofundamento de competências.

Por forma a garantir o anonimato/segurança/privacidade dos envolvidos não será mencionado qualquer dado que possa identificar profissionais e/ou doentes/famílias envolvidas no processo ensino-aprendizagem.

Este documento foi elaborado tendo em conta o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESEnfC (Conselho Pedagógico, 2024) e encontra-se estruturado de acordo com as orientações fornecidas, em duas partes. Na primeira parte serão caracterizados os locais de estágio, apresentadas as competências adquiridas, nomeadamente, competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa (EEMC-EPSP).

Na segunda parte apresenta-se o estudo de investigação integrado na Unidade Curricular (UC), sob a forma de artigo científico, cujo tema visa as competências comunicacionais autopercebidas dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação paliativa e família.

PARTE I – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Na primeira parte deste relatório são caracterizados os contextos clínicos onde decorreram os estágios de natureza profissional preconizados pela formação desenvolvida e em que se desenvolveram e aprofundaram as competências comuns e aquisição/assimilação das competências específicas do EEMC-EPSP.

1 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

De acordo com resultados da observação, da informação recolhida através dos profissionais (enfermeiro supervisor, enfermeiros tutores, equipa multidisciplinar, doentes e famílias) e da experiência vivida durante os estágios, procede-se à descrição dos dois contextos da região centro em que decorreram os mesmos: ECSCP e UCP, duas das tipologias de resposta em CP, consagradas Lei nº52/2012, 5 de setembro, 2012.

1.1 - EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

A nível comunitário o estágio foi desenvolvido numa ECSCP, cuja área de abrangência engloba quatro concelhos da região centro do país. A criação desta ECSCP aconteceu em novembro de 2021, tendo sido a primeira ECSCP criada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) a que pertencia na altura, dando cumprimento às orientações do Plano Estratégico para Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2017-2018 (CNCP 2018) que propõe uma ECSCP por 100/150mil habitantes e apoiada pelo programa de Apoio Integral a Pessoas com Doenças Avançadas – HUMANIZA, promovido pela Fundação La Caixa com o apoio do Banco Português de Investimento (BPI).

De acordo com as emanações decorrentes da legislação e cumprindo a resposta exigida pela natureza da sua tipologia na RNCP, nesta ECSCP:

- a) prestam-se cuidados paliativos específicos a doentes que deles necessitam e apoio às suas famílias ou cuidadores, no domicílio, para os quais seja solicitada a sua atuação;
- b) presta-se apoio e aconselhamento diferenciado (consultoria) em cuidados paliativos, às UF (Unidades Funcionais), ECCI (Equipas de Cuidados Continuados Integrados) da RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) e ERPI (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas) da sua área de abrangência;
- c) promove-se e colabora-se na formação em CP (Cuidados Paliativos) dos profissionais de todas as UF, ECCI da RNCCI e ERPI, no sentido da sua capacitação para uma abordagem paliativa;
- d) articula-se e colabora-se com as EIHS e UCP da área de abrangência e mesmo com outras equipas especializadas em CP a nível nacional e ilhas (Lei nº 52/2012, 5 de setembro, 2012).

Sendo a ECSCP uma equipa pertencente aos cuidados de saúde primários (CSP), a sua sede encontra-se no centro de saúde (CS) de um dos concelhos da área geográfica de abrangência, funcionando os restantes centros de saúde como polos da equipa. Na sede da ECSCP, onde decorreu uma parte significativa do estágio, ao nível de infraestruturas a

ECSCP dispõe de 3 gabinetes (2 partilhados com outras equipas), 1 sala de vestiários e 1 armazém de farmácia, material de consumo clínico e hoteleiro, situados no 1º andar do edifício. O gabinete não partilhado é o espaço onde se realizam os registos clínicos, e onde se realiza a partilha de informação e discussão de casos entre a equipa multiprofissional. Neste espaço funcionam 4 postos de trabalho num conceito “forçado” de “*openspace*”, dada a falta de espaços físicos para as várias equipas no CS. Para a realização da reunião multidisciplinar semanal é usada a sala de reuniões do CS sede, que é solicitada antecipadamente pela coordenação da ECSCP.

O horário de funcionamento da equipa desenvolve-se nos dias úteis das 9h às 18h e aos sábados das 9h às 13h (em horário extraordinário, um enfermeiro e um médico), sendo que mesmo durante os feriados e restante fim de semana, a acessibilidade ao atendimento telefónico mantém-se ficando a mesma equipa de horário extraordinário, voluntariamente, disponível para tal. De acordo com o presenciado, em momentos de maior fragilidade/desequilíbrio de sintomas foram asseguradas visitas e acompanhamento presencial mesmo fora do horário definido.

A prestação de cuidados pela ECSCP acontece, principalmente e naturalmente, no domicílio (pessoal ou institucional) dos doentes e famílias e para a deslocação dos profissionais existem parcerias protocoladas de transporte para cada um dos municípios abrangidos, contudo também se realizam algumas consultas de CP em gabinete.

A ECSCP é uma equipa interdisciplinar constituída por 2 médicos, 5 enfermeiros, 1 psicóloga (7h/semana), 1 Assistente Social e 1 Assistente Técnica, sendo que numa tentativa de melhorar a organização do trabalho, cada concelho tem adstrito um profissional de enfermagem de referência, o que facilita o contato com os doentes/famílias/instituições de saúde ou sociais, públicas e/ou privadas locais. Num contexto de CSP, a ECSCP articula e referencia também para as valências partilhadas dos respetivos centros de saúde: serviço de nutrição, unidade de saúde pública, serviço de assistência social e/ou serviço de psicologia.

A referenciação de pessoas em situação paliativa para a ECSCP pode ser realizada de diferentes formas: através de referenciação interna na plataforma *SClínico*, após preenchimento de um Formulário do *Google Forms*; através do envio de e-mail com a informação clínica da pessoa e família; através de contato direto ou telefónico com a equipa. A referenciação interna é considerada pela equipa recetora como a via mais desejável, uma vez que possibilita a monitorização minuciosa de resultados, contudo só os profissionais dos cuidados de saúde primários têm acesso a essa ferramenta, criando uma limitação para os demais referenciadores, profissionais dos cuidados hospitalares, equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos pediátricos (ECSCPP), ERPI e família. Face a esta limitação,

a ECSCP publicitou em diferentes momentos, através de reuniões de apresentação, cartazes e folhetos distribuídos pelas instituições e comunidade, as outras vias existentes para referênciação.

Os critérios de referênciação para a ECSCP estão definidos no seu documento orientador “Processo de Cuidados da ECSCP” e são divulgados pela equipa nas reuniões formais e informais com outros profissionais de saúde, apresentando-se as reuniões de formação realizadas com outras UF, equipas da RNCCI, ERPI, entidades públicas/privadas com responsabilidade a nível social e da saúde momentos muito importantes para a sua publicitação.

Como indicador de qualidade dos cuidados prestados pela ECSCP, respeitando o seu “Processo de Cuidados” e procedimento “Receção de Referênciação de Doente”, após a receção da referênciação a equipa dá uma resposta em 48h a 72h, sendo que não existe lista de espera para avaliação das pessoas referênciaçadas.

Durante o período em descrição, a ECSP recebeu, em média, 138 referênciações/ano, acompanhando cerca de 36 pessoas por assistência direta e 9 a 10 em consultoria, num total médio mensal de 40 a 50 doentes/famílias acompanhados Embora o foco principal dos Cuidados Paliativos não seja o diagnóstico, mas a pessoa integral, o seu nível de bem-estar e da sua família, o mesmo pode funcionar como farol orientador do PIC no que respeita à antecipação de possíveis sintomas, complicações ou de estratégias e técnicas a aplicar. Assim, em relação ao tipo de diagnósticos apresentados pelas pessoas em situação paliativa acompanhadas, cerca de 2/3 evidenciaram diagnósticos de neoplasias (próstata, colorretal, pulmão, mama - mais predominantes) e mais de 1/3 evidenciaram outros diagnósticos (demência e esclerose lateral amiotrófica as mais prevalentes). Maioritariamente são pessoas idosas, cujas idades se situam acima dos 80 anos, sendo que a faixa etária a partir dos 60 anos se apresenta significativa, contudo são, também, acompanhados jovens em situação paliativa cuja transição para a tipologia de cuidados de saúde de adultos se realiza aos 18 anos, de acordo com a legislação vigente (Despacho n.º 9871/2010, de 11 de junho, 2010).

Quando rececionadas as propostas, verifica-se que as necessidades identificadas pelas equipas proponentes correspondem a pessoas com doença oncológica e com necessidade de controlo sintomático e suporte psicossocial. Estas necessidades são sempre reavaliadas aquando da 1º consulta presencial realizada, verificando-se em alguns casos alterações da situação clínica e da dinâmica familiar previamente identificada.

O modelo de prestação de cuidados na ECSCP assenta no modelo cooperativo com intervenção em crises, em que se tenta que durante o processo de doença a articulação e colaboração entre as intervenções curativa e paliativa devam ser permanentes desde o

diagnóstico. Este modelo exige uma atempada referenciação das situações e uma literacia sobre cuidados paliativos de profissionais e população adequados (Gómez-Batiste et al, 2005 citado por Capelas et al., 2016) Muitos foram os casos em que se testemunhou isso mesmo, porém existiram outros em que a referenciação tardia não evidenciou este cuidado mais holístico e colaborativo.

A nível do perfil de descontrolo de sintomas, a anorexia, o cansaço, a dor, a obstipação e a dispneia são os mais prevalentes, sendo que os que se apresentaram de mais difícil controlo, tanto com intervenções não farmacológicas como farmacológicas foram os soluços e o tremor essencial. A nível psicoemocional, a ansiedade, a tristeza, a depressão, as insónias são bastante frequentes, tanto na pessoa em situação paliativa como no cuidador, dados que vão ao encontro de outros estudos na comunidade (Barata, 2016).

Para além da implementação de intervenções não farmacológicas (escuta ativa, relaxamento, relação de ajuda, promoção da esperança, identificação e instrução de estratégias de coping, etc), é também tida em conta a sugestão/prescrição/orientação da farmacologia adequada com a devida supervisão da equipa e/ou encaminhamento para outros profissionais.

Como momento de planificação do trabalho semanal, partilha de informação, comunicação e autocuidado da equipa, realiza-se uma reunião semanal (com a presença física de todos os profissionais) às segundas-feiras de manhã, nas instalações da sede, onde é partilhada informação sobre os doentes e famílias acompanhados e discutida os planos de cuidados respetivos. É igualmente planeada a agenda semanal, promovendo a formação interna e momentos de experiência de autocuidado promovidos pelos próprios profissionais.

A primeira visita à pessoa em situação paliativa no domicílio é um momento de excelência para avaliação da pessoa, da família e do contexto de vida, tentando-se que a mesma aconteça sempre em equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro e assistente social), tal só não se verifica por impossibilidade de recursos e/ou urgência de controlo sintomático físico que force o adiamento da avaliação inicial. Nesta avaliação, orienta-se a entrevista para a pessoa em situação paliativa/família/cuidador a nível de sintomas, conhecimentos, sentimentos, expectativas/desejos e dificuldades e avalia-se a existência/competência de cuidador que garanta os cuidados necessários atuais e hipotéticos futuros, tentando dar-se início ao plano antecipado de cuidados (PAC).

Todavia, nem sempre é possível desenvolver a avaliação inicial de uma forma holística, principalmente perante situações de descontrolo de sintomas físicos e/ou existência de fatores de insegurança para os intervenientes no processo de cuidados, podendo ser necessário o encaminhamento para o serviço de urgência (SU) local ou realizado um pedido de internamento para UCP.

O PAC delineado para cada pessoa, assenta na adequação do regime terapêutico, na disponibilização e apoio psicoemocional à pessoa doente/família/cuidador, na identificação de redes de apoio formais e informais a convocar e ativação dos apoios sociais possíveis. Todo este processo de cuidados é continuamente dinâmico, adequando-se à imprevisibilidade de cada situação e à individualidade de cada pessoa doente/família, respeitando assim a autonomia de cada elemento envolvido (cuidado ou cuidador) (Macchi et al., 2020). Sendo um processo, desenvolve-se através do contato direto aquando da realização das visitas domiciliárias seguintes e dos contatos telefónicos subsequentes.

Neste contexto clínico encontram-se as mais variadas situações de complexidade paliativa, em que doentes e famílias apresentam necessidades físicas/ psíquicas/ emocionais /sociais/ espirituais intermitentes e/ou persistentes e em que são acompanhados num cenário domiciliário/familiar cujas características são sempre diferentes, singulares e complexas de acordo com a individualidade de cada um (pessoa/sistema). Reforça-se que o nível de complexidade em cuidados paliativos de cada caso referenciado é um dos orientadores principais do estabelecimento do PAC, sendo a sua avaliação suportada pela utilização de um instrumento de avaliação objetivo, o *IDC-Pal* (Instrumento de Diagnóstico de Complexidade em Cuidados Paliativos) (Alonso et al., 2020).

Após alcançado o equilíbrio no controlo de sintomas e/ou a diminuição da complexidade da sua situação de doença ou dinâmica familiar, é descontinuado o acompanhamento pela equipa, porém, assegurando sempre o reencaminhamento para a sua equipa de saúde de família e/ou equipa de saúde institucional, mantendo-se a possibilidade de nova referenciação quando e se necessário.

Quando a alta acontece por óbito, o acompanhamento da família/cuidador enlutados mantém-se e a equipa segue a orientação da Norma nº 3/2019, de 23 de abril, da Direção Geral de Saúde (DGS, 2019), em que o profissional cuja relação foi mais próxima (maioritariamente o enfermeiro responsável) realiza o acompanhamento no luto durante cerca de 8 meses, partilhando e solicitando orientação da profissional de psicologia e da equipa interdisciplinar sempre que o entenda necessário.

Relativamente à metodologia de trabalho em enfermagem, não existindo um documento/procedimento/norma de trabalho formal escrita, a equipa de enfermagem funciona empiricamente baseada no modelo de enfermeiro gestor de caso, em que o enfermeiro de cada concelho é responsável pelos doentes/famílias aí residentes. A partilha contínua de informação e discussão dos PAC permite a segurança da intersubstituição em situação de ausência do mesmo. Esta responsabilidade perdura para lá da morte da pessoa em situação

paliativa, sendo, normalmente o enfermeiro responsável que acompanha a família/cuidador em luto.

A ECSCP tem uma coordenação médica e uma coordenação de enfermagem, sendo o enfermeiro coordenador quem gere as questões dos recursos humanos do seu grupo profissional, da gestão de materiais (clínico, farmácia e hoteleiro), da articulação/comunicação com os municípios, outras instituições parceiras e com a Fundação La Caixa (em sintonia com a coordenação médica), realiza/organiza a receção das novas referências e mantém atualizada a “produção” de cuidados da equipa. Nas suas ausências é substituído por outro profissional de enfermagem devidamente identificado pela equipa.

A nível da gestão de material para a prestação de cuidados, é função do enfermeiro coordenador, que faz uso de uma plataforma informática adotada pelos serviços de logística da ULS local que promove a adoção da reposição de materiais por níveis em armazém avançado. O material é repostado uma vez por mês, podendo acontecer reposições extraordinárias.

Os registos clínicos, e mais especificamente os registos de enfermagem são realizados no suporte informático: *SClínico*, adotado pela ULS local e em formato papel (processo do doente em papel) utilizado no domicílio. A versão do suporte informático ainda não permite realizar um registo completo e adequado à situação paliativa das pessoas acompanhadas, pois não permite a utilização de instrumentos psicométricos/escalas validadas usadas neste contexto, como é o caso da *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*, *IDC-Pal*, *Palliative Performance Scale (PPS)*, entre outros, no sentido da melhor monitorização dos sintomas, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem.

No que concerne à utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), os focos de atenção mais identificados são: dor, obstipação, apetite, dispneia, risco de aspiração, risco de obstipação, gestão do regime terapêutico, aceitação do estado de saúde, ansiedade, processo de luto, tristeza, esperança na pessoa em situação paliativa, apresentando-se o stress do prestador de cuidados muito evidente no cuidador, sendo que a versão do *SClínico* utilizada ainda não permite o registo completo/a monitorização de todos os diagnósticos subjacentes e possíveis.

Relativamente ao suporte teórico de enfermagem que norteia a prestação de cuidados desta ECSCP, consideram-se vários referenciais teóricos, os quais sustentam uma prática informada na evidência. A tomada de decisão em saúde considera a evidência disponível, adequando-a ao contexto de prestação dos cuidados, às preferências da pessoa alvo dos mesmos e ao juízo clínico dos profissionais (Pearson et al., 2005 citados por Santos et al., 2024). A equipa compromete-se a:

- antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar e ajudar as pessoas/famílias a experienciar os processos transacionais da etapa do ciclo vital que vivem ajustando-se, na medida do possível à nova situação (Teoria das Transições de Meleis) (Tavares et al., 2022);
- conhecer as experiências de conforto e desconforto dos doentes/famílias nos vários contextos (físico, psico-espiritual, ambiental e social) da experiência vivida de forma a orientar os cuidados prestados no sentido da maximização do conforto (Teoria do Conforto – Kolcaba) (Silva e Nascimento, 2023).
- auxiliar o doente/família a lidar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, encontrar sentido nessa experiência, objetivando a prevenção da perda da esperança (Teoria de Relação Pessoa a Pessoa – Travelbee) (Parola et al., 2020).

Os profissionais da ECSCP desenvolvem ainda formação interna no seu contexto de trabalho, não havendo, à altura do estágio, nenhum plano sistematizado de formação. Nas reuniões semanais são esporadicamente agendadas formações internas que versam a partilha de conhecimentos adquiridos em formações externas frequentadas pelos profissionais, a resposta a necessidades identificadas pela equipa preparadas/apresentadas por um ou dois elementos e a apresentação de resultados/conclusões de estudos/reflexões de estudantes a realizar estágio na equipa. Simultaneamente e de acordo com uma das exigências da RNCP para esta tipologia de cuidados, a ECSCP realiza sessões de formação para outras UF, sempre que solicitadas.

De salientar também a parceria que tem vindo a ser desenvolvida com o projeto “Ambulância Mágica” da Cruz Vermelha Portuguesa, apoiado pela Programa Humaniza da Fundação “La Caixa”, em que vários doentes/famílias têm conseguido realizar um ou mais desejos personalizados que de outra forma poderiam ser impossíveis de realizar. Esta parceria tem sido muito positiva na promoção do bem-estar emocional e espiritual das pessoas envolvidas, tanto na pessoa doente, como nos familiares e equipas envolvidas, permitindo ressignificar vivências numa fase de imensa fragilidade de vida.

1.2 - UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

A segunda componente clínica realizou-se numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) também na região centro do país, onde se desenvolvem as atividades preconizadas para um internamento desta natureza, de acordo com as orientações legais:

- a) é um serviço específico de tratamento de doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa;

- b) presta cuidados em regime de internamento, estando integrada num hospital com outros serviços de internamento incorporado numa ULS;
- c) não funcionando diretamente na UCP, articula e partilha profissionais com a consulta externa de CP local (Lei nº 52/2012, 5 de setembro, 2012).

A criação deste serviço de internamento de CP de adultos remonta a janeiro de 2017, funcionando durante as 24h, todos os dias da semana, num edifício térreo contíguo a outros serviços hospitalares, mantendo grande parte dos recursos humanos desde o início de funcionamento. Disponibiliza 15 camas em quartos duplos e individuais com um WC para cada quarto. Todos os quartos, para além do mobiliário que constitui a unidade do doente (cama, mesa de cabeceira, cadeira e armário), tem uma janela para o exterior com possibilidade de entrada de luz natural, televisão e cadeirão para o acompanhante. Tem ainda uma sala de banho assistido onde se torna possível o banho em maca para as pessoas internadas que assim o quiserem e que tenham condições para tal. No que respeita aos espaços comuns de acesso a pessoas internadas e famílias, o serviço é dotado de uma sala de convívio onde se podem tomar as refeições ou realizar reuniões familiares, e de um pequeno pátio interior que proporciona contato com o ambiente exterior. No que respeita a espaços de trabalho e logística são vários os locais de aprovisionamento de materiais (de acordo com a sua natureza: medicação, consumo clínico, consumo hoteleiro, sujões), tem 2 gabinetes independentes (coordenação do serviço e assistente social) e uma zona de *backoffice* central ao serviço, onde a equipa multidisciplinar desenvolve muito do seu trabalho (realização de registos, contatos telefónicos, partilha de informação, gestão de planos de cuidados e de serviço). Esta zona é aberta para o corredor, sendo a acessibilidade das pessoas internadas e família permanente.

O espaço de convívio e de refeição dos profissionais é comum aos vários serviços do edifício, assim como os serviços de cozinha e de nutrição.

De referir ainda, assente na história da construção do edifício, a existência de uma pequena capela católica onde profissionais, famílias e pessoas internadas podem acorrer.

O regime de visitas no serviço está devidamente estabelecido, sendo os horários preconizados das 15 às 16h e das 17 às 18h, sendo que o familiar de referência (identificado na avaliação inicial) poderá permanecer as 24h junto da pessoa e outros familiares/cuidadores/pessoas significativas poderão visitar a pessoa noutros horários, desde que o visitado assim o queira e não se identifique prejuízo para os cuidados prestados.

A equipa interdisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo, nutricionista, técnicos auxiliares de saúde, voluntários e assistente espiritual.

A equipa médica é constituída por vários médicos (uns pertencentes ao mapa de pessoal da ULS respetiva e com a totalidade de horário atribuída a CP e outros contratados pelos períodos necessários à resposta do serviço). O horário de presença médico não abrange as 24h, sendo que o horário sem presença é assumido pela equipa médica do serviço de medicina.

Em relação à equipa de enfermagem, esta é constituída por 16 enfermeiros na prestação direta de cuidados e a enfermeira chefe, a quem eram atribuídas as devidas funções. Estes profissionais desenvolvem um regime de trabalho por turnos em que os mesmos poderiam ter várias durações, no sentido da melhor resposta às necessidades do serviço e dos próprios profissionais.

A equipa de técnicos auxiliares de saúde (TAS) é constituída por 8/10 elementos onde o conhecimento mútuo, a convivência de vários anos de experiência conjunta em contexto de CP é bastante notória e funcional.

Relativamente aos serviços de assistência social e psicologia houve oportunidade de conhecer e partilhar informação, dúvidas e planos de atuação com as profissionais que ali prestaram cuidados, cujos horários laborais eram divididos com outros serviços.

No que concerne ao apoio do serviço de nutrição, este manifestou-se muito próximo, sendo uma profissional assídua na UCP, tanto para trabalho conjunto com os doentes como com os profissionais, durante os dias úteis.

O grupo de voluntários da instituição é uma presença assídua no serviço, visitando e dialogando com as pessoas internadas que o aceitem e acolham.

O acompanhamento espiritual é assegurado por um padre católico responsável por aquela instituição, sendo que o seu apoio se alarga a católicos e não católicos, sempre que a pessoa manifeste necessidade e vontade.

A referenciação da pessoa em situação paliativa com vista à sua admissão na valência de internamento é realizada de diversas formas: após ser avaliada na consulta externa de CP; após ter sido admitida e avaliada no SU da ULS local, por transferência direta proveniente de outro internamento de CP ou outros serviços hospitalares localizados na região centro; por transferência direta por parte da ECSCP local. Maioritariamente existe um contacto telefónico que antecede a transferência, de forma a validar a mesma, momento na qual o médico e o enfermeiro coordenador avaliam o cumprimento dos critérios de elegibilidade e adequação de recursos para internamento.

Durante o tempo de estágio na UCP testemunhou-se uma elevada taxa de ocupação de camas, sendo que a existência de camas desocupadas durava apenas algumas horas, não

ultrapassando mais de 24h. Relativamente à tipologia de diagnóstico gerador da situação paliativa das pessoas internadas, o diagnóstico oncológico sobrepôs-se, aos restantes, contudo os diagnósticos de demência, falência de órgão e doenças neurodegenerativas também são frequentes, corroborando os valores estatísticos nacionais (INE, 2025a).

Neste serviço de saúde, as pessoas internadas são maioritariamente idosas, com idade acima dos 65 anos, contudo a faixa etária entre os 40 e os 60 anos também é prevalente.

O perfil das pessoas em situação paliativa acolhidas na UCP caracteriza-se por: pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, com descontrolo de sintomas, necessidades de gestão de regime terapêutico e necessidade de descanso do cuidador independentemente de se encontrarem a realizar tratamentos dirigidos à doença, não sendo este fator critério de exclusão. A nível do descontrolo sintomático, a dor, a dispneia, o cansaço e a perda de independência funcional foram os sintomas mais prevalentes a nível físico; a nível psicoemocional a tristeza, o medo, a ansiedade, a depressão e a insónia são sintomas muito frequentes.

O modelo de prestação de cuidados na UCP assenta mais notoriamente no modelo de transição gradual, em que as intervenções paliativas se sobrepõem às medidas curativas, considerando o agravamento do estado clínico da pessoa (Capelas et al., 2016).

As equipas de enfermagem e de técnicos auxiliares de saúde desenvolvem um regime de trabalho por turnos em que os mesmos podem ter várias durações, no sentido da melhor resposta às necessidades do serviço e dos próprios profissionais. A partilha e transferência de informação nas passagens de turno acontece às 8, 15 e 20h, para os enfermeiros, sendo que nomeadamente no momento da manhã, participa também a equipa médica. Para apoio a esta transmissão de informação é usado um impresso criado pela equipa suportado na técnica ISBAR (Identificação, Situação atual, *Background*, Avaliação e Recomendações) e a plataforma GIZ de Enfermagem (nome de projeto vencedor do prémio Boas Práticas em Saúde 2016, quadro de enfermagem virtual com acesso restrito através de login e password que recebe informação do sistema de informação de enfermagem) onde se atualizam as informações mais prementes para cada turno. É também nestes momentos que os enfermeiros têm conhecimento dos doentes a si atribuídos naquele turno, atividade desenvolvida anteriormente pelo enfermeiro gestor ou em sua substituição pelo enfermeiro responsável por turno. Este mesmo profissional promove também, cerca das 8h30, um momento de partilha de informação e orientações para os TAS, dando conhecimento da distribuição dos doentes por cada um que se encontra ao serviço.

A distribuição dos doentes pelos elementos de enfermagem tem em conta o privilegiar da presença do enfermeiro gestor de caso junto aos seus doentes, bem como o grau de complexidade dos mesmos.

Durante o turno de trabalho, cada enfermeiro desenvolve os seus cuidados com a colaboração necessária do TAS responsável também por aqueles doentes, articulando sempre com o médico de serviço e com o enfermeiro coordenador e/ou responsável de turno no que respeita a informações pertinentes sobre situação clínica dos doentes, necessidades da família e/ou aspetos administrativos de pedidos e saídas a consultas de especialidade, pedido e realização de exames auxiliares de diagnóstico (EAD), alterações de alimentação ou outras situações específicas de cuidados.

Assim, é função do enfermeiro coordenador ou seu substituto, durante o turno de trabalho: prestar cuidados especializados sempre que necessário perante momentos adversos; atuar como elemento de referência no serviço, em consultadoria, promovendo apoio e suporte para a melhoria da prática clínica e criando condições para discussão; reflexão e esclarecimento de aspetos pertinentes relativos a situações experienciadas; gerir, com a equipa médica, de enfermagem e outros, a distribuição das admissões de doentes pelas camas disponíveis; supervisionar a gestão de cuidados de enfermagem; gerir a reposição de estupefacientes; informar a enfermeira gestora de falta de material e/ou de recursos humanos para o turno, assim como da existência de avarias e danos; requisitar transporte de materiais para análises; orientar a transferência de doentes para outras unidades quando necessário; verificar o carro de emergência; verificar e registar a temperatura do frigorífico; gerir, com toda a equipa, as visitas no serviço; fomentar a segurança de doentes, famílias e equipa; assegurar o bom funcionamento do serviço e da equipa presente, otimizando a comunicação entre os diferentes elementos; estar presente nas passagens de turno inteirando-se das circunstâncias de todos as pessoas internadas, recebendo informações de gestão operacional do turno anterior e transmitir informações de gestão operacional para o enfermeiro responsável do próximo turno.

O método de reposição de material clínico/farmácia/hoteleiro baseia-se na reposição por níveis, sendo uma das responsabilidades da enfermeira gestora, mas em que enfermeiro coordenador/responsável por turno ou equipa no geral participa. A equipa de enfermagem da UCP desenvolve anualmente um plano de formação com agendamento programado de reuniões de formação dirigidas à equipa de enfermagem, à equipa multidisciplinar ou mesmo à comunidade profissional do hospital. Estas reuniões são publicitadas pelos meios institucionais e devidamente avaliadas através da recolha da opinião de todos os participantes. Mormente, os temas abordados relacionam-se com os Projetos de Melhoria Contínua (PMC) desenvolvidos na UCP, dando resposta a necessidades identificadas pela equipa.

Relativamente aos PMC mais evidentes, em curso na UCP, durante o estágio, puderam-se identificar vários:

- *Safety SCC* - contributos para a diminuição de complicações associadas ao cateter subcutâneo,
- Enfermeiro gestor de caso,
- Contributos para a transição/integração de cuidados de enfermagem em cuidados paliativos,
- Acompanhamento do luto,
- Cuidar cuidando de nós...(projeto de autocuidado profissional),

sendo que em preparação se encontra o PMC:

- *Human Flag*, relacionado com o identificar em cada unidade clínica da região alguém com preparação e de fácil reconhecimento a ser apoio no âmbito dos cuidados paliativos e a necessidade de desenvolvimento de outro relacionado com a comunicação dos profissionais de saúde.

Como método de trabalho em enfermagem é usado o método de gestor de caso, em que cada doente tem a si atribuído um enfermeiro responsável que é o elemento de ligação com toda a equipa multidisciplinar, que promove a continuidade dos cuidados de saúde e a melhor gestão de recursos, discutindo aspetos relevantes do processo de doença da pessoa, enquanto voz ativa para a prestação de cuidados individualizada, humanizada e diferenciada, elaborando, completando e atualizando o processo de enfermagem do doente/cuidador. Idealmente é este o profissional que recebe o doente na sua chegada ao internamento, o acolhe e à família/cuidador (se presente) e lhe apresenta o serviço e as suas características de funcionamento. A atribuição de gestor de caso a cada doente é da responsabilidade do enfermeiro coordenador que tem em conta uma distribuição equitativa entre os colegas. No caso de um doente com alta reingressar no internamento mantém o enfermeiro gestor de caso, promovendo o maior e melhor conhecimento do doente e sua realidade familiar e social.

Em relação ao acompanhamento do luto, esta intervenção é desenvolvida por um grupo de trabalho constituído por duas enfermeiras que, apoiando-se na orientação da Norma nº3/2019 (DGS, 2019) e após o primeiro contato pós-morte realizado aos enlutados pelo enfermeiro presente no serviço nesse momento, fazem contato telefónico ao 1º e ao 6º mês pós o falecimento do familiar. Sempre que sejam verificados fatores de risco ou sinais de um luto disfuncional a pessoa contactada/identificada é referenciada ao serviço de psicologia para seguimento.

Os registos de enfermagem são realizados no SI - *SClínico* que articula diretamente com o GIZ de Enfermagem.

Relativamente à utilização da CIPE, os focos de atenção mais identificados são: dor, autocuidado, dispneia, obstipação e gestão do regime terapêutico.

Em relação a suportes teóricos de enfermagem identificaram-se cuidados baseados na:

- Teoria das Transições de Meleis, no processo de antecipação, avaliação e diagnóstico das necessidades relacionadas com as transições de vida do doente/família no sentido da ajuda aos novos ajustamentos impostos pela situação de doença (Tavares et al., 2022);
- Teoria de Conforto de Kolcaba, na identificação das experiências de desconforto de doentes/famílias no sentido de adequação de PIC maximizadores de conforto (Silva e Nascimento, 2023).
- Teoria da Relação Pessoa a Pessoa de Joyce Travelbee, na ajuda ao doente/família a lidar com a experiência da doença e do sofrimento, que se preconiza mais individualizada e particular, nomeadamente através do fomento do enfermeiro gestor de caso (Parola et al., 2020).

2 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No capítulo que se segue descrevem-se as competências comuns do enfermeiro especialista para depois se apresentarem as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

2.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019 estão explanadas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Todos os enfermeiros especialistas (EE) devem desenvolver um conjunto de competências comuns, independentemente da sua área de especialidade, aplicando-as em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Estas competências são demonstradas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, suporte efetivo ao exercício profissional especializado nas áreas de formação, investigação e assessoria.

Assim, segundo o mesmo Regulamento o EE deverá possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, mobiliza ao atuar em todos os contextos de vida das pessoas de quem cuida, de acordo com as suas necessidades, nos diferentes níveis de prevenção.

As competências comuns do EE dividem-se em quatro domínios:

- a) responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) melhoria contínua da qualidade;
- c) gestão dos cuidados;
- d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1.1 - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, 1996, p.2961), no âmbito do exercício profissional, os enfermeiros *“deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”*. Este domínio é exigido a todos os enfermeiros e espera-se ter sido desenvolvido ao longo dos anos de prática profissional. Contudo, os EE devem assumir um compromisso mais notório de cumprimento e contribuição, nas equipas, para cumprimento das normas e legislação constantes da sua área de especialidade.

As emanações legais e deontológicas relacionadas com a profissão: Deontologia Profissional de Enfermagem (O.E., 2015), Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, 1996) e Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019), as bases estruturais do funcionamento das instituições de saúde onde realizei a componente clínica integrantes do Sistema Nacional de Saúde (SNS) cuja organização e funcionamento são suportados pela Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95, de 4 de setembro, 2019) e pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 setembro, 2012) e atendendo ao estipulado em matéria de direitos e deveres dos doentes (Lei n.º 15/2014, 21 março, 2014) e direitos humanos (ONU, 1948), serviram-me base de orientação e suporte da tomada de decisão diária.

Relativamente ao primeiro domínio de competência que envolve uma prática profissional segura e ética que respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, tentei, em todos os momentos, que o exercício das minhas funções fosse sustentado na deontologia profissional, ética e humanismo, não sentindo que, se por algum momento, não fui capaz de demonstrar efetivamente, possa ter colocado em causa a segurança de doentes/famílias/equipa.

Do domínio analisado constam duas competências específicas:

- a) Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

Durante o estágio levantaram-se várias questões éticas que conduziram a uma reflexão pessoal e aprofundamento de conhecimentos sobre as questões apresentadas, com vista à promoção de cuidados de qualidade.

No âmbito dos direitos e deveres dos doentes consagrados na legislação (Lei n.º 52/2012, 5 setembro, 2012) (Lei n.º 15/2014, 21 março, 2014) o doente tem direito a receber CP adequados à complexidade da sua situação e necessidades, pelo que a adequação da prestação dos cuidados de saúde foi uma constante como suporte à decisão, ponderado o PAC entre profissionais e pessoa em situação paliativa/família/cuidador, a prescrição dos cuidados a prestar assentou sempre nas necessidades e desejos da pessoa, sendo estes informados na evidência científica e na maior adequabilidade e técnica mais apurada, dentro do contexto e condições existentes, no respeito pela pessoa.

Uma das reflexões que com frequência realizava relacionava-se com a hidratação e alimentação da pessoa em fim de vida. Ao longo do percurso de doença, a pessoa vai experimentando alterações fisiológicas com influência na alimentação, surgindo a recusa ou a incapacidade para se alimentar/hidratar, em muitos casos. Tendo a alimentação um

significado emocional para a família e para a pessoa urge uma gestão individualizada e eticamente ponderada entre equipa multidisciplinar e a díade de cuidados, no sentido da maximização do conforto da pessoa e pleno envolvimento da família. A suspensão ou não iniciação da alimentação e hidratação artificiais (AHA) é atualmente uma das questões mais frequentes nos cuidados com a pessoa com diagnósticos de demência avançada, AVC ou neoplasias da cabeça/pescoço em que a mesma pode apresentar disfagia. O prognóstico da doença, os riscos e benefícios da colocação de SNG ou PEG, os objetivos dos cuidados e os valores da pessoa e da família devem ser tidos em conta para a tomada de decisão (Simões et al., 2021). A instituição de AHA deve ser ponderada de acordo com os desejos da pessoa, prognóstico da doença, melhor evidência científica e valores morais dos envolvidos (Alves et al., 2021).

Estas situações complexas, idealmente, deverão ser abordadas com a pessoa/família/cuidador antes do seu surgimento, na elaboração do PAC. Nestas situações é fundamental a escuta, a atenção, a comunicação clara e sensível e o não julgamento, de modo que a tomada de decisão seja o mais pacificadora possível para todos os envolvidos.

O EE, como membro ativo de uma equipa multidisciplinar, baseando-se nos princípios éticos da beneficência e da não maleficência, deve informar a pessoa sobre as opções disponíveis, os benefícios e riscos associados a cada uma delas de forma a prevenir intervenções cujo dano seja superior ao benefício para a pessoa/família/cuidador. Neste âmbito pode desenvolver, durante o estágio, intervenções de promoção do conhecimento da pessoa/família/cuidador sobre:

- alterações fisiológicas de fim de vida relacionadas com a alimentação e hidratação,
- alimentação de conforto,
- desmistificação de mitos, significados relacionados com a alimentação e hidratação em fim de vida,
- AHA – indicações, funcionamento e complicações associadas,
- Alimentação e hidratação em pessoas com demência.

Tendo em conta os valores dos CP, nomeadamente, o respeito pela autonomia, vontade, individualidade, dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana, o pedido de consentimento informado à pessoa/família/cuidador tornou-se prática diária e sistemática. Este foi sempre realizado para toda e qualquer intervenção de enfermagem a implementar (Lei n.º 15/2014, 21 março, 2014) e respeitada a decisão/vontade/desejo manifestada pela pessoa/família/cuidador. Este dever ético-legal exige que os intervenientes recetores de cuidados devam ser devidamente informados de maneira que declaradamente, de forma livre

e esclarecida, possam consentir o cuidado sugerido. Nas situações em que a pessoa não pode manifestar a sua decisão/vontade/desejo foi procurado no seio da família/cuidador de referência a resposta ao plano sugerido. Em algumas dessas situações, a figura do tutor ou representante legal (Lei n.º 49/2018, 14 de agosto, 2018 e Lei n.º 25/2012, 16 de julho, 2012) foi necessária e respeitada. Nas restantes, conseguiu-se através da conferência familiar (CF) identificar-se o que poderia ser a decisão/vontade/desejo da pessoa em situação paliativa. Refira-se que, durante este estágio, a CF se confirmou como instrumento de apoio e intervenção familiar promotor da comunicação entre o doente, família e a equipa de cuidados (Silva et al., 2018; Neto, 2008 citados por Girão, 2022).

Um pormenor que me sensibilizou e levou à reflexão foi a admiração com que muitas pessoas cuidadas reagiram ao pedido de permissão para tocar o seu corpo para um qualquer cuidado. Na enfermagem o cuidado ao corpo tem sido concebido como cuidado relacional, resultando de uma aceitação implícita estabelecida entre o recetor e o prestador de cuidados (Rosendal et al., 2022), contudo, perante situações em que o contexto o permita, o pedido de consentimento para este cuidado é fundamental, levando a um aprofundamento relacional, eticamente exigente e respeitador da vulnerabilidade da pessoa (Martinsen, 2010 citado por Rosendal et al, 2022).

No que respeita ao contexto de cuidados (ECSCP ou UCP), senti algumas diferenças nesta comunicação de consentimento, mais propriamente, no exercício do respeito pela autonomia da pessoa. A nível domiciliário a díade pessoa em situação paliativa/família mostrou-se muito mais interventiva no pedido de esclarecimentos, colocação de dúvidas, partilha de preocupações e sugestão de soluções do que em ambiente hospitalar. De acordo com o PEDCP 2023-2024, os CP deverão estar focados na identificação das necessidades individuais, promovendo a autonomia da pessoa na tomada de decisão sobre o seu percurso de saúde, sendo a valorização do ser humano central. Estes cuidados procuram assegurar conforto, dignidade e bem-estar, tanto para a pessoa em situação paliativa como para os seus cuidadores, respeitando as suas escolhas criando relações de empatia e apoio (CNCP, 2023). Os desejos e vontades da pessoa devem estar sempre na base do processo de tomada de decisão, mesmo que possa divergir das visões dos profissionais de saúde e da família sobre o que é melhor para a ela. O trabalho de equipa interdisciplinar, a comunicação aberta, o bom relacionamento doente-profissional de saúde, um ambiente favorável e a informação mútua são pré-requisitos para a tomada de decisão partilhada (Kuosmanen et al., 2021). Assim, pude refletir sobre alguns fatores que diferenciam os dois ambientes de cuidados: no domicílio a observação direta do espaço onde a pessoa é cuidada e das relações estabelecidas entre a pessoa em situação paliativa e os elementos do agregado familiar/comunidade permite perceber melhor os recursos que a díade pode

mobilizar, promovendo uma relação de maior proximidade entre os profissionais e a pessoa cuidada/família/cuidador. Este conhecimento mais global da “pessoa” parece também proporcionar diferenças de percepção dos profissionais de saúde sobre a autonomia da mesma e a capacidade de cuidar da família/cuidador entre o ambiente hospitalar e domiciliário.

No respeito pelo direito do doente a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado (Lei nº 15/2014, 21 março, 2014), transmiti, partilhei e esclareci informação acessível, objetiva, completa e inteligível com o mesmo, de acordo com a deontologia e competência profissional (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, 1996), encaminhando para outros profissionais sempre que o percebi necessário.

- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Tal como já foi referido, anteriormente, o respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais são diretivas intrínsecas à prática profissional do enfermeiro de cuidados gerais. Contudo, o EE, tem obrigação de demonstrar uma prática que respeite os direitos humanos, identificando, analisando e interpretando as situações específicas de cuidados especializados da sua área, gerindo e prevenindo situações potencialmente comprometedoras para os doentes/famílias.

A resposta pelos atos profissionais praticados, com assunção da minha responsabilidade pelas decisões clínicas e éticas tomadas foi constante no decorrer do estágio.

Relativamente a esta responsabilidade assumi decisões de gestão de cuidados, priorização de intervenções, ajustamento de tratamentos suportados pela avaliação clínica da pessoa, que embora em consonância com o PAC traçado, a tomada de decisão foi pessoal em concordância com o que se consideram intervenções autónomas de enfermagem nomeadamente, questões relacionadas com a privacidade e conforto durante a prestação de cuidados. Os momentos de contacto com a pessoa em situação paliativa/familiares foram sempre potenciados. Na UCP, o quarto individual facilitou a manutenção dessa mesma privacidade tanto para a prestação de cuidados diretos à pessoa como para reunião com as famílias/cuidadores. Nos quartos partilhados, o uso de cortinas separadoras, a manutenção das portas fechadas e a gestão do número de pessoas no quarto foram algumas das estratégias usadas, utilizando, sempre que possível a sala de reuniões para os encontros com a família. A nível do domicílio da pessoa, a salvaguarda da sua privacidade foi também uma preocupação constante, sensibilizando família/cuidador e cuidadores informais para a importância desta necessidade e encorajando a pessoa/família (quando possível) a invocar

esse direito. Para a realização de reuniões com a pessoa/família no domicílio, foram sendo encontradas sempre soluções que permitiram a segurança e privacidade de todos.

Refiro, de um modo particular, a reunião realizada com os filhos de um doente, na garagem, junto a um antiquíssimo carro clássico que, em tempos idos teria sido conduzido pela sua mãe e, os transportava à praia. Esta conferência familiar teve como objetivo: partilhar e conciliar informação, conhecimentos de diagnóstico e prognóstico da doença do pai, que tendo feito esse pedido à equipa, pretendia poupar a esposa a esse momento, dada a fragilidade cognitiva em que se encontrava. Foram experiências como esta que me mostraram que, quando o exercício profissional está alicerçado em boas práticas, a adaptação ao contexto da prestação de cuidados é facilitadora e fundamental. O cuidado centrado na pessoa, acolhendo-a como parceira de cuidados, promove a relação terapêutica estabelecida entre a mesma, a família e os profissionais de saúde, facilitando o planeamento e desenvolvimento dos cuidados a prestar (Sandsdalen et al., 2020).

As condições ambientais entre o domicílio e o internamento são diferentes ao nível de equipamentos, infraestruturas, apoio profissional e presença da família/cuidador, no entanto, ofereci e prestei os cuidados tecnicamente mais adequados, seguros e de qualidade, de acordo com as necessidades/escolhas dos doentes/famílias/cuidadores e condições existentes.

Em relação à proteção dos dados pessoais e à obrigatoriedade de sigilo profissional relativamente à individualidade do doente, tais direitos foram sempre garantidos, não tendo acontecido qualquer situação que por imposição legal tivesse sido imposta a sua revelação (Lei nº 15/2014, 21 março, 2014).

A organização e funcionamento das duas tipologias de cuidados (ECSCP e UCP) apresentaram, como já referi, diferenças inerentes às condições e contexto de trabalho. Assim sendo, na ECSCP ainda perduram frequentemente os registos clínicos em formato de papel (processo clínico do doente que transita entre domicílio e gabinete), sendo primordial o cuidado com a disponibilização dessa informação a outrem não autorizado. Os impressos em papel do processo clínico são transportados em placa de suporte em mão por um profissional de saúde. A informação recolhida é aí registada no domicílio do doente, posteriormente é transcrita digitalmente e o processo arquivado em pasta de arquivo própria para esse fim. Na UCP, a grande maioria da informação é tratada digitalmente, sendo que alguma comunicação clínica e resultado de EAD pode apresentar-se em papel, sendo arquivada em pasta individual, identificada com o nome do doente e destruída aquela que se apresente desnecessária ao processo de cuidados. Estas foram também atividades que desenvolvi.

Relativamente ao preconizado no Artº 8º da mesma Lei, relativamente à assistência espiritual e religiosa, foram várias as situações em que colaborei/providenciei a assistência religiosa, nomeadamente a prestada pela igreja católica (mais solicitada pelas pessoas em situação paliativa/famílias tanto na ECSCP como na UCP) confirmando as estatísticas nacionais (INE, 2025b).

Ao longo do estágio, vi o cuidado espiritual ser assumido pelas equipas multidisciplinares, de acordo com as competências dos profissionais e as necessidades da pessoa/famílias, não tendo tido contato, em nenhuns dos cenários de cuidados, com um assistente espiritual específico.

Ainda quanto à autonomia da pessoa e da resposta do profissional, de acordo com as orientações do serviço, permiti, algumas vezes, o acompanhamento pela pessoa por si escolhida, não coincidente com o familiar de referência registado, para além do horário estipulado. O bem-estar da pessoa afigurou-se como orientação para a decisão.

2.1.2 - Domínio da melhoria contínua da qualidade

Este domínio de competência antecipa a capacidade do EE ter “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, através da sua colaboração na conceção e operacionalização de projetos institucionais e participação na disseminação necessária dos mesmos (Regulamento n.º 140/2019, 6 fevereiro, 2019). Mantive sempre a disponibilidade para a colaboração em iniciativas e desenvolvimento de práticas de qualidade e a garantia de um ambiente terapêutico seguro, acreditando que tive um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. De acordo com o papel de estudante, elemento externo, mas acolhido pela equipa, observei, participei e colaborei nas estratégias adotadas pela mesma, deixando contributos formais e informais dentro do conhecimento/competência adquirido(a) e exigido(a).

Deste domínio derivam três competências específicas:

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

A nível do desenvolvimento desta competência saliento, a colaboração no plano de formação estabelecido pelas equipas. Juntamente com os enfermeiros coordenadores, identifiquei necessidades de formação, elaborei, desenvolvi e dinamizei duas sessões de formação durante o estágio que passo a apresentar.

No âmbito do estágio em ECSCP, a convite de um dos municípios da área de abrangência da equipa, em colaboração com um dos elementos médicos, desenvolvi uma sessão de formação para cuidadores informais, subordinada ao tema: “Apresentação do trabalho da ECSCP”, no contexto de divulgação da ECSCP localmente (APÊNDICE 1).

Em contexto de UCP, suportada numa necessidade já identificada pela equipa multiprofissional e dado o interesse investigativo próprio, dinamizei uma sessão de formação direcionada a todos os profissionais da instituição sobre competências comunicacionais, com ênfase nas implicações da comunicação intrapessoal no cuidar, cujo título foi: “Como (me) comunico?”. Para além da partilha *in loco*, foi oferecido a cada profissional um objeto de uso corrente (bloco de notas) com uma frase recordatória do tema, reforçando a importância da autorreflexão e autoconhecimento para otimização da comunicação (APÊNDICE 2). Como síntese desta sessão, ficou a frase de Tolentino Mendonça (Mendonça, 2015), “Cada um traz em si um quinhão de falhas de amor e a questão é como as reconhece, integra e transfigura.”

Mantendo um objetivo colaborativo, dando resposta a uma necessidade da equipa (ECSCP), organizei e compilei um Manual de Procedimentos (os quais se encontravam redigidos e aprovados, mas sem uma organização sistematizada) e desenvolvi, em parceria com o enfermeiro coordenador, um Manual de Acolhimento para o estudante/profissional em formação, com a redação do respetivo procedimento. Entendo, assim, ter contribuído para o PMC relacionado com o suporte documental da equipa.

- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

A procura da qualidade é uma constante nos cuidados de saúde. Poder-se-á caracterizar a qualidade dos cuidados como sendo a satisfação das necessidades do cliente a custos adequados. Contudo, a opinião positiva dos cuidados pode significar coisas diferentes para diferentes pessoas, partindo daí a base para a aposta na melhoria contínua (Neto et al., 2023).

Sinto que, a este nível, desenvolvi práticas de qualidade e colaborei em projetos de melhoria contínua instituídos ou a implementar nas equipas.

No contexto de internamento, a colaboração nos vários projetos de melhoria contínua (PMC) já instituídos foi extremamente gratificante e motivadora, pois a motivação com que a equipa se disponibiliza para a atualização e reflexão sobre a prática informada pela evidência é enorme. PMC como: Safety SCC - contributos para a diminuição de complicações associadas ao cateter subcutâneo, Contributos para a transição/integração de cuidados de enfermagem em cuidados paliativos, Enfermeiro gestor de caso, Cuidar cuidando de nós - autocuidado profissional e Acompanhamento em luto, foram alguns dos projetos nos quais me envolvi, retirei e partilhei conhecimentos.

A nível da colaboração no PMC – Enfermeiro gestor de caso, a preocupação em identificar o gestor de caso de cada doente, foi sempre uma preocupação, de forma a aprofundar o conhecimento sobre cada um em particular, no sentido de tornar mais individualizada a intervenção e partilhar com o colega informação pertinente para a atualização do PAC. Relativamente a este PMC, tive a oportunidade de acompanhar uma das enfermeiras responsáveis pelo projeto às II Jornadas Internacionais da APAPEnf+ - Da Teoria de Iniciado a Perito à Criação de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos, para apresentação dos resultados preliminares. (ANEXO 1)

A nível da transição/integração de cuidados de enfermagem em cuidados paliativos, colaborei e assumi várias tarefas relacionadas com a informação de alta da pessoa para o domicílio, articulando e estabelecendo contato com a família e profissionais de saúde (enfermeira de família, enfermeiro da ERPI), participando e redigindo a “Carta de Alta” no sentido da garantia de qualidade e segurança da continuidade dos cuidados.

Em contexto comunitário, a existência de PMC em curso não foi tão evidente, contudo a colaboração no PMC: Seguimento em Luto foi extremamente compensadora. A participação e colaboração nesta área mostrou-se deveras importante para os enlutados e para os profissionais. Apoiando-se no Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos (DGS, 2019), ajustando-se ao contexto comunitário e às competências dos profissionais da equipa, que englobava enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria (EESMP), testemunhei habilidades de acompanhamento à pessoa enlutada ajustadas e preventivas de lutos disfuncionais.

O EESMP, ao desenvolver a sua competência de ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobiliza as dinâmicas próprias de cada contexto, identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, avalia o impacto de fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar, identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados, diferencia estados fisiológicos, perturbações orgânicas ou restantes problemas da pessoa, alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos (Regulamento nº 515/2018, 7 agosto, 2018), situações comuns à vivência do luto.

Neste contexto, foi possível colaborar na adaptação do panfleto informativo: Luto, sugerido na norma referida, e que é enviado na carta de condolências (cerca de 15 dias após a morte do doente) ajustando a informação contida a uma fase de luto precoce (APÊNDICE 3).

- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro

Ainda sob o domínio da melhoria contínua da qualidade, o EE terá de colaborar, desenvolver uma gestão do ambiente terapêutico centrado na pessoa, gerindo o risco, no sentido da efetividade terapêutica, prevenindo incidentes, atuando proactivamente e promovendo a envolvência adequada ao bem-estar do recetor de cuidados (Regulamento nº 140/2019, 6 fevereiro, 2019).

Os cuidados prestados à pessoa/família/cuidador iniciam, tanto numa tipologia, como noutra com a apresentação dos mesmos e dos profissionais de saúde, estabelece-se, assim, uma troca de necessidades, preocupações, expectativas com acolhimento e possibilidades. Desta forma, o contato inicial é de extrema importância para o estabelecimento da relação terapêutica entre as duas partes.

Estudos sobre exploração de desejos em fim de vida (Paiva et al., 2024) realçam a importância atribuída pelos doentes à relação com a equipa de saúde. Os doentes expressam sentimentos de segurança e confiança nos profissionais pela gestão de sintomas, mas também pela valorização e acompanhamento de preocupações emocionais. O primeiro contato com a equipa cuidadora pode ser promotor ou dificultador do estabelecimento dos mesmos.

Dado o estado emocional da pessoa/família/cuidador no momento do internamento ou de uma primeira visita de uma equipa de cuidados paliativos na sua casa, importa ter em conta a sua influência a nível cognitivo, daí ter sido bastante valorizada a colaboração na entrega de um Guia de Acolhimento com informações práticas, nomeadamente sobre funcionamento da equipa/serviço, horários, contatos, outras especificidades e apresentação do enfermeiro/profissional de referência.

Ainda no sentido de colaborar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano, estive envolvida nas tarefas de reposição de stock de medicação, especificamente, na gestão de opióides, tanto na ECSCP, como na UCP.

2.1.3 - Domínio da gestão dos cuidados

Os enfermeiros na sua prática de cuidados, na relação estabelecida com o outro e no compromisso profissional que assumem, tomam decisões e intervêm na prestação de cuidados e/ou na gestão de uma equipa de trabalho, assim, é fundamental o desenvolvimento da consciência das realidades e o compromisso de relação e de apoio entre enfermeiros, equipas de trabalho e organizações, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Lourenço et al., 2022). Assim, o EE como elemento da equipa multidisciplinar, deverá evidenciar competências na gestão eficaz dos cuidados de enfermagem, ajustando a liderança de modo a contribuir para a otimização da resposta da equipa e a articulação interdisciplinar (Regulamento nº 140/2019, 6 fevereiro, 2019).

Como estudante, a liderança desenvolvida teve um cariz mais colaborativo e sugestivo, sendo que tentei sempre adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto no sentido da garantia da melhor qualidade dos cuidados prestados.

Deste domínio derivam duas competências:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

O acolhimento positivo por parte das equipas multidisciplinares, promoveu o estabelecimento da confiança facilitando o envolvimento nas tomadas de decisão relativas a questões relacionadas com organização da equipa, gestão de recursos ou prestação de cuidados ao doente/família/cuidador.

Por várias vezes, acompanhei os enfermeiros coordenadores a reuniões com outros profissionais/entidades em que a contribuição da equipa de enfermagem foi solicitada. Estes assumindo o papel de porta-voz da equipa apresentaram-se como exemplos profissionais de deontologia e conhecimento científico atualizado, mantendo uma postura de defesa dos direitos de doentes e profissionais.

Em relação aos PAC dirigidos à pessoas em situação paliativa/famílias, tanto na reunião semanal na ECSCP ou nos momentos de passagem de turno na UCP, foram-me sempre dados espaço e oportunidade para dar contributo sobre a resposta mais adequada, promotora de conforto e qualidade de vida. Os conhecimentos adquiridos durante a frequência do curso de mestrado de EMC-EPSS alimentados pelos conhecimentos anteriores na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e psicologia do desenvolvimento permitiram-me dar esse contributo, tornando-se reconfortante responder às solicitações dos pares, doentes e famílias.

- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

A procura da melhor qualidade dos cuidados prestados está relacionada com o esforço individual e de equipa, podendo o líder destacar-se com um desempenho que inspire confiança, respeito e credibilidade (Ferracioli et al., 2020 referidos por Lourenço, et al., 2022).

Durante o estágio testemunhei essa liderança em que os enfermeiros coordenadores se apresentaram como “faróis” da equipa tanto ao nível do conhecimento, como da prática clínica, impulsionando a motivação e o aperfeiçoamento das equipas.

Acompanhei-os, nalguns turnos, ou na sua ausência os enfermeiros responsáveis de turno no desenvolvimento de atividades de organização dos cuidados.

Assim, por um lado, colaborei na organização de calendarização das visitas domiciliárias semanais, na articulação com os municípios para garantia de transporte, na requisição de materiais e medicamentos e na providência de todos os recursos e condições necessárias para maximizar os resultados do trabalho externo da equipa. Por outro, envolvi-me na gestão de vagas, admissões e altas, na gestão de recursos humanos nomeadamente na alocação diária de pessoas internadas pelos enfermeiros e TAS, na gestão de medicação, de dietas de internados/familiares, na transmissão de informação aos TAS e na orientação das suas tarefas.

Sempre que pertinente, sugeri o encaminhamento para o serviço social, serviço de psicologia ou de assistência religiosa.

2.1.4 - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências a desenvolver neste domínio baseiam-se no desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade e à capacidade de basear a prática clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 6 fevereiro, 2019).

Deste domínio derivam, assim, duas competências:

a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Na prática da enfermagem, a qualidade do estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais assenta de sobremaneira na capacidade de autoconhecimento que o EE deve demonstrar e aperfeiçoar na relação com o Outro, singular, profissional e organizacionalmente (Regulamento n.º 140/2019, 6 fevereiro, 2019).

Na consequência de saberes anteriores, a nível profissional, já experienciava investimento consciente e sistemático no conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira na prestação de cuidados como contempla o (Regulamento n.º 515/2018, 7 agosto, 2018), contudo, os momentos de integração nas equipas, o apoio dos enfermeiros coordenadores, o acompanhamento, presença e orientação das enfermeiras orientadoras foram fundamentais para o viver deste novo percurso formativo/profissional e pessoal. A partilha de opiniões relativas às estratégias a implementar para a prossecução dos objetivos de estágio, a identificação de características pessoais e da experiência profissional anterior que pudessem potenciar o processo formativo e o estabelecimento facilitador da relação com a equipa multidisciplinar mostraram-se impulsionadores de autorreflexão, desenvolvimento e aprendizagem.

Estudos recentes referem que em serviços onde os profissionais de saúde experienciam desafios emocionais complexos o autoconhecimento torna-se uma habilidade crucial para

manter a empatia com os doentes sem experimentar o sofrimento empático (Bovero et al., 2025), este foi um desafio de todos os dias.

Evidenciando a capacidade de gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional posso destacar que a oportunidade de partilhar o contexto de estágio com alunos do curso de licenciatura em enfermagem, levou a que tivesse de gerir adequadamente o meu lugar enquanto estudante do 2º nível de formação. A interação social estabelecida com os alunos do 1º ciclo levou a que funcionasse, para eles, muitas vezes, como um elemento mediador da aprendizagem, pelo papel crucial na partilha do conhecimento e da escuta. Procurei que encontrassem no meu agir segurança, não julgamento e oportunidade de colocação de questões, de partilha de medos, de angústia, promovendo a construção de um ambiente afetivo constante entre todos os interlocutores.

Em todas as situações revelei abertura para: a aprendizagem, independentemente da idade/experiência profissional experienciada, a humildade para perceber a novidade daquilo que ainda não conheço ou sabia de outra forma, tendo sentido a mesma como essencial na construção ativa do conhecimento.

b) Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica

O conhecimento válido, atual e pertinente deve suportar a tomada de decisão do EE, que deve apresentar-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Regulamento nº 140/2019, 6 fevereiro, 2019).

O processo de tomada de decisão em enfermagem sobre problemas reais ou potenciais acontece durante o processo de cuidados, esperando-se que o enfermeiro manifeste segurança e responsabilidade nas intervenções desenvolvidas. Espera-se um “saber-fazer” em enfermagem (Benner, 2001 citada por Lourenço et al., 2022). Assim, a implementação da prática baseada na evidência na prática da enfermagem é uma mais-valia para a qualidade dos cuidados e minimiza a lacuna existente entre produção de conhecimento e sua aplicação na prática ((Mackey e Bassendowski, 2017 referidos por Santos et al., 2024).

No âmbito da facilitação da aprendizagem para uma prática clínica informada pela evidência científica e da promoção de implementação de padrões e procedimentos no ambiente de trabalho, tive oportunidade de participar em várias sessões de formação interna, de onde se destaca a formação “Respostas Sociais” (ANEXO 2).

Como evidência do desenvolvimento deste domínio de competência acrescento a dinamização da sessão de formação, em contexto de internamento: “Como (me) Comunico?” (APÊNDICE 2) e a intervenção de autocuidado profissional desenvolvida: “Doces Abraços” (APÊNDICE 4). Os objetivos destas duas intervenções tiveram como foco necessidades da

equipa (uma previamente identificada, outra identificada por mim), em que tentei partilhar e refletir sobre as práticas diárias e a melhor e mais atualizada evidência científica.

Durante o estágio participei, por iniciativa própria, em vários momentos de formação, nomeadamente: II Congresso de Cuidados Paliativos da Região Centro e I Congresso Internacional da APCPRC - “Novas Perspetivas, Novas Realidades”, Workshop “Melodia do Conforto: Uma experiência imersiva através da musicoterapia”, englobado no mesmo Congresso (ANEXO 3) e II Jornadas Internacionais da APAPEnf+ - Da Teoria de Iniciado a Perito à Criação de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos (ANEXO 1), reforçando que o conhecimento derivado destas participações se terá evidenciado, decerto, na prática desenvolvida posteriormente.

3 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÀREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

De acordo com as orientações da EAPC (Gamondi, 2013), todos os grupos profissionais envolvidos na prestação de CP devem partilhar competências centrais para essa mesma prática, contudo, a mesma organização sugere uma estrutura de três níveis de formação, segundo a qual todos os profissionais que trabalham exclusivamente no domínio dos CP lhes é exigido habilidades e competências especializada.

Tendo em conta a realidade nacional, no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EEMC- EPSP) estão expostas as competências específicas que este profissional deve evidenciar.

O EEMC-EPSP deve evidenciar competências de cuidado “a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem -estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (Regulamento nº 429/2018, 16 de julho, 2018).

Deste modo emergem duas competências específicas que devem ser evidenciadas na prática especializada do EEMC-EPSP:

3.1 - CUIDA DA PESSOA COM DOENÇA INCURÁVEL OU GRAVE, EM FASE AVANÇADA, PROGRESSIVA E TERMINAL E DOS SEUS CUIDADORES/FAMILIARES, EM TODOS OS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA, ALIVIANDO O SEU SOFRIMENTO

Atendendo às unidades de competência:

- a) Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares

Ao longo do estágio foram sistematicamente avaliadas e identificadas as necessidades da pessoa/família/cuidador nos seus vários domínios (físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar), usando, para tal, instrumentos psicométricos validados e/ou aceites como tal pelos profissionais envolvidos. De acordo as orientações do REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, 1996), a avaliação dos sintomas deve ser feita consoante a sua intensidade e a prioridade para o indivíduo, usando para tal escalas e ferramentas adequadas à pessoa e

familiares que devem ser parceiros ativos na construção e atualização do plano de intervenção.

Promovendo a sistematização da avaliação, fácil interpretação, possibilidade de comparação em momentos diferentes e ajuste de intervenção para alívio, usei vários instrumentos de avaliação de sintomas/situação clínica.

Para além de outros instrumentos já usados pela prática clínica anterior, nos dois contextos de estágio, foram sistematicamente usados:

- as Escalas Numérica e Visual Analógica e da Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) para avaliação da dor,
- a Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) para avaliação dos vários sintomas nela contemplados;
- Índice de Barthel (independência funcional e mobilidade), Escala de Braden (Risco de úlcera de pressão) e Escala de Quedas de Morse.

No âmbito comunitário, instrumentos de avaliação da performance, como a Palliative Performance Scale (PPS), da complexidade, Instrumento Diagnóstico de Complexidade em Cuidados Paliativos (IDC-Pal) e da sobrecarga (Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit) foram repetidamente aplicados.

O sucesso de qualquer intervenção profissional junto da pessoa, família/cuidador depende principalmente da identificação, compreensão, acolhimento e mensuração sistemática das suas reais necessidades. A avaliação da complexidade do contexto pessoal, familiar e da organização assistencial e a avaliação da performance em doentes oncológicos, no âmbito comunitário, foi deveras importantes para o estabelecimento de um PAC mais adequado e preventivo de agudizações e/ou complicações no percurso de cuidados. Nunca esquecendo que a intensidade dos sintomas e do sofrimento se relaciona com as variáveis psico-emocionais, valores e crenças de cada doente/família em particular, os profissionais devem estar apoiados em instrumentos validados cientificamente para que as respostas clínicas sejam adaptadas e coerentes com reais necessidades da díade e não com as suas próprias expectativas/crenças e valores.

Posso salientar que os sintomas mais prevalentes foram: a anorexia, o cansaço, a dor, a obstipação (Freire et al., 2017), a dispneia, a perda da independência funcional, a ansiedade, a tristeza, a insónia e o stress do prestador de cuidados, tanto no domicílio do doente como no internamento, sendo os de mais difícil controlo: o tremor, os soluços e a angústia existencial.

No âmbito do aumento da dependência para a realização das AVD, da fragilidade e vulnerabilidade com consequente necessidade de auxílio de outrem para as atividades mais básicas da vida, importa perceber o impacto que advém para a pessoa em situação paliativa/família/cuidador dessa mesma involução. A este nível, o foco de enfermagem usado na ECSCP foi: “Aceitação do estado de saúde”, na UCP: “Adaptação”, para a definição dos diagnósticos respetivos, contudo quer num contexto, quer noutra, desenvolvi intervenções promotoras da reorganização de papéis (familiares, profissionais), da esperança e do sentido de vida.

Entre os vários tipos de sofrimento na vida, o sofrimento existencial mais severo é a consciência de morrer antes da morte, o medo de que a vida vivida não tenha sentido. Estar sensível e disponível para trabalhar com os doentes/famílias o sentido da vida, é muito importante em CP (Kim, 2020).

Durante o estágio, tive oportunidade de identificar/avaliar a influência que os valores e/ou crenças do doente/família/cuidador têm sobre as suas expectativas relativas ao processo de fim de vida. Neste ponto, foi muitas vezes, necessária a intervenção da equipa para promover a comunicação e o equilíbrio entre as opiniões de cada elemento no processo, tendo-se mostrado muito importante a oportunidade de escolha entre local de cuidados e local de fim de vida, nomeadamente a nível da ECSCP.

Estudos recentes mostram que o domicílio é o local preferido para cuidados em fim de vida e morte por parte de doentes e famílias, seguido pelos hospícios e serviços de cuidados paliativos (Pinto et al., 2023). A preferência pelo domicílio como local de cuidados e de morte incluem razões individuais (proximidade de familiares e amigos, maior autonomia, sentimento de dignidade, possibilidade de recordar/celebrar as realizações de vida e fechar ciclos) e razões ambientais (maior conforto num ambiente familiar e de maior liberdade). Por outro lado, a má condição clínica (angústia, morte iminente), a sobrecarga dos cuidadores, o medo, a incerteza, a sensação de falta de controlo da situação, a frustração e o isolamento, a perceção de falta de atendimento especializado e de medicamentos e o potencial de criação de memórias dolorosas para os enlutados levam a que algumas pessoas prefiram outro lugar que não a sua casa para serem cuidados e para morrer (Pinto et al., 2023).

Num país como Portugal em que a garantia de cuidados especializados na comunidade é diminuta, a literacia sobre cuidados paliativos é reduzida, é esperado que o número de mortes no hospital seja superior à de outros países (Gomes et al., 2017 citada por Lopes et al., 2024).

O peso das crenças de fim de vida são também um dos aspetos e ter em conta na gestão dos sintomas e do sofrimento.

- Em relação a este domínio, partilho a questão que me foi dirigida num dos primeiros dias de estágio na UCP:

- “Sr.^a Enf.^a, dói muito morrer?” (doente com neoplasia do pulmão no último de vários internamentos na unidade).

Perante uma situação de alguma surpresa pela abordagem, pois não conhecia o doente em causa, pela simplicidade de uma pergunta de resposta tão complexa, devolvi:

- “O Sr. X, acha que dói?”

O Sr. X, baixou os olhos e com os mesmos rastos de água, respondeu:

- “Sempre pensei que sim. Quando estou com falta de ar só penso que vou morrer e é horrível. Mas ontem a Sr.^a do quarto ao lado, passou aqui na “padiola” e ...Sr.^a Enf.^a, ela ia com um olhar tão calmo que até parecia que não tinha custado nada!”

Toquei a sua mão, o Sr. X apertou a minha:

- “Pelo que ouvi dos colegas, a Sr.^a do quarto ao lado esteve muito calma nas suas últimas horas, não me parece que tenha tido dores. Sempre que tenha dor, falta de ar ou qualquer outro sintomas, Sr. X, chame um de nós, é para isso que cá estamos! Faremos tudo o que nos for possível para que esteja o mais confortável possível!”

Saí do quarto depois de um aceno de cabeça e um cumprimento na mão do Sr. X que faleceu uns dias depois na presença do único filho, calmo e sereno após vários ajustes de medicação e medidas não farmacológicas.

Sei que fisicamente saí daquele quarto, contudo a questão não respondida continua a soar em mim: “Afim, dói ou não dói morrer?”

- b) Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências

Tanto no contexto comunitário como no internamento os PAC foram ferramentas muito importantes para a maximização da qualidade de vida e autonomia, através do alívio do sofrimento do doente/família/cuidador. O planeamento antecipado prevê a garantia do cumprimento das escolhas pessoais do doente sobre o tipo de cuidados a receber no fim da vida. Este processo promove a expressão valores, desejos e preferências, de modo a prever e planear os cuidados a prestar a partir do momento em que o mesmo não tenha capacidade para decidir (Macchi et al., 2020). Dada a realidade de muitas referenciações tardias para os CP, nem sempre foi possível o estabelecimento de um PAC, contudo foram desenvolvidas todas as intervenções possíveis de alívio de sofrimento para a pessoa/família/cuidador. Após

ter testemunhado e participado no apoio a vários doentes, no âmbito do estágio na ECSCP, no preenchimento do Modelo de Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) (Lei n.º 25/2012, de 16 de julho), a identificação do seu registo no processo das pessoas internadas foi uma atividade que me suscitou curiosidade. Deparei com um número muito reduzido de pessoas internadas com Testamento Vital registado. Durante todo o estágio em internamento apenas testemunhas de jeová apresentaram DAV registadas relativamente às condicionantes das suas crenças nos produtos hemoderivados. Este número diminuto de registos é compatível com os dados estatísticos atuais, em que 43886 portugueses têm o seu registo ativo e o número de novos registos diminui desde 2022 (SPMS, 2025).

Ponderando sobre esta inquietação pessoal, ao longo do estágio em UCP, dada a realidade de fim de vida de muitas das pessoas internadas, com a vivência do confronto iminente com a sua própria morte, concluí que o questionamento de DAV poderá não estar adequado temporalmente a esse contexto. Mesmo em momentos mais precoces, como alguns casos acompanhados na ECSCP, exigirá muita ponderação na apresentação desta possibilidade à pessoa que não evidenciar expectativas e/ou necessidades de o fazer.

Através de medidas farmacológicas e não farmacológicas visei sempre o alívio de sintomas e sofrimento, caracterizando os cuidados de enfermagem prestados como intervenções autónomas ou interdependentes de acordo com as qualificações profissionais (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, 1996).

Em ambos os locais de estágio testemunhei um trabalho de equipa muito coerente em que o contributo de cada elemento foi fundamental para a identificação e atuação em tempo útil das possíveis situações de agudização. Após a avaliação do doente era discutido em equipa as possibilidades de agudização e a tabela terapêutica refletia prescrição de hipotéticas situações de crise. Este fato permitiu aliviar o mais rapidamente possível, o desconforto causado pelos sintomas desencadeados, sem que tal impedisse também o desenvolvimento de intervenções de enfermagem autónomas adequadas ao contexto.

Num adequado controlo sintomático, a administração de fármacos é fundamental. Neste âmbito de cuidados, a preservação da via oral como via de eleição é assumida por todos (facilidade de acesso, mínimo desconforto, melhor adesão ao tratamento e a possibilidade de ser realizada em domicílio) (Brito et al., 2022), contudo a possibilidade de a manter até às últimas horas de vida nem sempre acontece. No âmbito do estágio apercebi-me que na ECSCP, esta via é deveras utilizada, maximizando também as vias transmucosa (sublingual, retal e intranasal), vias transdérmica e tópica e usando também a via subcutânea, em muitas situações. Na UCP a utilização da via subcutânea é mais evidente e sistemática. Provavelmente esta diferença prende-se com as diferenças de contexto e de recursos de

cuidados, já que no domicílio, a pessoa e a família/cuidador são os principais responsáveis pela adesão e administração do regime medicamentoso.

Para além da administração de fármacos, o desenvolvimento de intervenções de enfermagem autónomas relacionadas com o conforto da pessoa/família/cuidador também se verificou. Em muitos casos, principalmente a nível do domicílio do doente, foram sugeridas ou implementadas medidas de adaptação da estrutura e condições do domicílio para aumento do conforto, independência e segurança do doente, como aquisição/empréstimo/cedência de cama articulada, cadeira de higiene e outros dispositivos facilitadores de cuidados e autonomia, mudança de mobiliário/tapetes e outros objetos dificultadores do processo de cuidar, redistribuição de papéis/tarefas familiares preventivas de sobrecarga do cuidador e de empoderamento do doente. Estas intervenções vêm reforçar o que referem Murali et al. (2025), ao afirmarem que os enfermeiros que prestam cuidados paliativos no domicílio acabam por se ver envolvidos no apoio psicossocial, espiritual e cultural, conhecendo, integrando e influenciando a dinâmica familiar e a tomada de decisões.

- c) Envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades

O apoio à família é um dos pilares dos CP, o que por si só demonstra a sua importância neste contexto de cuidados (CNCP, 2021). Na maior parte dos casos acompanhados foi na família que se encontraram os cuidadores, nomeadamente, esposas e filhas, sendo que o perfil do cuidador familiar mais predominante foram: mulheres, casadas e/ou união de facto, tendencialmente idosas, dados que vão ao encontro dos estudos de Rodrigues et al., (2023), também já suportados por bibliografia anterior. As limitações da capacidade funcional, a fragilidade e maior vulnerabilidade à doença dificulta a tarefa de cuidar (Rodrigues et al., 2023), que no âmbito paliativo se associa ao peso emocional de cuidar de um ente querido com doença incurável em fase avançada. Outros tipos de cuidadores/familiares foram envolvidos/acompanhados/apoiados: mulheres jovens a cuidar de maridos, pais e filhos, homens adultos ou idosos a cuidar de esposas.

Um dos desejos do doente em relação aos profissionais de saúde é sentir-se respeitado, assim como a sua família/cuidadores pelos mesmos (Sandsdalen, 2020), tornando-se imperioso o envolvimento da família/cuidador no processo de cuidar.

No âmbito da prestação de CP na ECSCP, a existência de família/cuidador competente para o cuidar é critério de admissão da pessoa em situação paliativa na equipa. Na referenciação é solicitado ao referenciador que proponha e solicite consentimento à pessoa para encaminhamento para CP e informe a família/cuidador da decisão, identificando-o também no

documento de referenciação. Na primeira visita domiciliária (VD) é avaliada a situação clínica da pessoa e as condições de segurança para o cuidado no domicílio, sendo realizada com a presença do cuidador de referência.

O envolvimento da família/cuidador no momento do acolhimento no internamento foi sempre uma realidade, ajudando a estabelecer uma comunicação assertiva promotora de confiança entre os elos da relação de cuidados.

Durante o estágio em UCP, a realização de entrevista inicial à família/cuidador posteriormente à entrada da pessoa aconteceu apenas por duas vezes, situações em que a mesma vinha diretamente de outras instituições de saúde. Embora, necessário e frutífero, senti que relativamente à pessoa internada lhe fez falta a segurança de um rosto conhecido à chegada.

Nos dois contextos de cuidados tive oportunidade de participar em várias conferências familiares (CF), tanto iniciais como no desenvolvimento do acompanhamento ou do internamento.

A conferência familiar (CF) é um instrumento de apoio à família que visa a transmissão de informação, esclarecimento de dúvidas sobre preocupações da pessoa doente e família/cuidador, clarificação dos objetivos dos cuidados, comunicação de más notícias (de acordo a vontade da pessoa), avaliação das suas necessidades e planificação dos cuidados e tomadas de decisão (Silva et al., 2018, citado por Girão, 2022). As competências de comunicação e trabalho de equipa são essenciais para a sua realização (Pereira, 2016, citado pela mesma autora).

O envolvimento da família/cuidador em parceria de cuidados permite o acesso a informação fidedigna sobre sintomas do doente, funcionamento físico e cognitivo, eficácia do regime medicamentoso, alterações de comportamento habitual. A atualização/adequação assertiva e atempada do PAC ao longo do tempo foi suportada pela relação de confiança e compromisso entre os profissionais e a família/cuidador.

- d) Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio

A interdisciplinaridade refere-se à existência de um conjunto de disciplinas que, em presença de uma relação bem definida entre si, se interligam, de forma a evitar

atividades isoladas sobre o sujeito da sua ação (Ospina et al., 2022). É uma relação de reciprocidade e mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida por cada disciplina diante do problema, que promove a conceção unitária do ser humano em detrimento de uma visão fragmentada (Vilela e Mendes, 2003, citados por Moura et al., 2024).

O alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida da pessoa em situação paliativa/família/cuidador mostrou-se sempre como objetivo principal do trabalho desenvolvido pelas duas equipas que me acolheram em estágio. Sendo equipas formadas por diferentes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, TAS), evidenciaram uma abordagem multidimensional e holística do processo de cuidados a prestar à pessoa/família suportada no respeito da importância de todos e de cada um no sucesso das intervenções desenvolvidas.

Tanto na ECSCP como na UCP, testemunhei a partilha de informação e reflexão entre os vários grupos profissionais, mormente entre médicos e enfermeiros, profissionais que se encontram mais tempo junto aos doentes.

Em contexto de ECSCP, na reunião semanal multidisciplinar são discutidos os casos clínicos de todas as pessoas/famílias acompanhados pela equipa. Este é um momento crucial para a partilha das opiniões dos vários profissionais relativas às necessidades de cuidados de cada pessoa/família/cuidador, intervenções já desenvolvidas e/ou a desenvolver e objetivos comuns a atingir através da atuação de cada elemento da equipa.

Na UCP, o momento de passagem de turno é o momento de maior transmissão de informação e discussão sobre a situação clínica dos doentes, necessidades diagnosticadas na pessoa/família/cuidador e planeamento de intervenções. Nestas reuniões estão presentes médicos e enfermeiros, sendo transmitido aos outros profissionais a informação necessária e que se mostre adequada à sua intervenção.

Tanto num contexto como noutro, tive oportunidade de participar partilhando informação e opinião, questionando sobre modos de fazer ou sugerindo abordagens diferentes.

Também desenvolvi, o encaminhamento/referenciação para outros profissionais ou serviços de apoio, embora, num papel mais colaborativo, nomeadamente, no apoio aos pedidos de intervenção de nutricionista, enfermeiro de reabilitação, encaminhamento para reabilitação em equipa de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), enfermeiro(a) de família e outros profissionais que se mostraram adequados.

3.2 - ESTABELECE RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM A PESSOA EM SITUAÇÃO DE 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

Atendendo às unidades de competência:

- a) Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiars no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto

Para Tolentino Mendonça (Silveira, 2021) a pessoa não é uma entidade estática, é um ser em constante construção e transformação, marcado pela liberdade e pela originalidade. Segundo o poeta, cada pessoa é um "momento original", um "milagre", um "momento extraordinário da criação", impossível de ser copiado. Cada um de nós se manifesta, enfim, pela "máscara" social, com que se identifica e aprendeu a viver, mas é na nossa interioridade e liberdade que se revela verdadeiramente.

O diagnóstico de uma doença grave e incurável que coloca em causa a própria vida, "espaço e tempo" onde todas as vivências individuais se manifestam, coloca grandes desafios de adaptação ao processo de viver e à própria identidade da pessoa/família/cuidador. A proximidade com a morte compromete a "máscara social" e faz-nos "regressar" a quem somos ou gostaríamos de ser/ter sido. Muitas vezes, o início do diálogo com a pessoa/família/cuidador assentou na utilização da pergunta da dignidade: "O que preciso saber sobre si enquanto pessoa para poder dar-lhe o melhor cuidado?", que mais do que informação sobre a situação clínica oferece informação sobre a pessoa, a sua história, os seus valores, as suas crenças, responsabilidades ou preocupações. Conhecer a personalidade da pessoa de quem se cuida é de extrema importância, mormente entre aqueles que experimentam maior vulnerabilidade e mais profundas necessidades relacionais (Julião et al., 2018).

Senti que só reconhecendo e acolhendo a singularidade de cada pessoa, de cada família, de cada dinâmica familiar se credibiliza a intervenção do profissional de saúde e facilita, desde logo, o respeito pela autonomia.

No decorrer do estágio, o interesse genuíno demonstrado por cada vida que se cruzou comigo, a preocupação por entender o comportamento, por não julgar a atitude e por acolher a mensagem emitida (diferenciando a que era para mim e aquela que era manifestação pura de sofrimento) foi permanente. Um olhar atento ao comportamento verbal e não verbal, aos objetos pessoais, ao relacionamento com os membros da família ou visitas foram de extrema

importância para partilhar contributos para o estabelecimento de um plano de cuidados adequado à fase de perda/luto em que a pessoa e a família se encontravam.

Recordo, assim duas situações, entre várias acontecidas em estágio, em que esta competência foi desenvolvida profundamente:

- Pessoa do sexo masculino internado com diagnóstico de neoplasia metastizada, com indicação para tratamento paliativo, divorciado, ex-emigrante, vindo para Portugal após o diagnóstico, com filhos emigrados, recebia apenas a visita de uma irmã. Usava sistematicamente um objeto em tecido ao pescoço do qual não se separava, nem nos cuidados de higiene. Identifiquei esse objeto como sendo o escapulário de N^a Sr.^a do Carmo. Essa era a sua permanente companhia, amuleto protetor de morte violenta, devoção muito antiga que cultivava desde os tempos de juventude. Após validação com a pessoa do seu significado e crença partilhei imediatamente a informação com a equipa, para que nunca lhe fosse pedido que o retirasse ou fosse retirado sem razão maior. Aquele pedaço de tecido continha em si mais do que a vida, mantinha naquele homem a fé num momento sereno na hora da morte.

Estudos recentes com famílias em CP que experienciam luto antecipatório (Corga, 2024), referem que as que apresentam a vivência de uma esperança que pode ser suportada na espiritualidade e na fé, encoraja-as a enfrentar as dificuldades e promove o conforto para viver o luto sem perder o sentido de vida. Com a pessoa em causa, quero acreditar que o descrito aconteceu.

- Pessoa do sexo feminino, adulta, filha de doente com neoplasia metastizada, acamado no domicílio, cuidado pela esposa, chama-me ao exterior do quarto e diz-me:

“O que posso fazer para retirar o meu pai daqui?”, surpreendida com a questão, pois o doente e a esposa teriam referido que o local de cuidados seria o seu domicílio, explico-lhe as várias respostas sociais possíveis naquela situação, inclusivamente, na situação de descontrolo de sintomas, a possibilidade de internamento em UCP.

Diz-me: “Tenho de salvar a minha mãe!” e chora intensamente. Desabafa: “- o meu pai foi um homem muito violento, física e verbalmente para a minha mãe e para nós. Por várias vezes, eu e os meus irmãos tivemos de fugir de casa a meio da noite para escapar a mais maus-tratos ou para não ouvir/ver a minha mãe a ser maltratada.”

As memórias eram muito claras e pormenorizadas, muito doridas e vestidas de raiva.

- “A minha mãe continua a deixar-se maltratar, quando vocês saem ele continua a tratá-la mal, apesar de não se poder valer! Ela nunca vos vai pedir para o internar! Ela nunca vai assumir na frente dele que está farta! Ela está a morrer aos bocadinhos!” –.

Ofereci-lhe o meu abraço e acordámos que a equipa iria avaliar a situação. Posteriormente, foi abordada a questão com a esposa que confirmou todas as informações da filha, foi tentada uma abordagem de tentativa de pedido de desculpas por parte do doente que nunca admitiu qualquer possibilidade de comportamento desajustado, nem manifestou qualquer sentimento de arrependimento de uma vida que poderia ter sido diferente. Este homem teria tido uma infância também muito dura e peculiar, racionalmente a família entendia o seu comportamento, mas a emocionalmente não conseguiam gerir!

Foi sugerido o internamento, o qual foi aceite pela família e não foi recusado pelo doente. A família visitou-o repetidamente, mas faleceu institucionalizado, cuidado por outros que não tinham nenhuma relação com o seu passado. A esposa teve apoio durante alguns meses da enfermeira de saúde mental da ECSCP. O acompanhamento em luto, foi realizado à esposa e à filha.

Desta descrição, ficou-me um pensamento: A verdade não existe, ela ficará sempre no meio das interpretações feitas por cada elemento da história. Como diz Alberto Caeiro no seu poema:

“Percebemos demais as coisas — eis o erro e a dúvida.

O que existe transcende para baixo o que julgamos que existe.

A Realidade é apenas real e não pensada.” Pessoa, 2020).

O respeito pelo espaço, pelo tempo, o estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa/família, ajuda o profissional de saúde a acolher e acompanhar o processo de morrer e as vivências do luto através de estratégias comunicacionais como a escuta ativa, a compreensão empática e o feedback (Querido et al., 2016), situação experienciada várias vezes durante o estágio.

- b) Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares

Os enfermeiros são dos profissionais de saúde que mais tempo passam junto dos doentes (Leal-Costa et al., 2019), o maior grupo profissional em contexto de cuidados paliativos (Hokka et al., 2021), daí a sua competência comunicacional ser essencial para a promoção de uma atenção integral e o estabelecimento de uma relação adequada com o doente/família/cuidador. Esta relação desenvolve-se através das parcerias de cuidados estabelecidas.

Sempre que possível foi a pessoa a fonte de informação principal sobre si, sobre os seus sintomas, necessidades e preferências de cuidados, sendo a família/cuidador a segunda linha

informativa e decisória destas parcerias promovendo a autonomia do primeiro e o conforto dos segundos.

O encorajamento para a participação na tomada de decisão compartilhada sobre os cuidados a receber e não receber foi constante. As pessoas e famílias/cuidadores foram sempre envolvidos no planeamento antecipado de cuidados corroborando resultados de estudos anteriores como os de Kuosmanen (2021), que referem que as pessoas em CP, já participam, mas desejam participar mais nas decisões sobre os seus cuidados, pois estarem envolvidos em pequenas decisões que se repercutem na sua qualidade de vida ajudam a pessoa a sentir um maior controlo sobre a sua própria vida. O conhecimento antecipado sobre desejos, vontades, crenças em relação ao seu processo de fim de vida permitiu a preparação das intervenções a implementar mesmo quando já não foi capaz de as referir e promoveu a preparação/o conforto/a segurança da família/cuidador para as decisões tomadas em parceria com a equipa em situações de crise.

O estabelecimento de parcerias com a família/cuidador revelou-se de uma importância máxima, nomeadamente no domicílio, na capacitação dos mesmos para a prestação de cuidados na ausência de profissionais de saúde e na promoção do seu autocuidado como parte integrante do PAC da pessoa. Esta colaboração baseada num acordo mútuo de confiança entre as partes (família/cuidador – profissionais) permitiu a manutenção da permanência de muitas pessoas no domicílio até ao momento da sua morte, consoante o desejo da díade (pessoa em situação paliativa - família/cuidador).

As parcerias estabelecidas com a família/cuidador dividiram-se em dois âmbitos: cuidados a prestar à pessoa e autocuidado da família/cuidador. No que concerne à capacitação para os cuidados à pessoa, a gestão/administração de medicamentos (por via oral, transdérmica, retal e mesmo subcutânea), os cuidados à boca, as avaliações de sintomas foram preponderantes, depois de adquiridas competências para os cuidados de higiene, mobilização e alimentação/hidratação. No que respeita ao autocuidado da família/cuidador, foram desenvolvidas atividades de avaliação da sobrecarga do cuidador, identificadas dificuldades de organização familiar, de aceitação do estado de saúde da pessoa e das mudanças de papéis originadas pelo mesmo e foram desenvolvidas intervenções de escuta ativa, validação de cuidados, identificação conjunta e ensino de estratégias de coping eficazes, ensino e treino de técnicas de relaxamento, promoção da comunicação na família para reorganização de tarefas e resolução de problemas e orientação para outros técnicos/respostas sociais quando adequado e possível.

Estudos realizados por Rodrigues et al. (2023) sobre cuidadores de pessoas dependentes, citam Melo (2018) e Shajani e Snell (2019), referindo que o enfermeiro deve demonstrar

competência para avaliar o grau de dependência da pessoa e estabelecer o tipo de cuidados que mais se lhe adequam, contudo, a eficácia dos cuidados é melhorada quando é dada ênfase à família como um todo, incluindo as necessidades no seu todo e não só as da pessoa doente.

Descrevo a seguir, uma das situações vivenciadas em que o estabelecimento de parceria de cuidados com a pessoa e família foi extremamente importante:

- M., pessoa do sexo feminino, idosa, independente na satisfação de AVD, com diagnóstico de neoplasia metastizada, sob tratamento paliativo, referenciada pela EIHSCP para a ECSCP por dor e por recusa de acompanhamento psicológico hospitalar. M. cuja adesão ao regime terapêutico era quase nulo e a gestão do regime medicamentoso muito dificultada por mitos e crenças sobre medicação. Após várias VD da ECSCP, foi aceitando algumas sugestões farmacológicas e experimentando novos medicamentos (sempre com uma gestão individualizada), para alívio da dor principalmente articular e minimização dos níveis de ansiedade que eram muito elevados. Foi desenvolvido um acompanhamento de proximidade, de escuta das suas inquietações (filha e netos), sofrimentos (perdera 2 filhos na infância com doença oncológica, um genro por morte súbita), poemas e ideais, desejos de vida e de morte:

“- Gostava de ter fado no meu funeral! Não quero flores, ajudem os médicos a curar estas doenças!”.

Apesar da adesão às sugestões da equipa nunca terem sido cumpridas na totalidade, o acompanhamento não cessou, respeitando a disponibilidade de M. para receber os profissionais, de acordo com os seus horários de sono e de atividade, desejo e vontades. Numa das VD, M.:

- “Mas vocês são enfermeiros e médicos da doença ou do espírito? Porque é que perdem tempo comigo que estou bem?”

Devolvi:

- “Somos enfermeiros e médicos que gostaríamos de cuidar de si, se nos deixar. Quando estiver mal prefere que sejamos nós a cuidar de si ou outros que não conhece?”

- “Seria tão bom que fossem vocês!” - disse M.

Simultaneamente foi dado apoio à filha da senhora que era viúva e cujos cuidados que gostaria de prestar à mãe não eram bem acolhidos pela mesma e promovida uma comunicação mais assertiva entre as duas e a participação conjunta em atividades de lazer como assistir a um espetáculo de fado.

Constatai que a manifestação do sofrimento nem sempre é tristeza, nem sempre são lágrimas ou braços caídos, também pode ser revolta, descrença, dúvida, teimosia em não ceder! Como canta a fadista as palavras do poeta:

“Não sei, não sabe ninguém por que canto o fado neste tom magoado de dor e de pranto. E neste tormento todo o sofrimento eu sinto que a alma cá dentro se acalma nos versos que canto!” (Orquestra Ligeira do Exército, 2021), fado preferido de M..

c) Negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico

O respeito pela autonomia da pessoa é imperioso no estabelecimento do seu PAC, auscultando as suas opiniões, preferências e desejos tornando-se mais facilitado o acompanhamento terapêutico. Para tal, o desenvolvimento de competências comunicacionais que permitam ao profissional de saúde estabelecer uma comunicação clara, honesta que promova expectativas ajustadas à doente/família/cuidador é de extrema importância. Uma comunicação com propósito é o elemento mais significativo para um doente num ambiente de prestação de cuidados de saúde (Sharif Nia et al., 2022).

Tendo sempre como objetivos: o alívio do sofrimento, o conforto e a melhor qualidade de vida possível, durante o acompanhamento de pessoas, neste contexto de cuidados, por razões relacionadas com o percurso da doença, consequências de tratamentos, mudanças de organização familiar, entre outras, é necessário, em vários momentos: parar, analisar o plano traçado, avaliar condições atuais, redefinir metas e propor novos objetivos de forma a que seja possível cumprir a maioria (senão todos) os desejos expressos pela díade.

- Recordo o Sr. A, pessoa do sexo masculino, adulto, separado, com filhos de várias relações, a viver em casa dos pais desde as primeiras manifestações da doença: neoplasia do pulmão metastizado, com rendimentos muito reduzidos dada a sua curta carreira contributiva e idade precoce. Responsável pela gestão do seu regime terapêutico, pouco recetivo à ajuda dos profissionais de saúde e de familiares, nomeadamente do pai com quem mantinha uma relação conflituosa, mas de quem dependia para as idas às consultas e alguma ajuda financeira.

O Sr. A., tinha tido várias profissões, sem se sentir realizado em nenhuma delas. Falava pouco dos filhos, sentindo-se alguma tristeza pela vida que os separou. A sua estratégia de *coping* era passear na praia e recolher objetos à beira-mar que transformava em peças de artesanato. Tinha imensas guardadas, raramente as mostrava, nunca tinha sentido abertura das entidades locais para expor. Numa das VD mostrou o seu espólio à equipa, partilhou que um dia gostaria de fazer uma exposição e que na inauguração gostaria que houvesse uma grande

feira, que os poemas da mãe teriam ênfase e destaque, que reuniria todos os seus amigos e familiares...seria uma tertúlia cultural ao mais alto nível!

Com o seu consentimento, e autorização da equipa, iniciei contatos, fiz pedidos, delineeii parcerias entre equipas, entidades e instituições. O pai transportou-o várias vezes ao local de preparação da exposição, a mãe reuniu alguns dos poemas que estavam bem guardados (os irmãos de A. desconheciam a existência dos poemas). A. dispôs cada peça no local pretendido: cada concha, cada pedaço de plástico, cada fio tinha um significado. Nas conversas sugeri que escrevesse um texto de apresentação, fê-lo, partilhou-o comigo antes de o entregar para impressão.

A data inicial sugerida por ele, foi antecipada, com o seu consentimento. A. já estava muito fragilizado fisicamente.

No dia do evento, houve champanhe que já não bebeu, houve poemas expostos e não declamados, houve amigos, mas não muitos! Mas houve abraços verdadeiros (padrinhos), presenças atentas (o irmão veio do estrangeiro para essa data), orgulho desmedido (mãe), amor "encapuçado" (pai), houve um legado que se deixou para todos aqueles que não puderam/quiseram estar presentes! Houve etapas que se terminaram mesmo sem palavras ditas!

- d) Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz

A relação de cuidado entre pessoas com doenças limitantes de vida e os seus cuidadores familiares revestem-se de grande complexidade. Se habitualmente o familiar é visto como único provedor de cuidados, sabe-se que doentes e cuidadores familiares desenvolvem capacidades de apoio mútuo no sentido da adaptação ao percurso da doença. O desejo mútuo de união e firmeza na adversidade, a sobrecarga que o doente sente colocar sobre os seus familiares e a responsabilidade que os familiares sentem para com o seu familiar podem modelar esta relação e levar a que cada elemento priorize as necessidades do outro em relação às suas (Broom e Cavenagh, 2010; Broom et al., 2016 e Lewis, 2021 referidos por McCauley et al., 2023)

Identificar fatores de risco e situações problemáticas, associados a exaustão física e emocional dos intervenientes no processo de cuidar é competência do EEMC-EPSP.

Em contexto de ECSCP, o acompanhamento do cuidador (familiar a maior parte das vezes), levou a que em alguns casos tenham sido desencadeadas medidas promotoras de alívio da exaustão (encaminhamento para UCP, RNCCI e/ou outras respostas sociais). Na UCP,

apercebi-me da gestão/participação nessa resposta e do empenho do serviço social na procura de soluções adequadas ao maior conforto da pessoa/família e cuidador após a alta.

A reciprocidade na relação do cuidar entre cuidador familiar e o doente pode passar pelo apoio emocional (manifestações de afeto) e/ou através de comportamentos e atitudes de ocultação (pensamentos, desejos, sentimentos), com intenção de poupar o outro ao sofrimento (McCauley et al., 2023). Estar atento às especificidades, desenvolver uma relação de confiança com a díade facilitará a identificação de fatores de risco e o encaminhamento para a resposta mais adequada. Na maior parte dos casos, passou pelo desenvolvimento de intervenções individuais de escuta ativa, identificação/sugestão de estratégias de *coping*, promoção da esperança e da comunicação assertiva entre os intervenientes.

A equipa multidisciplinar de CP está inequivocamente exposta a esta natureza de cuidados onde o sofrimento e a morte marcam presença todos os dias. Todos e cada um dos elementos da equipa saberá que viverá a experiência que testemunha um dia na sua vida: “Esta morte com o seu cortejo de angústias, medos, degradação física, perda de autonomia, dores difíceis de avaliar” (Phaneuf, 1995:102 citada por Soares, 2024).

O autoconhecimento e o autocuidado pessoal e da equipa é essencial. O autocuidado pode ser apresentado como o conjunto de ações intencionais destinadas a alcançar, manter e melhorar a saúde e o bem-estar de uma pessoa, bem como prevenir e gerir o sofrimento, baseia-se num comportamento aprendido por meio do qual os indivíduos cuidam ativamente de si mesmos, a nível pessoal, profissional, relacional, emocional, psicológico e espiritual. Reconhecer os próprios sentimentos, emoções e necessidades psicológicas aumentam o autoconhecimento e levam a práticas de autocuidado mais eficazes (Orem, 1985; Martinez, et al., 2021 e Butler, 2019 referidos por Bovero, 2025). Este e outros estudos recomendam a implementação de estratégias de treino de autocuidado profissional no sentido de melhorar o bem-estar dos profissionais, da equipa e das pessoas cuidadas.

Assim, durante o estágio em UCP, desenvolvi e partilhei com a equipa uma intervenção de autocuidado: “Doces Abraços”, em que tentei fomentar a oportunidade para parar e sentir, aceitar o “não controlado”, partilhar ou apenas refletir sobre a experiência. Especificamente, os profissionais foram convidados, sempre que se sentissem com necessidade de apoio emocional, a retirar uma mensagem escondida num “bombom” de papel, a lê-la, e a decidir partilhá-la ou não com a equipa, refletido em conjunto sobre ela. O tema das mensagens baseou-se em premissas da logoterapia de Vítor Frankl (Frankl, 2012; Frankl, 2021). (APÊNDICE 4).

SÍNTESE

Durante os capítulos anteriores evidenciei uma prática baseada na ética, na humanização dos cuidados e no respeito pela autonomia da pessoa, articulando a decisão clínica com a comunicação eficaz, o trabalho interdisciplinar e o suporte à família/cuidador. As intervenções orientadas para a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados, as ações formativas e os contributos para projetos institucionais foram uma preocupação. A prática clínica desenvolvida foi informada na evidência científica, no autoconhecimento e na sensibilidade relacional, tentando evidenciar uma atuação integrada, crítica e ética na prestação de cuidados em contextos complexos de fim de vida.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS DOS ENFERMEIROS QUE CUIDAM DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E FAMÍLIA

Título: Competências comunicacionais autopercebidas pelos enfermeiros de Cuidados Paliativos

RESUMO

Enquadramento: A comunicação é uma competência central dos Cuidados Paliativos (CP). O aperfeiçoamento da comunicação pelos enfermeiros é crucial para a prestação de cuidados de qualidade.

Objetivo: Avaliar as competências comunicacionais autopercebidas pelos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação paliativa e família.

Metodologia: Estudo descritivo-correlacional, quantitativo, com uma amostra de conveniência de 62 enfermeiros. Os dados foram recolhidos entre janeiro e abril de 2025, após aplicação da escala HP-CSS.

Resultados: Os participantes do estudo foram maioritariamente mulheres (93,5%), com uma média de idade de 42,8 anos sendo que 50% eram licenciados, 48,2% detinham o grau de mestre e 93,5% detinham formação específica em CP. A amostra avaliou-se globalmente como detentora de elevadas competências comunicacionais. A dimensão *Respeito* apresentou a média mais alta (M=5,62), enquanto a *Competência social* registou a mais baixa (M=4,14). Verificaram-se correlações positivas entre a idade, as habilitações académicas, a experiência profissional (em enfermagem e em CP) e a formação específica em CP com algumas das dimensões analisadas.

Conclusões: Os enfermeiros autopercecionaram-se como detentores de elevadas competências comunicacionais nas dimensões *Respeito*, *Empatia* e *Comunicação Informativa*. Os resultados contribuem para o desenvolvimento de programas formativos mais ajustados às necessidades comunicacionais em CP e sugerem a comparação desta perspetiva com a das pessoas em situação paliativa/famílias e outros profissionais dado que a competência comunicacional se pode afigurar como potencial indicador de qualidade em cuidados paliativos.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Comunicação; Enfermagem; Competência profissional.

Title: Communication skills self-perceived by palliative care nurses

ABSTRACT

Setting: Communication is a core competency of Palliative Care (PC). Improving communication by nurses is crucial for providing quality care.

Goal: To assess self-assessed communicational skills of nurses who provide care to individuals in a palliative state and their families.

Methodology: Descriptive-correlational quantitative study, with a conventional sample of 62 nurses. Data was collected between January and April of 2025, after applying the HP-CSS scale.

Results: The participants (93,5% women, average age of 42,8, with 50% with a degree, 48,2% with a master degree and 93,5% with specific training in PC) globally self-assessed with having high communication skills. The dimension Respect obtained the highest average value (5,6), whereas Social Competence was the lowest (4,14). There are positive correlations between age, academic degree, professional experience (in nursing and PC) and specific training in PC, with some of the dimensions studied.

Conclusions: Nurses self-assessed as having high communication skills in the dimensions: Respect, Empathy and Informative Communication. It is suggested that this perspective should be compared with that of patients/families and other professionals, as these are potential indicators of quality in palliative care.

Keywords: Palliative Care; Communication; Nursing; Health professionals' skills.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) estruturam-se em quatro pilares essenciais para a prestação de cuidados com qualidade: gestão de sintomas, apoio à família, trabalho de equipa e comunicação (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2021).

Sendo que os enfermeiros são o maior grupo profissional nos vários contextos de prestação deste tipo de cuidados, hospitalar ou comunitário (Pereira et al., 2021), devem ter acesso a formação adequada que permita o desenvolvimento das competências necessárias para a prestação de CP de elevada qualidade (Hökkä et al., 2020).

O enfermeiro que presta CP deve deter um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que o tornem competente para o desempenho profissional nesta área de cuidados, nomeadamente no âmbito das competências comunicacionais com a pessoa em situação paliativa, família e equipa multiprofissional (Hokka et al., 2020). Entre os profissionais da área, espera-se que a comunicação seja uma das três competências mais desenvolvidas pelos enfermeiros que prestam CP (Suikkala et al., (2023).

A literatura identifica situações em que os profissionais não atendem às expectativas das pessoas doentes/famílias de quem cuidam (Raldow, 2021), sendo que na maioria das vezes, as reclamações advêm de aspetos relacionados com a humanização do cuidado e não com os aspetos técnicos dos cuidados prestados. Desta feita, uma comunicação inadequada tem vindo a ser apontada como um dos itens mais visados nas reclamações (Räberus et al., 2019; Raldow, 2021; Skar & Soderberg, 2018).

Abordar a terminalidade é sempre um desafio para o profissional de saúde (Santos et al., 2018 referido por Soares et al. 2023.), existindo estudos que relatam a falta de sensibilidade comunicacional dos enfermeiros acerca do processo de morrer (Prado, 2019 citado pelos mesmos autores). Tal como outros profissionais deste contexto de cuidados, os enfermeiros de CP estão muitas horas expostos à morte e ao sofrimento (Raldow, 2021). Mesmo perante estas dificuldades espera-se destes profissionais o estabelecimento de alianças terapêuticas com a pessoa em situação paliativa/família/equipa multidisciplinar que se fundamentem na assertividade do falar, olhar, tocar ou escutar das interações (Soares, 2024).

Trata-se, indiscutivelmente, de uma tarefa exigente, que requer ao enfermeiro conhecimento técnico e consciência de si próprio como pessoa e profissional relativo a esses mesmos processos de fragilidade, sofrimento e morte, para que possa utilizar estratégias promotoras de capacitação para a pessoa em situação paliativa/família e ferramentas comunicacionais adequadas no sentido do ajuste de expectativas em situação de doença incurável, ameaçadora de vida (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto, 2018).

Através da realização deste estudo pretende-se avaliar as competências comunicacionais autopercebidas pelos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação paliativa e sua família, podendo vir a constituir-se uma mais-valia para o desenvolvimento de estudos similares na população de enfermeiros portugueses cuja existência se desconhece.

1 - ENQUADRAMENTO

As competências de comunicação em saúde são definidas como todos os comportamentos verbais e não-verbais que capacitam os profissionais de saúde a expressar informação de forma clara, adequada e compreensível às pessoas doentes. Caracterizam-se por ouvir atentamente e aceitar o que transmitem, sem julgar, responder empaticamente e manifestar sentimentos, atitudes, desejos ou opiniões de forma adequada à situação (Kissane et al., 2011 citado por Leal-Costa et al., 2015).

Uma comunicação eficaz e centrada na pessoa doente é essencial para a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Baxter et al., 2024 e Hasegawa et al., 2024, referidos por Neto et al., 2025). As habilidades comunicacionais e de relação dos profissionais de saúde estão associadas a uma maior satisfação das pessoas doentes, maior adesão ao regime terapêutico, melhores resultados em saúde, diminuição do luto complicado, menos reclamações por negligência e maior atitude positiva em relação aos cuidados de saúde e organizações (Borghini et al., 2021). Uma comunicação com propósito é o elemento mais significativo para um doente num ambiente de prestação de cuidados de saúde (Sharif Nia et al., 2022).

Especificamente na área dos CP, espera-se que os profissionais de saúde acolham e correspondam ao direito de informar de forma clara e adequada as pessoas doentes, promovam a tomada de decisão compartilhada e respondam assertivamente às suas vulnerabilidades e necessidades emocionais (Bos-van den Hoek et al., 2019).

De acordo com a opinião de profissionais de saúde, a comunicação foi considerada uma das três competências mais importantes em CP, juntamente com o planeamento antecipado de cuidados e a gestão de sintomas. Paralelamente, estes profissionais também esperam que os enfermeiros possuam competências a nível do apoio psicossocial e existencial e que as demonstrem na relação com as pessoas em situação paliativa e suas famílias (Suikkala et al., 2023).

As competências comunicacionais fazem parte das dez competências *core* a desenvolver para a prestação de CP de qualidade destacando-se, juntamente com a gestão de sintomas, como uma competência basilar identificada em todos os contextos geográficos estudados

(Hökkä et al., 2024). A qualidade da comunicação é um dos domínios *core* para a prestação de cuidados a pessoas que vivem um período de vida extremamente delicado entre o diagnóstico de uma doença limitante de vida até ao momento natural da sua morte (Bhadelia et al., 2021). Este domínio essencial divide-se em dois subdomínios: *eficácia das interações e relações* – que exige respeito, empatia, compaixão, gentileza, atitude calorosa e genuína, consciência emocional e honestidade (evidenciadas na comunicação verbal e não verbal) e *comunicação efetiva* – que se centra na entrega de informação atempada, com sensibilidade e através de conversas com a pessoa doente/família/cuidador, usando linguagem clara, consistente, abrangente, oportuna, precisa e confiável (adequada à capacidade cognitiva) em ritmo adequado, que possa gerir as exigências de uma comunicação eficaz e afetiva, proporcionando espaço à expressão das emoções.

O desenvolvimento de uma forma assertiva de comunicar e das competências necessárias para criar uma aliança entre o enfermeiro, a pessoa doente, a família e a restante equipa exige que o profissional, em contexto de cuidados paliativos, aprofunde competências relacionais ao mais alto nível, habilitando-o a pôr em comum até o cuidado a prestar em situação de morte iminente, respeitando sempre a dignidade da pessoa/família na situação de maior vulnerabilidade (Soares, 2024).

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Quais as competências comunicacionais autopercebidas pelos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação paliativa e família?

2 - METODOLOGIA

Tipo de estudo e objetivos

Trata-se de um estudo com desenho descritivo-correlacional, transversal e de abordagem quantitativa cujo objetivo foi avaliar as competências comunicacionais autopercebidas pelos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação paliativa e família.

População e amostra

A população-alvo do estudo foi constituída pelos enfermeiros que exercem a sua atividade profissional em serviços especializados de CP portugueses, em instituições públicas ou privadas.

Amostra não probabilística por conveniência, teve como critérios de inclusão exercer funções em serviços especializados de CP de adultos e como critérios de exclusão prestar cuidados

noutras áreas de cuidado e integrar equipas especializadas de CP pediátricos. A amostra foi constituída por 62 participantes.

Instrumento de colheita de dados e variáveis

O instrumento utilizado neste estudo foi constituído por duas partes: parte I, caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros (sexo, idade, formação académica, especialização em enfermagem, formação em CP e/ou em comunicação, anos de experiência profissional, anos de experiência em CP e tipologia de serviço de prestação de cuidados); parte II, Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde (HP-CSS), desenvolvida por Leal-Costa et al., (2015) adaptada para português europeu por Coelho, (2020).

A HP-CSS é um instrumento de autorrelato desenvolvida com o objetivo de avaliar as competências de comunicação dos profissionais de saúde. A escala é composta por 18 itens que se organizam em quatro dimensões: *Comunicação Informativa* (itens 5, 8, 9, 14, 17 e 18), que avalia a forma como os profissionais de saúde obtêm e fornecem informações na relação com os doentes; *Empatia* (itens 2, 4, 6, 11 e 12), que reflete a capacidade para a escuta ativa, compreensão e resposta empática aos sentimentos dos doentes; *Respeito* (itens 1, 3 e 15), que avalia o respeito demonstrado pelos profissionais de saúde na relação clínica com os doentes; e *Competência Social* (itens 7, 10, 13 e 16), que reflete a capacidade em ser assertivo ou ter comportamentos socialmente ajustados na relação clínica estabelecida com os doentes.

Os itens foram respondidos numa escala de frequência tipo Likert de seis pontos (1 = quase nunca a 6 = Muitas vezes).

A consistência interna do instrumento apresenta um alfa de Cronbach para a escala total de 0,84 e para as dimensões, *Comunicação Informativa* - 0,65, *Empatia* - 0,80, *Respeito* - 0,59 e *Competências Social* - 0,51 (Coelho, 2020). Neste estudo obteve-se um valor de alfa de Cronbach total de 0,778, e de 0,700 para a dimensão *Comunicação Informativa*, de 0,784 para a *Empatia*, de 0,768 para a dimensão *Respeito* e de 0,657 para a dimensão *Competência Social*.

Colheita de dados

A colheita de dados foi efetuada em Portugal continental e nos arquipélagos dos Açores e da Madeira, entre 22 de janeiro e 30 de abril de 2025, utilizando um questionário *online* divulgado através do *GoogleForms*®.

O questionário foi enviado em formato digital para os enfermeiros que exercem a sua atividade em contextos especializados de CP, que por sua vez o partilharam através das suas redes de

contactos com outros enfermeiros (APÊNDICE 6). Foram igualmente utilizadas plataformas virtuais e solicitada divulgação da investigação à Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, à Associação de Profissionais de Cuidados Paliativos da Região Centro e à Associação de Cuidados Paliativos do Alto Minho.

Tratamento dos dados

Os dados colhidos através do preenchimento do questionário *online* foram exportados para o programa Excel, e posteriormente analisados e organizados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 29.0.

As pontuações dos itens 16 e 18 da HP-CSS foram invertidas.

A pontuação de cada dimensão da escala obtém-se a partir do cálculo da média aritmética dos itens que a constituem, pelo que pontuações mais elevadas numa dimensão indicam um maior nível de competências nesse domínio.

As frequências das distribuições absolutas e percentuais foram calculadas, bem como as medidas sumárias – média, desvio-padrão, mínimo e máximo.

Testes estatísticos inferenciais foram usados para analisar as relações entre as variáveis consoante a amostra cumpra, ou não, os pressupostos de uma distribuição normal.

Para o intervalo de confiança de 95% foi considerado o nível de significância estatístico de $p < 0,05$.

Considerações éticas

Esta investigação obteve autorização dos autores que desenvolveram a versão portuguesa da HP-CSS (APÊNDICE 6) e parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA: E: P1099_11_24 (ANEXO 4).

A participação dos enfermeiros foi voluntária, tendo os potenciais participantes sido informados sobre os objetivos, metodologia, procedimentos, confidencialidade e anonimato através de um documento enviado por *e-mail* juntamente com o instrumento de colheita de dados. Foi obtido o consentimento informado, livre e esclarecido de todos os participantes, cujo exemplar se apresenta no APÊNDICE 7. Os participantes só avançavam no preenchimento do questionário se concordassem com a participação no mesmo.

Aquando da aplicação do questionário foi garantido o anonimato dos participantes, através da atribuição de um código numérico.

Relativamente à confidencialidade não foram recolhidos dados inequívocos de cada participante e apenas a investigadora principal acedeu à base de dados *online* para a análise estatística.

Não havendo previsão de danos ou custos diretos para os participantes, a atenção e disponibilidade necessárias para responder à HP-CSS poderiam levar à autorreflexão e identificação de necessidades formativas em competências comunicacionais, beneficiando indiretamente os participantes, as pessoas em situação paliativa e as suas famílias.

3 - RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

A amostra foi constituída por 62 enfermeiros, maioritariamente mulheres (93,5%), com uma média etária de 42,8 anos (DP=8,66; min.=25; máx.=65). Relativamente às habilitações académicas, metade (50%) da amostra detinha o grau de licenciado sendo que 48,4% eram mestres e 1,6% doutores na área da Educação e Supervisão.

No que respeita à categoria profissional, 32 participantes eram enfermeiros especialistas e 30 detinham a categoria profissional de enfermeiro.

A nível da formação específica em CP, a maioria apresentou formação avançada (54,8%), 21% apresentou formação intermédia, 17,7% detinham formação básica e 6,5% não detinha qualquer formação específica. Relativamente à experiência profissional em cuidados paliativos, a média obtida foi de 7,79 anos (DP=5,96; min.=1; máx.=24) em exercício neste contexto de cuidados. Salienta-se que a maioria da amostra apresentava experiências profissionais prévias, pois a média de tempo de serviço profissional situou-se nos 19,65 anos (DP=9,14 anos; min.=1; máx.=40).

Numa tentativa de melhor caracterização da amostra ao nível dos conhecimentos sobre comunicação questionou-se a existência de formação acrescida para além da ministrada nas formações académicas anteriormente referidas. Grande parte da amostra não frequentou formação nesta área (45,2%). Da amostra, frequentaram formação com [<30 horas] 22,6% (n=14), [30-60 horas] 11,3% (n=7) e [>60 horas] 21% (n=13). Por fim, no que concerne ao tipo de tipologia de CP, 61,3% prestavam cuidados em UCP, 22,6% em ECSCP e 16,1% em EIHS CP.

Tabela 1.*Características sociodemográficas e profissionais dos participantes (n=62).*

Variáveis	N (%)	Média	DP	Mín.	Máx.
Sexo					
Feminino	58 (93,50)				
Masculino	4 (6,50)				
Idade		42,84	8,65	25	65
Habilitações académicas					
Licenciatura	31 (50,00)				
Mestrado	30 (48,40)				
Cuidados Paliativos	21 (33,90)				
Outras áreas	9 (14,52)				
Doutoramento	1 (1,60)				
Categoria Profissional					
Enfermeiro	30 (51,60)				
Enfermeiro Especialista	32 (48,40)				
Enf. Médico Cirúrgica - EPSP	20 (32,26)				
Outras áreas	12 (19,35)				
Formação Específica CP					
Sem	4 (6,50)				
Básica	11 (17,70)				
Intermédia	13 (21,00)				
Avançada	34 (54,80)				
Experiência profissional		19,65	9,14	1	40
Experiência profissional em CP		7,79	5,96	1	24
Formação Específica					
Comunicação					
Sem formação	28 (45,20)				
< 30h	14 (22,60)				
30 – 60 horas	7 (11,30)				
> 60 horas	13 (21,00)				
Tipologia de CP					
UCP	38 (61,30)				
ECSCP	14 (22,60)				

Legenda: N= amostra; DP = Desvio Padrão; Mín.= Mínimo; Máx: Máximo; EPSP = Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; CP = Cuidados Paliativos; UCP = Unidade de Cuidados Paliativos; ECSCP = Equipa Comunitária Suporte Cuidados Paliativos; EIHSCP = Equipa Intra-hospitalar Suporte Cuidados Paliativos

ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS DIMENSÕES DA HP-CSS

No presente estudo, foi aplicada a escala HP-CSS para avaliar a auto percepção das competências comunicacionais de enfermeiros em CP. A análise estatística descritiva permitiu identificar os níveis médios de competência nas quatro dimensões avaliadas: *Comunicação Informativa, Empatia, Respeito e Competência Social*.

A dimensão **Comunicação Informativa** apresentou uma média global de 5,40 (DP=0,46), com valores a oscilar entre um mínimo de 4,17 e um máximo de 6,00. Os itens que obtiveram as pontuações mais elevadas nesta dimensão refletem uma forte valorização do direito dos doentes à informação (item 14: M=5,79; DP=0,45) e o uso de linguagem compreensível (item 9: M=5,42; DP=0,74). Estes resultados sugerem que os enfermeiros reconhecem a importância de uma comunicação clara e ética, baseada no respeito pelos direitos das pessoas em situação paliativa.

A dimensão **Empatia** registou uma média geral de 5,42 (DP=1,00). Os enfermeiros demonstraram elevados níveis de empatia, sendo particularmente notório no item 4, que avalia o uso de gestos não verbais como forma de mostrar interesse pelo discurso do doente (M=5,66; DP=0,54). Estes dados indicam uma prática clínica centrada na escuta ativa e na valorização das emoções expressas pelas pessoas em situação paliativa.

A dimensão **Respeito** obteve a média mais elevada entre todas (M=5,62; DP=0,44). Os itens mais pontuados foram os que remetem para o respeito pela liberdade de expressão (item 1: M=5,68; DP=0,51) e pela autonomia dos doentes (item 3: M=5,69; DP=0,50). Estes resultados reforçam a ideia de uma prática de enfermagem pautada por princípios éticos fundamentais, como a dignidade e a autodeterminação do indivíduo.

Por sua vez, a **Competência Social** foi a dimensão com menor média geral (M=4,14; DP=0,91), revelando uma maior variabilidade entre os participantes. Os itens que avaliavam a capacidade de expressar desacordo (item 10: M=3,42; DP=1,28) e de formular pedidos (item 16: M=4,44; DP=1,25) obtiveram as pontuações mais baixas. Este achado pode refletir dificuldades dos profissionais em lidar com situações de confronto ou em afirmar-se junto das pessoas doentes.

Tabela 2*Estatística descritiva por dimensão da HP-CSS (n= 62).*

Dimensão	Média	DP	Min.	Máx
Comunicação Informativa	5,40	0,46	4,17	6,00
Empatia	5,42	0,50	4,20	6,00
Respeito	5,62	0,44	4,33	6,00
Competência Social	4,14	0,91	1,25	5,75

Legenda: DP = Desvio Padrão; Min.= Mínimo; Máx. = Máximo

RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E AS DIMENSÕES DA HP-CSS

Idade

A análise de correlação de Pearson revelaram associações estatisticamente significativas entre a idade dos participantes e duas das dimensões da HP-CSS: Comunicação Informativa ($r=0,303$; $p=0,017$) e Empatia ($r=0,257$; $p=0,044$). Estes resultados sugerem que, com o avanço da idade, e presumivelmente com maior experiência, os enfermeiros desenvolvem uma maior sensibilidade para a importância da informação clara e da escuta empática no contexto dos cuidados paliativos.

Sexo

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo dos participantes e as quatro dimensões analisadas.

Habilitações Académicas

Através do teste de Kruskal-Wallis foi possível verificar diferenças significativas entre os graus académicos dos participantes nas dimensões de Comunicação Informativa ($p<0,001$), Empatia ($p=0,003$) e Respeito ($p=0,004$). Os resultados das comparações par a par indicam que os enfermeiros com grau de mestrado apresentaram perceções significativamente mais elevadas do que os licenciados, especialmente na Comunicação Informativa ($p<0,001$) mas também nas dimensões Empatia ($p=0,001$) e Respeito ($p=0,002$). Também os enfermeiros com grau de doutor apresentaram perceções significativamente mais elevadas do que os licenciados, especialmente na Comunicação Informativa ($p=0,045$). Esta associação pode refletir a contribuição da formação académica avançada no desenvolvimento de competências comunicacionais mais sofisticadas.

Categoria Profissional

O teste de Mann-Whitney revelou diferenças significativas entre as categorias profissionais relativamente às dimensões de Comunicação Informativa ($p=0,031$) e Respeito ($p=0,020$). Estes dados sugerem que a progressão na categoria de “Enfermeiro” para “Enfermeiro especialista” pode estar associada a uma maior perceção de competência comunicacional, possivelmente devido a maior responsabilidade, formação contínua e experiência acumulada.

Experiência Profissional

A experiência em enfermagem correlacionou-se positivamente com as dimensões de Comunicação Informativa ($p=0,007$) e Empatia ($p=0,011$). De igual forma, os anos de experiência especificamente em CP correlacionaram-se positivamente com estas mesmas dimensões ($p=0,046$ e $p=0,017$, respetivamente). Estes achados reforçam a ideia de que a prática clínica contínua, especialmente no contexto dos CP, favorece o desenvolvimento de competências comunicacionais centradas na pessoa.

Formação específica em Cuidados Paliativos

A formação específica em CP mostrou estar significativamente associada à dimensão de Comunicação Informativa ($p=0,021$). A análise detalhada demonstrou que os enfermeiros com níveis intermédio e avançado de formação apresentaram perceções significativamente superiores de competência nesta dimensão, em comparação com aqueles que não possuem qualquer formação ($p=0,022$ e $p=0,004$, respetivamente). Este resultado evidencia o impacto positivo da formação especializada na qualidade da comunicação com as pessoas doentes.

Tipologia de Equipa

A tipologia da equipa onde o enfermeiro exerce funções influenciou significativamente as dimensões de Comunicação Informativa ($p=0,040$) e Empatia ($p=0,033$). Em particular, os enfermeiros das EIHS CP demonstraram níveis mais elevados de competência na Comunicação Informativa ($p=0,016$), e os das ECSCP se destacaram na dimensão Empatia ($p=0,031$) face aos enfermeiros que exercem a sua atividade em UCP. Estes resultados podem estar relacionados com a natureza e o contexto das interações com as pessoas em situação paliativa e suas famílias, que variam consoante o ambiente hospitalar ou comunitário.

Formação Específica em Comunicação

Por fim, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes níveis de formação específica em comunicação e nenhuma das quatro dimensões analisadas. Este resultado pode indicar que a formação em comunicação, por si só, não é suficiente para

alterar a autopercepção das competências, sendo possivelmente necessário que esta formação seja integrada com a prática clínica e com o contexto dos cuidados paliativos.

Tabela 3.

Associações entre as variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes e as dimensões da HP-CSS (n=62).

Variáveis	Competências Comunicacionais			
	CI	E	R	CS
Idade	0,30*	0,26*	0,18	-0,05
Sexo	0,07	0,16	0,13	-0,02
Habilitações Literárias	16,48**	11,92*	11,02*	0,67
Categoria profissional	398,5*	361,5	325*	459
Anos Experiência	0,342**	0,320*	0,177	-0,23
Anos Experiência CP	0,254*	0,303*	0,179	-0,122
Tipologia CP	6,427*	6,829*	5,467	1,331
Formação Específica CP	9,695*	4,031	6,577	3,493
Formação em Comunicação	1,873	3,913	2,406	2,068

(*) p<0,05; (**) p<0,001; CP=Cuidados Paliativos; CI=Comunicação Informativa; E=Empatia; R=Respeito; CP=Competência Social

No sentido de fornecer informação mais pormenorizada e suplementar partilha-se o APÊNDICE 8.

4 - DISCUSSÃO

Os enfermeiros constituem o grupo profissional que mais tempo permanece junto das pessoas doentes (Leal-Costa et al., 2019) e representam a maioria dos profissionais em contexto de cuidados paliativos (Hökkä, 2021). A competência comunicacional destes profissionais é fundamental para a promoção de uma atenção integral e para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz com a pessoa em situação paliativa e família/cuidadores.

Após a análise dos resultados obtidos são várias as correlações estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas e as dimensões da HP-CSS.

Os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação paliativa e família autoperceberam-se mais competentes na dimensão comunicacional relacionada com o *Respeito* reforçando os resultados de estudos portugueses realizados com médicos oncologistas (Coelho, 2020). O desenvolvimento desta competência vai ao encontro de um dos aspetos mais valorizados pela pessoa doente: ser tratada, assim como a sua família e amigos, com respeito (Sandsdalen, 2020). Este sentimento acontece quando os profissionais

de saúde mostram respeito pelo direito da pessoa/família/cuidador à livre expressão, colocação de dúvidas, obtenção de informação clínica sobre a sua situação de acordo com a sua capacidade de entendimento, exposição das suas preocupações e medos (Sharif Nia et al., 2022). A dimensão *Respeito* correlacionou-se positivamente com maiores habilitações académicas.

Relativamente à variável idade, os enfermeiros mais velhos tenderam a perceber as suas competências comunicacionais nas dimensões *Empatia e Comunicação Informativa* mais elevadas, contudo, tal não se verificou na aplicação da HP-CSS a outro tipo de profissionais de saúde em Portugal (Coelho, 2020). Ao nível da enfermagem, revisões sistemáticas da literatura recentes, relacionam positivamente fatores pessoais como a idade e a experiência profissional com níveis mais elevados de competência clínica (Almarwani & Alzarhani, 2023). Poderemos aceitar que a relação entre a idade e as competências comunicacionais avaliadas pela HP-CSS possa variar entre as populações estudadas (Coelho, 2020; Leal-Costa et al., 2019; Santos, 2022), podendo as características específicas de cada profissão, diferentes contextos de trabalho e experiências acumuladas ao longo da carreira influenciar o desenvolvimento de certas competências comunicacionais ou até mesmo as características das amostras nos diferentes estudos.

Em relação à variável sexo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, tal como noutros estudos anteriores (Coelho, 2020; Leal-Costa et al., 2019). A ausência de diferenças significativas entre sexos em competências de enfermagem poderá ser atribuída: à importância crescente na formação baseada em competências, à padronização dos currículos e/ou à evolução das perceções sociais representativas de género na profissão (Driscoll et al., 2024).

No que respeita às habilitações académicas, os resultados indicam que os enfermeiros com grau de mestrado apresentaram perceções significativamente mais elevadas do que os licenciados nas dimensões *Comunicação Informativa, Empatia e Respeito*. Esta foi a variável que apresentou influência num maior número de dimensões. Esta associação pode refletir a contribuição da formação académica avançada no desenvolvimento de competências comunicacionais mais sofisticadas. De acordo com Fenson e Chessier-Smyth (2010) citados por Cervený et al., (2022), melhores níveis de perceção de competência dos enfermeiros estão relacionados com a formação académica de mestrado. Reforçando esta ideia, estudos de Almarwani e Alzarhani (2023) indicam-nos que uma maior formação teórica e o nível educacional se relacionam positivamente com o desenvolvimento das competências clínicas dos enfermeiros.

Em relação à categoria profissional, encontraram-se diferenças significativas entre os enfermeiros e enfermeiros especialistas no que respeita às dimensões de *Comunicação Informativa* e *Respeito*, o que indica que a transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista pode estar relacionada com uma percepção ampliada de competência comunicacional, influenciada, possivelmente, por fatores como a experiência profissional adquirida, o aumento das responsabilidades e o compromisso com a formação contínua e a experiência profissional adquirida. Do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE; Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019) emerge a competência da responsabilidade profissional, ética e legal, relacionada com o garantir de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, sendo o assegurar do respeito pelos direitos humanos e acesso à informação por parte da pessoa doente um dever do EE. Também Song et al., (2024), referem a comunicação como uma subcompetência necessária ao desempenho da prática profissional de enfermagem, devendo apresentar-se clara, compreensiva, atempada, ajustada às capacidades de compreensão da pessoa doente e da família, num ritmo adequado e promotora da expressão de emoções. No caso de um EE pode esperar-se um nível de competência exemplar ou de perito, em que o mesmo esteja concentrado na ação, use termos entendíveis, utilize linguagem verbal e não verbal adequadas, num modelo de interação de cultura positiva com objetivos mútuos para a pessoa doente/família e profissional (Song et al., 2024).

A análise dos dados revelou que o tempo de experiência profissional e a experiência específica em cuidados paliativos (CP) estão associados a autopercepções mais elevadas nas dimensões *Empatia* e *Comunicação Informativa*. Isto sugere que, à medida que os enfermeiros acumulam experiência geral e específica em CP, a sua percepção de competência nessas áreas tende a aumentar. No entanto, estudos como o de Coelho (2020) apresentaram resultados divergentes, identificando correlações negativas estatisticamente significativas entre o tempo de experiência e a dimensão *Respeito*. Na nossa amostra, observou-se uma tendência semelhante, embora não estatisticamente significativa: a correlação entre a experiência profissional e em CP e a dimensão *Competência Social* foi negativa. Isso pode indicar que a experiência acumulada influencia negativamente a assertividade ou os comportamentos socialmente ajustados na relação clínica com os doentes. Takase (2013) argumenta que o ritmo de aprimoramento das competências sociais diminui ao longo do tempo, à medida que as oportunidades de aprendizagem com a experiência se tornam menos frequentes (Chrzan-Rodak, 2022). Será que o repetir da experiência retira competência social? Por outro lado, Leonardsen (2023), ao estudar enfermeiros especializados e em formação para especialização, concluiu que a experiência clínica contribui para uma melhor comunicação, colaboração, consciência situacional, autoconsciência na equipe, capacidade

de centrar os cuidados na pessoa e maior segurança nos procedimentos básicos, uso de equipamentos médicos e documentação. Também, ao nível da importância da qualidade da experiência adquirida no desenvolvimento dos níveis de competência, Bender (2025) e Fassarella et al. (2024) remetem-nos para teoria de Patricia Benner. Embora o tempo de experiência profissional seja um fator orientador desse desenvolvimento, é a prática clínica e o conhecimento baseado na experiência que conduzem ao nível de perito, geralmente alcançado após cerca de cinco anos de atuação como enfermeiro, caracterizado por uma prestação de cuidados fluida, intuitiva e altamente especializada.

Diante dos dados da amostra, considerando os valores médios dos tempos de experiência profissional e em CP, seria expectável observar níveis mais elevados de autoperceção de competências nas dimensões de *Respeito* e *Competência social*. No entanto, estudos europeus, já referidos, sugerem a necessidade de formação regular e periódica para promover essas competências, nomeadamente as sociais. (Chrzan-Rodak, 2022).

A formação específica em CP mostrou-se determinante na dimensão *Comunicação Informativa*, sobretudo nos grupos detentores de formação de níveis intermédio e avançado, em relação ao grupo sem formação. Os enfermeiros detentores de formação específica em CP sentem-se mais competentes a obter e fornecer informações na relação com a pessoa em situação paliativa e família/cuidador, não sendo evidentes diferenças entre os restantes níveis de formação.

Vários estudos europeus apontam a comunicação como competência *core* para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade em CP (Garralda et al., 2025, Hökkä et al., 2020; Hökkä et al., 2024) sendo considerada como um dos seus pilares (CNCP, 2021).

A formação avançada desenvolvida pelos enfermeiros nesta área após a licenciatura apresenta-se como um fator contribuinte para a perceção desta competência. Os resultados evidenciam o impacto positivo da formação especializada na qualidade da comunicação com as pessoas em situação paliativa. Dado não se verificarem diferenças nas dimensões estudadas e os níveis de formação específica (básico, intermédio e avançado) parece justificar-se uma reflexão sobre o investimento no ensino da enfermagem em CP, adequação/melhoria dos currículos das formações pós-graduadas, intermédias e avançadas, que poderá contribuir para uma melhor integração dos CP nos sistemas de saúde (Hökkä et al., 2024) e uma melhoria das competências comunicacionais após formação ajustada na área. Neto et al. (2025) sugerem a educação e treino dos profissionais de saúde em habilidades de comunicação sobre doenças graves, com vista a facilitar momentos de discussão sobre o prognóstico e cuidados no fim da vida.

A tipologia de cuidados foi também uma variável que se relacionou com duas dimensões da HP-CSS. Os enfermeiros das EIHS CP demonstraram níveis mais elevados de competência na *Comunicação Informativa*, enquanto os das ECSCP se destacaram na dimensão *Empatia*. O ambiente de cuidados, hospitalar ou comunitário, pode, assim, condicionar o tipo e o contexto das interações entre enfermeiros e as pessoas em situação paliativa e família/cuidador.

Os enfermeiros das ECSCP mostraram maiores níveis de competências autopercebidas na dimensão *Empatia*, dado vai ao encontro do estudo de Leclerc-Loiselle et al. (2024), no qual é referido que o papel dos enfermeiros na prestação institucional de CP no domicílio é central, sendo as atividades desenvolvidas divididas entre: fornecimento de educação e informação sobre saúde, morrer e morte, fornecimento de apoio social e incentivo à reorientação interpessoal. O desenvolvimento da empatia promoverá o desenvolvimento assertivo deste tipo de atividades. No mesmo estudo, transparece a importância que os enfermeiros atribuem à construção de um relacionamento com a pessoa doente e família/cuidador, bem como à compreensão do contexto de vida. O cuidar de enfermagem contextualiza-se com os valores, desejos e objetivos de cuidado da pessoa doente e família/cuidador tornando-se uma responsabilidade moral a coerência entre estes aspetos. A prática de enfermagem paliativa no domicílio da pessoa em situação paliativa requer habilidades especializadas de comunicação terapêutica, capacidade de gestão de sintomas, avaliação de sobrecarga e sofrimento do cuidador, avaliação de necessidades e comunicação delas à equipa multidisciplinar, assim como bons conhecimentos ético-legais e dos apoios sociais e financeiros para suporte dos atores envolvidos no processo terapêutico e que promovam a equidade e segurança dos cuidados. Os enfermeiros que prestam CP no domicílio estão envolvidos no apoio psicossocial, espiritual e cultural, conhecendo, integrando e influenciando a dinâmica familiar e a tomada de decisões (Murali et al., 2024). Tal realidade proporcionará o aprofundamento comunicacional nesta dimensão.

Os vários níveis de formação específica em comunicação não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das quatro dimensões analisadas. Contudo, a perceção da necessidade de formação em comunicação é comum a várias profissões de saúde. Santos (2022) revelou que a maioria dos médicos dos CSP considera a sua formação em comunicação insuficiente, enquanto Coelho (2020) indica que os médicos oncologistas, apesar de se percecionarem com boas competências comunicacionais, sentem ainda necessidades de formação em comunicação e muitos deles desenvolvem formação na área por sua iniciativa, responsabilidade e custo já que consideram insuficiente a que detêm a nível académico e profissional. Também Borghi et al. (2021) ao realizarem a avaliação de um programa de treino em habilidades relacionais e de comunicação sugerem esta prática como

promotora de melhores resultados em competências autopercebidas por parte dos profissionais de saúde. Em contexto português, Neto et al. (2025), sugerem a educação e treino dos profissionais de saúde em habilidades de comunicação e conversas sobre doenças graves para facilitar discussões sobre prognóstico e cuidados no fim da vida como ações preventivas da “paralisia prognóstica” e promotoras da qualidade vida da pessoa em situação paliativa. O resultado encontrado pode indicar que a formação em comunicação, por si só, não é suficiente para alterar a autoperceção das competências, sendo possivelmente necessário que esta formação seja integrada com a prática clínica e com o contexto dos cuidados paliativos.

De acordo com a metodologia desenvolvida, esta permitiu avaliar as competências comunicacionais autopercebidas num dado momento, contudo, não permitiu estabelecer relações de causalidade entre as variáveis ao longo do tempo. O tipo de amostragem selecionado, com processo de recrutamento *online*, pode ter resultado numa amostra composta por enfermeiros com maior interesse e mais permeáveis à temática da comunicação, o que limita a generalização dos resultados.

Adicionalmente, a dimensão da amostra (62 participantes) é relativamente reduzida, o que exige prudência na interpretação dos resultados e na sua generalização para a população de enfermeiros que prestam CP em equipas especializadas portuguesas.

O uso de um instrumento de autorrelato (HP-CSS) também introduz um potencial viés de desejabilidade social, onde os participantes podem sobrevalorizar as suas competências ou responder tendo em conta o que é socialmente aceitável.

CONCLUSÃO

Este estudo poderá oferecer um contributo para a compreensão das competências comunicacionais autopercebidas pelos enfermeiros que prestam CP em Portugal. Os resultados demonstram que estes profissionais se autopercebem com elevadas competências, particularmente nas dimensões *Respeito, Empatia e Comunicação Informativa*.

As dificuldades encontradas na dimensão *Competência Social* podem indicar alguma dificuldade na comunicação em situações de confronto ou de necessidade de autoafirmação diante da pessoa em situação paliativa e/ou família, juntamente com a perceção de lacunas formativas e a necessidade de investimento contínuo em comunicação clínica são aspetos a considerar para a formação dos profissionais.

No que se refere às implicações para a prática clínica, considera-se que os enfermeiros com competências comunicacionais mais desenvolvidas, podem promover maior adesão das

peessoas em situação paliativa e suas famílias aos planos terapêuticos, minimizar o sofrimento e os medos dos envolvidos e aumentar a sua satisfação com os cuidados. Desta forma, a identificação de fatores como a idade, habilitações académicas, experiência profissional e formação específica são variáveis influenciadoras das competências comunicacionais, fornecendo orientações importantes para a constituição e gestão das equipas especializadas.

No âmbito da formação, salienta-se a necessidade de planificar programas de mentoria e formação direcionados, que capitalizem a experiência dos profissionais séniores e mais qualificados, e apoiem o desenvolvimento dos mais jovens e menos experientes.

Para futuras investigações, sugere-se a realização de estudos longitudinais que avaliem o impacto de intervenções formativas específicas ao longo do tempo, aferindo os fatores de melhoria nas competências comunicacionais, em diferentes fases da formação profissional. Seria igualmente pertinente complementar a perspetiva dos enfermeiros com a de outros profissionais de saúde (médicos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas) e, fundamentalmente, com a perspetiva das próprias pessoas em situação paliativa e respetivas famílias/cuidadores, uma vez que a sua satisfação e perceção da comunicação são indicadores de qualidade fundamentais. A validação transcultural da HP-CSS em diferentes países, como sugerido em Leal-Costa et al., (2019) e Sharif Nia et al., (2022), seria também benéfica para permitir comparações mais abrangentes.

Por fim, estudos correlacionais entre as competências de comunicação e os tipos de formação frequentados pelos profissionais poderiam identificar as abordagens formativas mais eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almarwani, A.M., Alzahrani, N.S. (2023). Factors affecting the development of clinical nurses' competency: A systematic review. *Nurse Education in Practice*. vol.73, 103826. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103826>
- Bhadelia, A., Oldfield, L. E., Cruz, J. L., Singh, R., & Finkelstein, E. A. (2021). *Identifying core domains to assess the 'quality of death': A scoping review*. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.11.015>
- Borghini, L., Meyer, E. C., Vegni, E., Oteri, R., Almagioni, P., & Lamiani, G. (2021). Twelve years of the Italian Program to Enhance Relational and Communication Skills (PERCS). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 439. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020439>
- Bos-van den Hoek, D. W., Visser, L. N. C., Browne, R. F., Smets, E. M. A., & Henselmans, I. (2019). Communication skills training for healthcare professionals in oncology over the past decade: a systematic review of reviews. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 13, 33–45. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000409>
- Chrzan-Rodak, M., Slusarska, B., Niedorys-Karczmarczyk, B., Nowicki, G., (2022). Level of social competencies of nurses in primary health care and their selected work-related determinants—A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 30, 3273–3285. <https://doi.org/10.1111/jonm.13762>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022*.
- Coelho, M. A. B. (2020). *Comunicação médico-doente: Contributos para a validação da Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde e fatores associados às competências de comunicação dos oncologistas portugueses* [Dissertação de Mestrado Integrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10316/94530>
- Driscoll, A.M., Suresh, R., Popa, G., Berglund, L., Azer, A., Hed, H., Duan, Y., Chu, A. & McGrath, A., (2024). Do educational interventions reduce the gender gap in communication skills? - a systematic review. *BMC Medical Education*, 24, 827. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05773-9>
- Fassarella, C. S., Ferreira, R. A., Bueno, A. A. B., Romero, L. B., Ribeiro, O. M. P. L., Cardoso, R. B., Camerini, F. G., & Henrique, D. M. (2024). Reflexão sobre cultura de segurança e a teoria de iniciado a perito no ambiente cirúrgico. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 28, e-1554. <https://doi.org/10.5935/2316-9389.2024.46436>

- Garralda, E., Tripodoro, V. A., Ling, J., Brennan, J., Montero, Á., Bastos, F., Monzón, L., Suárez, D., Pons, J. J., & Centeno, C. (2025). *EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025*. Pamplona: EUNSA.
- Hökkä, M., Martins Pereira, S., Hernández-Marrero, P., Saarto, T., & Lehto, J. (2020). Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review. *Palliative Medicine*, *34*(7), 857–872. <https://doi.org/10.1177/0269216320956817>
- Hökkä, M., Melender, H. L., Lehto, J. T., & Kaakinen, P. (2021). Palliative Nursing Competencies Required for Different Levels of Palliative Care Provision: A Qualitative Analysis of Health Care Professionals' Perspectives. *Journal of Palliative Medicine*, *24*(10), 1515–1524. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0632>
- Hökkä, M., Coupez, V., Vereecke, D., Mathe, T., Spanu, D. E., & Mitrea, N., (2024). Core palliative care competencies for undergraduate nursing education: International multisite research. *Journal of Palliative Care*, *39*(3), 219–226. <https://doi.org/10.1177/08258597241244605>
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., & van-der Hofstadt-Román, C. J. (2015). Psychometric properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS). *International Journal of Clinical and Health Psychology*. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.04.001>
- Leal-Costa, C., Gonzalez, S.T., Ramos-Morcillo, A. J., & Díaz Agea, J. L. (2019). Validación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en profesionales de Enfermería. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, *42*(3), 291–301. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0745>
- Leclerc-Loiselle, J., Gendron, S., & Daneault, S. (2024). Nursing activities for health promotion in palliative home care: an integrative review. *Palliative Care & Social Practice*, *18*, 1–18. <https://doi.org/10.1177/26323524241235191>
- Leonardsen, A.-C.L. (2023). The Impact of Clinical Experience in Advanced Practice Nursing Education—A Cross-Sectional Study of Norwegian Advanced Practice Nurses' Perspectives. *Nurs. Rep.*, *13*, 1304–1317. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030110>
- Martins Pereira, S., Hernández-Marrero, P., Pasman, H. R., Capelas, M. L., Larkin, P., & Francke, A. L. (2021). Nursing education on palliative care across Europe: Results and recommendations from the EAPC Taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on an online-survey and country reports. *Palliative Medicine*, *35*(1), 130–141. <https://doi.org/10.1177/0269216320956817>
- Murali, K. P., Ma, C., Harrison, K. L., Hunt, L. J., Rosa, W. E., & Boyden, J. Y. (2024). Palliative Nursing in Home Health Care Across the Lifespan: Key elements and challenges of delivering primary palliative care. *Am J Nurs.*, *124*(12), 53–59. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0001095240.11717.87>

- Neto, I. G., Sarmiento, T., & Bruera, E. (2025). Breaking free from prognostic paralysis in chronic advanced diseases. *Palliative & Supportive Care*, 23, e124, 1–3. <https://doi.org/10.1017/S1478951525100254>
- Råberus, A., Holmström, I.K., Galvin, K. & Sundler, A.J., The nature of patient complaints: a resource for healthcare improvements, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 31, Issue 7, August 2019, Pages 556–562, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy215>
- Raldow, A. C., Patel, K., Daugherty, L. B., Penson, D. F., & Yu, J. B. (2021). Patient complaints among radiation, medical, and surgical oncologists. *Cancer*, 127(13), 2320–2327. <https://doi.org/10.1002/cncr.33513>
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 135, pp. 19359–19368. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.
- Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 151, pp. 21427–21430. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>.
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 26, pp. 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Sandsdalen, T., Grøndahl, V. A., & Wilde-Larsson, B. (2020). Development of a Short Form of the Questionnaire Quality from the Patient’s Perspective for Palliative Care (QPP-PC). *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 495–506. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S40676>.
- Santos, V. A. H. A. (2022). *As competências de comunicação dos profissionais de saúde em Portugal com o doente de cuidados paliativos e a sua família: fatores de influência percebidos e propostas de melhoria* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório Comum. <https://hdl.handle.net/10316/104392>
- Sharif Nia, H., Salimi, S. S., Charati, F. G., Azimi-Lolaty, H., & Shafipour, V. (2022). Validation of the Persian Version of Health Professionals Communication Skills Scale. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(1), 47–53. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_205_19
- Skär, L., & Söderberg, S. (2018). Patients’ complaints regarding healthcare encounters and communication. *Nursing Open*, 5(2), 224–232. <https://doi.org/10.1002/nop2.132>
- Soares, S., Pinho, C., Bastos, E., & Ferreira, L. (2023). Contributos das intervenções dos enfermeiros na comunicação em cuidados paliativos: scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 7(1), 1–15. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i1.303>

- Soares, S. (2024). *Desafios em cuidados paliativos – estórias, minhas, dos outros, nossas* (1.^a ed.). Booksfactory Editores.
- Song, Y., Lafond, C. M., Vincent, C., Kim, M. J., Park, C. G., & McCreary, L. L. (2024). Critical soft skill competencies that clinical nurse educators consider important to evaluate in nurses. *Nursing Open*, 11, e70047. <https://doi.org/10.1002/nop2.70047>
- Suikkala, A., Salin, S., Rahko, E. K., & Hökkä, M. (2023). The three main competencies of every healthcare professional within palliative care – a descriptive study. *Cent Eur J Nurs Midw*, 14(2), 877–886. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2023.14.0002>

CONCLUSÃO

No culminar deste percurso formativo, torna-se importante refletir acerca da sua influência no meu desenvolvimento pessoal e profissional, os contributos retirados, as dificuldades e as expectativas futuras.

No meu percurso profissional, a ânsia pessoal de saber mais para melhor cuidar a pessoa em situação paliativa e família é recente, surgiu de uma forma casual, mas parece enquadrar e justificar todo o caminho percorrido até aqui. Ao longo dos muitos anos de prática de enfermagem, nos vários contextos de prática experienciados, sempre senti que a complexidade dos cuidados prestados estava para além do observado, do mensurado ou protocolado. Cada cuidado, cada intervenção, cada consulta ou ato de enfermagem se revestia de uma oportunidade de relação, de partilha, de “fazer diferença” na vida de quem era cuidado e de quem cuidava. A interação entre indivíduos singulares (cuidado e cuidador), em que cada um traz de si para o momento do cuidado sempre me inquietou, me interessou e levou a fazer formação sobre o comportamento humano, as suas características, raízes, oportunidades e expectativas.

Assim, analisando a experiência vividas em contexto clínico sinto que o desafio foi coerente com os ganhos. A experiência de humildade profissional e pessoal que o desafio de voltar a realizar um estágio com estas características, em equipas tão especializadas, foi verdadeiramente significativo. "Foi necessário despir-me do meu 'eu profissional' anterior para abraçar o papel de verdadeira aprendiz — um desafio que, embora exigente, se revelou profundamente inspirador e propício à autorreflexão e ao crescimento. Sinto que manifestei grande disponibilidade para o desenvolvimento destas competências, tendo recebido em troca dádivas de conhecimento e experiência que excederam as expectativas iniciais. Para este resultado contou o contributo de todos aqueles que se cruzaram comigo: pessoas em situação paliativa, famílias, colegas enfermeiros e não enfermeiros, enfermeiros orientadores e professora orientadora, a todos manifesto o meu agradecimento.

A elaboração deste relatório também marca o final de um percurso formativo de cerca de 2 anos que se mostrou desafiador e exigente, “familiar” e dotado de novidade. A frequência das várias UC do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EMC-EPSP) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), permitiu a aquisição/aprofundamento de competências técnicas e científicas, assim como (espero) o desenvolvimento/crescimento em competências pessoais, que possibilitam a obtenção de certificação de competências comuns de EE e específicas de EEMC-EPSP.

A opção pelo tema da componente investigativa desta UC: competências comunicacionais dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação paliativa e família permitiu o desenvolvimento de competências a nível de um dos pilares dos CP (PDECP, 2021-2022) e respondeu, mais uma vez, à minha procura incessante de saber mais sobre a forma como a relação “ser cuidado/ ser cuidador” se caracteriza, se modela, se concretiza, agora numa fase de vida em que poderão não existir segundos encontros ou novas oportunidades de comunicação.

A comunicação é uma competência central em CP, o seu aperfeiçoamento é crucial para os enfermeiros que prestam cuidados nesta área. O enfermeiro que presta CP deve deter um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades que o tornem competente nesta área de cuidados, nomeadamente no âmbito das competências comunicacionais com a pessoa doente, família e equipa multiprofissional (Hokka et al, 2020). De acordo com Suikkala et al., (2023), entre os profissionais da área, espera-se que a comunicação seja uma das três competências mais desenvolvidas pelos enfermeiros que prestam CP.

Ao logo deste percurso, as dificuldades também foram parte integrante, a gestão do tempo terá sido a mais notória. Para além dos vários papéis familiares, sociais que cada um de nós assume no seu contexto individual, acrescenta-se ainda o tempo profissional já de si exigente e uma formação académica com grande carga horária. A carga emocional que deriva da partilha de experiências de finitude também teve o seu lugar, contudo mais fácil de gerir através do desenvolvimento de estratégias de autoconhecimento e autocuidado.

Futuramente, como EEMC-EPSP espero poder colocar em prática os ensinamentos que levo, partilhar o conhecimento que adquiri com colegas e outros profissionais e cuidar, cada vez, melhor de quem me for destinado, partilhando com a pessoa em situação paliativa, com a sua família e seus conviventes o que sei e o que sou, acredito que a essência meu cuidar seja esta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, P. V., Oliveira, C. S., & Basto, M. L. (2021). Alimentação em fim de vida: qual o caminho? *ON*, 43, 16–25. <https://doi.org/10.31877/on.2021.43.02>.
- Assembleia da República. (2012, 16 de julho). Lei n.º 25/2012 de 16 de julho. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 136, 3729. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/25-2012-179517>.
- Assembleia da República. (2012, 5 de setembro). Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 172, 5120–5122. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>.
- Assembleia da República. (2014, 21 de março). Lei n.º 15/2014 de 21 de março. *Diário da República*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>.
- Assembleia da República. (2018, 14 de agosto). Lei n.º 49/2018 de 14 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 156, 4076–4086. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/49-2018-116043536>.
- Assembleia da República. (2019, 4 de setembro). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. *Diário da República*, 1ª série, N.º 169/2019, 55-66. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>.
- Barata, A. S. G. P. N. (2016). Prevalência de Sintomas nas Doenças Avançadas nos Cuidados de Saúde Primários [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina].
- Bovero, A.; Spada, M.F.; Cito, A.L.; Pidincheda, A.V.; Tosi, C.; Carletto, S. Self-Care in Palliative Healthcare Professionals: A Qualitative Study. *Nurs. Rep.* 2025, 15, 139. <https://doi.org/10.3390/nursrep15050139>.
- Brito, S., Bertão, M., & Freire, E. (2022). Cuidados Paliativos no Domicílio: Vias Alternativas para a Administração de Fármacos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 29, 3. <https://doi.org/10.24950/rspmi.432>.
- Capelas, M. L., Neto, I. G., & Coelho, P. (2016). Organização de Serviços de Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. Reis Pina, F. Tavares, & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3.ª ed.). FMUL.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2018). Relatório de Implementação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2017-2018.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. ACSS, I.P..
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Continental para o biénio 2023-2024.

- Conselho Pedagógico. (2024). Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Corga, D. S. L. (2024). A Fé e a Esperança em Cuidados Paliativos [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa].
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República: 1.ª Série-A, N.º 205, pp. 2959-2962.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos (Norma n.º 003/2019).
- Frankl, V. E. (2012). O Homem em Busca de um Sentido (M. P. Lima, Trad.). Lua de Papel. (Obra original publicada em 1946).
- Frankl, V.E. (2019). Dizer sim á vida apesar de tudo (Á. Gonçalves, Trad.). Pergaminho. (Obra original publicada em 1946).
- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013). Competências Centrais em Cuidados Paliativos: Um Guia Orientador da EAPC sobre Educação em cuidados paliativos – parte 1. *European Journal of Palliative Care*, 20(2), 86-91.
- Girão, A. (2022). A importância da implementação da conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos: revisão sistemática. *Egitania Scientia*, número especial: Congresso Internacional Age. Comm, 143–164.
- Gomes, B., Pinheiro, M. J., Lopes, S., de Brito, M., Sarmiento, V. P., Ferreira, P. L., & Barros, H. (2018). Risk factors for hospital death in conditions needing palliative care: Nationwide population-based death certificate study. *Palliative Medicine*, 32(4), 891–901. <https://doi.org/10.1177/0269216317743961>.
- Hökkä, M., Melender, H.-L., Lehto, J. T., & Kaakinen, P. (2021). Palliative Nursing Competencies Required for Different Levels of Palliative Care Provision: A Qualitative Analysis of Health Care Professionals' Perspectives. *Journal of Palliative Medicine*, 24(10), 1515–1524. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0632>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2025a). Indicador 0013036. INE – Indicadores estatísticos. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0013036&contexto=bd&selTab=tab2 (consultado em 11 de julho de 2025).
- Instituto Nacional de Estatística. (2025b). População (N.º) por localização geográfica à data dos censos (Série 1900; 1940–2021), sexo e religião; decenal. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0014361&contexto=bd&selTab=tab2 (consultado em 11 de julho de 2025).
- Julião, M., Courelas, C., Costa, M. J., Correia Santos, N., Fareleira, F., Antunes, B., Magalhães, S., Faria de Sousa, P., & Chochinov, H. M. (2018). The Portuguese versions of the This Is ME Questionnaire and the Patient Dignity Question: tools for

- understanding and supporting personhood in clinical care. *Annals of Palliative Medicine*, 7(Supl. 3), S187–S195. <https://doi.org/10.21037/apm.2018.04.04>.
- Kim, M. (2020). Review Article. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 23(2), 39–43. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2020.23.2.39>.
- Kuosmanen, L., Leino-Kilpi, H., Rajala, S., & Myllykangas, S. (2021). Patient participation in shared decision-making in palliative care: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23-24), 3629–3641. <https://doi.org/10.1111/jocn.15866>.
- Leal-Costa, C., Fernández-Martínez, M., Hernández-Ramírez, M. L., Martínez-Campos, B., Sanclemente-Pedrayes, M. C., Ramos-Morcillo, A. J., & Díaz Agea, J. L. (2019). Validación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en profesionales de Enfermería. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 42(3), 291–301.
- Lopes, S., Bruno de Sousa, A., Delalibera, M., Namukwaya, E., Cohen, J., & Gomes, B. (2024). The rise of home death in the COVID-19 pandemic: a population-based study of death certificate data for adults from 32 countries, 2012–2021. *eClinicalMedicine*, 68, 102399. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102399>.
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S. F., & Sequeira, M. S. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557–578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>.
- Macchi, M., De Leo, D., & Krikorian, A. (2020). Desafíos y paradojas de la planificación del cuidado de fin de vida en pacientes con cáncer avanzado: la perspectiva de profesionales en Argentina y Uruguay. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, (35), 218–236. <https://www.sexualidadsaludysociedad.org>.
- McCauley, R., Ryan, K., McQuillan, R., & Foley, G. (2023). Mutual support between patients and family caregivers in palliative care: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 37(10), 1520–1528. <https://doi.org/10.1177/02692163231205130>.
- Mendonça, J. T. de. (2015). Que coisa são as nuvens [coleção de crônicas]. *Expresso/Revista E*.
- Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra. (2010, 1 de Junho). Despacho n.º 9871/2010. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 112, 11 de Junho de 2010.
- Moura, D. H. J. P., das Chagas, D. B., Nunes, T. B., & da Silva, F. M. D. (2024). Reflexões da interdisciplinaridade na educação em saúde: um estudo teórico. *Cadernos Pedagógicos*, 21(6), 93. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n6-093>.
- Murali, K. P., Rosa, W. E., & Boyden, J. Y. (2024). Primary palliative nursing in home health care. *American Journal of Nursing*, 124(12), 53–59. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0001095240.11717.87>.

- Organização Nações Unidas. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Diário da República. Consultado em 25 de julho de 2025, de <https://www.diariodarepublica.pt/dr/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos>.
- Neto, J., Dias, A. M., Albuquerque, C., & Santos, D. (2023). Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais: O que nos dizem as evidências. *Servir*, 2(edição especial n.º 1). <https://doi.org/10.48492/servir021e>.
- Notarnicola, I., Dervishi, A., Duka, B., Grosha, E., Gioiello, G., Carrodano, S., Rocco, G., & Stievano, A. (2025). A Systematic Review of Nursing Competencies: Addressing the Challenges of Evolving Healthcare Systems and Demographic Changes. *Nurs. Rep.*, 15, 56. <https://doi.org/10.3390/nursrep15020056>.
- Observatório Português de Cuidados Paliativos. (2020). IDC-Pal: Diretório de Escalas.
- Observatório Português de Cuidados Paliativos. (2023). Relatório de Outono 2023: Cobertura e Caracterização das Equipas e Profissionais das Equipas de Cuidados Paliativos.
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho Jurisdicional. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018, 16 de julho). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, 2.ª série, N.º 135.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018, 7 de agosto). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Diário da República, 2.ª série, n.º 151, págs. 21427–21430).
- Ordem dos Enfermeiros. (2019, 6 de fevereiro). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, N.º 26, 4744–4750.
- Ospina, L. M. P., Meza, F. S. I., & Garcia, A. M. A. (2022). ¿Podemos ver el mundo igual? interdisciplinarietà en el cuidado paliativo. *Revista Cuidarte*, 13(1), <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2568>.
- Paiva, B. S. R., Mingardi, M., de Almeida, L. F., de Camargos, M. G., Valentino, T. C. O., Julião, M., & Paiva, C. E. (2024). Go Wish card game—exploring end-of-life wishes of patients in oncology palliative care: a qualitative study. *Annals of Palliative Medicine*, 13(1), 31–41. <https://doi.org/10.21037/apm-23-381>.
- Parola, V., Coelho, A., Fernandes, O., & Apóstolo, J. (2020). Teoria de Travelbee: Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa - adequação à enfermagem em contexto de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e20010. <https://doi.org/10.12707/RV20010>.

- Pessoa, F. (2020). Poemas de Alberto Caeiro (I. Castro, Ed.). Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- Pinto, S., Lopes, S., Bruno de Sousa, A., Delalibera, M., & Gomes, B. (2024). Patient and Family Preferences About Place of End-of-Life Care and Death: An Umbrella Review. *Journal of Pain and Symptom Management*.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.01.014>.
- Portugal. (1996, 4 de setembro). Decreto-Lei n.º 161/96: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série-A, N.º 205, 2959–2962.
- Rodrigues, C. M. da N. C., Amaral, A. F. S., & Tavares, J. P. de A. (2023). A pessoa dependente, o cuidador familiar e os recursos utilizados: Estudo com famílias clássicas. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22071.
<https://doi.org/10.12707/RVI22071>.
- Querido, A.; Salazar, H.; Neto, I.G (2016). Comunicação. In A. Barbosa, *Manual de Cuidados Paliativos (3ª edição)* (pp. 815-829).
- Rosendal, K. A., Lehn, S., & Overgaard, D. (2022). Body care of older people in different institutionalized settings: A systematic mapping review of international nursing research from a Scandinavian perspective. *Nursing Inquiry*, 30, e12503.
<https://doi.org/10.1111/nin.12503>.
- Sandsdalen, T., Grøndahl, V. A., & Wilde-Larsson, B. (2020). Development of a Short Form of the Questionnaire Quality from the Patient's Perspective for Palliative Care (QPP-PC). *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 903–915.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S220656>.
- Santos, D., Cardoso, D., Cardoso, A. F., Duque, F. M., Fernandes, B., Sousa, R. C., & Amaral, A. F. (2024). A percepção de líderes formais de enfermagem sobre a prática baseada na evidência. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), e32426.
<https://doi.org/10.12707/RVI23.90.32426>.
- Sharif Nia, H., Salimi, S.-S., Ghasemi Charati, F., Azimi-Lolaty, H., & Shafipour, V. (2022). Validation of the Persian Version of Health Professionals Communication Skills Scale. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(1), 47–53.
https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_205_19.
- Silva, A. D. e, & Nascimento, S. S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13), 1–19. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>.
- Silveira, L. (2021, 6 de novembro). Juventude: «Sonhem alto» e sejam uma geração «protagonista e criadora», disse D. José Tolentino Mendonça. Agência Ecclesia.
<https://agencia.ecclesia.pt/portal/igreja-sociedade-d-jose-tolentino-mendonca-pede-a-jovens-que-sonhem-alto-e-sejam-protagonistas-e-criadores/>.

- Simões, F. L., Sousa, I. E. de, & Carvalho, A. F. de. (2021). Não iniciação ou suspensão de alimentação e hidratação artificiais – uma reflexão bioética baseada num caso clínico. *Cadernos De Saúde*, 13(2), 43–47.
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021>.
- Soares, S. (2024). *Desafios em cuidados paliativos – histórias, minhas, dos outros, nossas* (1.ª ed.). Booksfactory Editores.
- Soldado Alice Costa (intérprete) & 2.º Sargento Filipe Pereira (piano). (2021). *Foi Deus* [Gravação ao vivo]. Orquestra Ligeira do Exército.
<https://www.facebook.com/watch/?v=478791166637447>.
- SPMS. (2025, janeiro 14). Mais de 9 mil pessoas registaram o testamento vital em 2024.
<https://www.spms.min-saude.pt/2025/01/mais-de-9-mil-pessoas-registaram-o-testamento-vital-em-2024/>.
- Tavares, T., Santos, D. A., Cardoso, P. G., Ribeiro, A. A., & Sousa, R. M. P. (2022). Determinantes da transição para cuidados paliativos: Uma abordagem fenomenológica. *ON*, 45, 6–10.
- Yamamoto, Y., Okuda, R., & Fukada, M. (2021). Factors Affecting Clinical Nursing Competency: A Cross Sectional Study. *Yonago Acta Medica*, 64(1), 46–56.
<https://doi.org/10.33160/yam.2021.02.008>.

ANEXOS

ANEXO 1 – Certificado de Participação: *II Jornadas Internacionais da APAPEnf+ - Da Teoria de Iniciado a Perito à Criação de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos*



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que Célia Catarina Querido Oliveira participou nas *II Jornadas Internacionais da APAPEnf+ - Da Teoria de Iniciado a Perito à Criação de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos*, que se realizou no Auditório Carlos Borrego, do Departamento de Ambiente e Ordenamento, da Universidade de Aveiro, no dia 12 de dezembro de 2024, com a duração de 9 horas.

Senhora da Hora, 27 de dezembro de 2024

O Presidente da Comissão Organizadora das
II Jornadas Internacionais da APAPEnf+

(João Ventura)



ANEXO 2 – Declaração de Participação: Sessão de Formação Interna- “Respostas Sociais”



EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS BAIXO MONDEGO

Declaração

Para os devidos efeitos se declara que a Enfermeira Célia Catarina Querido Oliveira participou como formanda na atividade de Formação em Serviço “Respostas Sociais”, ministrada pela Assistente Social Dra Teresa Albuquerque, no dia 17 de junho de 2024.

Por ser verdade e ter sido pedida, passa-se a presente declaração que se data, assina e autentica com o carimbo da Equipa.

Cantanhede, 26 de julho de 2025

O Enfermeiro Gestor

(Vitor Manuel Rodrigues Buz Costa)
Equipa Comunitária de Suporte
em Cuidados Paliativos do
ACeS do Baixo Mondego
ARS Centro, L.P.

ANEXO 3 – Certificados de participação nos: II Congresso de Cuidados Paliativos da Região Centro e I Congresso Internacional da APCPRC - “*Novas Perspectivas, Novas Realidades*” e Workshop “*MELODIA DO CONFORTO: Uma experiência imersiva através da musicoterapia*”



COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)**

Parecer n.ºP1099 11 2024

Título do Projeto: "Avaliação das competências comunicacionais dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação paliativa e família"

Identificação das Proponentes:

Nome(s): Célia Catarina Querido Oliveira

Filiação Institucional: Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E.;

Investigador Responsável: Célia Catarina Querido Oliveira

Orientador: Sara Margarida Rodrigues Gomes

Relator: Rui Santos cruz

Parecer

Exmo.(s) Senhor(es) Investigador(es),

A Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra analisou a submissão do seu projeto com o intuito de obter a avaliação ética do projeto supramencionado. Foram analisados os documentos remetidos.

Nenhum dos investigadores deste estudo participou da tomada de decisão e do procedimento de votação para esta avaliação.

Com base na análise dos documentos, a Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra emite um parecer ético favorável sobre o pedido apresentado.

A Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra espera ser informada sobre o progresso do estudo, qualquer revisão no protocolo e na informação/consentimento informado dos participantes, e solicita que lhe seja fornecida uma cópia do relatório final.

O relator:

Data: 22/01/2025

A Presidente da Comissão de Ética:

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Plano de Sessão Formação Externa: “Apresentação do trabalho da ECSCP”
e Declaração de Participação

Tema: Cuidados Paliativos- apresentação da ECSCP

Título: “Trabalho do trabalho da ECSCP”

Objetivo geral: Sensibilizar para a natureza e necessidade dos Cuidados Paliativos

Objetivo Específico: Dar a conhecer o trabalho desenvolvido pela ECSCP no concelho de Montemor-o-Velho

Conteúdos:

1. Cuidados Paliativos:
 1. Direito humano consagrado na legislação;
 2. Filosofia e Modelos de CP;
 3. Destinatários de CP.
2. Rede Nacional de Cuidados Palaitivos (RNCP);
3. Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP):
 1. Composição e área de influência;
 2. Protocolos de colaboração;
 3. Objetivos;
 4. Referenciação;
 5. Movimento assistencial 2022-2024
4. Conclusão.

Metodologia: Expositiva

Público-Alvo: Funcionários e colaboradores da Câmara Municipal de Montemor-o-Velho, dos estabelecimentos de ensino e dos Estabelecimentos Residenciais para Idosos do concelho.

Duração: 1h

Local: Sala da Biblioteca Municipal Montemor-o-Velho

Horário: 14h30

Material: PC + Projetor

Preletoras: Enf^a Célia Querido (Mestranda do MEMC- AEPSP - ESEnfC), Dr.^a Raquel Ferreira (médica da ECSCP)

Dinamizador: Serviço de Ação Social e Saúde da CMMV



**EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS
PALIATIVOS BAIXO MONDEGO**

Declaração

Para os devidos efeitos se declara que a Enfermeira Célia Catarina Querido Oliveira participou como preletora na atividade de Formação Externa "Apresentação do trabalho da ECSCP", inserida numa ação de sensibilização para a Humanização dos Cuidados de Saúde promovida pelo Município de Montemor-o-Velho, no dia 18 de julho de 2024.

Por ser verdade e ter sido pedida, passa-se a presente declaração que se data, assina e autentica com o carimbo da Equipa.

Cantanhede, 26 de julho de 2025

O Enfermeiro Gestor

(Vítor Manuel Rodrigues Rua Costa)

**Equipa Comunitária de Suporte
em Cuidados Paliativos do
ACeS do Baixo Mondego
ARS Centro, I.P.**

APÊNDICE 2 – Plano de Formação Interna: Como (me) Comunico?

Título: Como (me) Comunico?

Assunto: Competências Comunicacionais no âmbito dos Cuidados Paliativos (Comunicação Intrapessoal)

Conteúdos:

5. A Comunicação - competência *core* em Cuidados Paliativos;
 1. Justificação do tema;
 2. Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde , o que são?
6. Níveis da Comunicação
 1. Intrapessoal, Interpessoal, Estrutural; Mass Media
 1. Intrapessoal
 1. Autoconhecimento (Quem sou?), Gestão de emoções (Como estou?)
 2. Implicações para a prática.
7. Conclusão

Metodologia: Expositiva/Ativa (Dinâmica: Calçar os sapatos do outro)

Público-Alvo: Equipa Multidisciplinar da UCP do Hospital Visconde de Salréu - Estarreja

Duração: 45 minutos

Local: Sala de Reuniões da UCP

Horário: 14h30

Material: PC + Projetor + Calçado + Bloco de Notas (Quem eu sou?/Como estou?)

Nota: Os interessados em participar poderão/deverão trazer um par de calçado que deve ser deixado na sala de formação antes do horário da Sessão.

Dinamizador: Célia Querido (Mestranda do MEMC- AEPSP - ESEnfC)

Alguns apontamentos da sessão:



Foto: Exemplo de Bloco de Notas distribuído



Foto: momento da sessão

APÊNDICE 3 – Folheto do luto

Norma 003/2019 de 23/04/2019,
DGS

REPÚBLICA PORTUGUESA 40 SNS DIREÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DGS DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE

AS NECESSIDADES DA PESSOA EM LUTO

O SOFRIMENTO DA PERDA PODE SER ALIVIADO COM O APOIO DE PESSOAS QUE SAIBAM COMPREENDER E PARTILHAR OS SENTIMENTOS DA PESSOA EM LUTO.

Para que a pessoa se sinta apoiada é importante que possa:

- Falar livremente dos seus sentimentos sem ser julgada pela forma como expressa a sua dor;
- Dispor de tempo e meios para cuidar de si e da sua própria saúde;
- Ter tempo para estar só e descansar ou para estar acompanhada e distrair-se, de acordo com a sua própria vontade.

“O luto é-nos pesado nos ombros, amigo, mas quem foge dele será a sua maior vítima”
José Luís Peixoto

ONDE PROCURAR AJUDA?


9 1 4 1 1 1 1 6 0
ecscp.bm@arscentro.min-saude.pt

...NUNCA É TARDE PARA PEDIR AJUDA!
NÃO NECESSITA DE RESOLVER TUDO SÓZINHO!

LUTO

COMPREENDER O PROCESSO DE LUTO E O MAL-ESTAR QUE PODE ESTAR ASSOCIADO VAI AJUDAR A CONHECER REAÇÕES QUE PROVAVELMENTE NUNCA EXPERIMENTOU E A LIDAR, MELHOR COM O SOFRIMENTO E A PERDA.

Norma de Apoio Luto

BPI Fundação "la Caixa"

A EXPERIÊNCIA DO LUTO

- O luto é uma resposta natural à perda de alguém próximo.
- Embora doloroso, o luto faz parte do processo de adaptação a uma nova realidade na ausência física da outra pessoa.
- Afeta a pessoa no seu todo, bem como a sua relação com os outros e com a vida em geral

O luto é único e pessoal

- Algumas pessoas reagem de forma mais intensa que outras;
- Em alguns casos, o período de luto é breve, mas noutros pode prolongar-se durante vários anos;
- Há pessoas que expressam o luto imediatamente após a morte, outras só mais tarde;
- Na família, cada pessoa poderá reagir de forma diferente, embora a dor seja comum a todos;
- As crianças também sentem a perda, mas manifestam-se de forma diferente em relação aos adultos.

Em alguns momentos especiais (datas de aniversário, festas de família) é natural que as recordações ou reações sejam mais intensas.

MANIFESTAÇÕES DO LUTO

As respostas a uma perda são a forma da mente e do corpo se adaptarem ao que ocorreu. Podem ter manifestações diversas:

- **Afetivas:**
Tristeza, saudade, ansiedade, desânimo, desinteresse, impaciência, irritabilidade, vazio.
- **Físicas:**
Aperto na garganta, pressão no peito, boca seca, fraqueza, tremores, fadiga, dores de cabeça e musculares.
- **Comportamentais:**
Choro, agitação, alteração do apetite, alteração do sono.
- **Cognitivas:**
Dificuldade de concentração e de memória, atordoamento, confusão e dificuldade em tomar decisões.
- **Sociais:**
Dificuldade em trabalhar, tendência ao isolamento social

O processo de luto faz-se normalmente por avanços e recuos.

Progressivamente, a maioria das pessoas encontra, com a ajuda de familiares e amigos, uma forma de lidar com os seus sentimentos de perda e gradualmente retomar a sua vida.

O QUE PODE FAZER PARA SE SENTIR MELHOR?

Quando se está em luto pode haver uma tendência para descuidar os cuidados pessoais e autoestima.

É IMPORTANTE QUE MANTENHA HÁBITOS DE SAÚDE COMO:

- Rotinas de sono e alimentação;
- Atenção aos sinais do corpo ao nível do cansaço;
- Estratégias face à ansiedade como por exemplo, respirar profunda e calmamente;
- Prática de exercício regular;
- procura de ajuda de amigos, ou de ajuda num grupo de apoio, ou junto de um profissional de saúde.

APÊNDICE 4 – Intervenção de autocuidado: Doces Abraços

Tema: Autocuidado profissional

Título: Doces Abraços

Objetivo Geral: Promover o autocuidado pessoal e profissional

Objetivos específicos:

- incentivar o “parar e sentir,
- fomentar o “aceitar o não controlado”,
- partilhar a experiência,
- refletir sobre a experiência vivida/sentida.

Conteúdos: Autorreflexão

- Autoconhecimento
- Gestão de emoções
- Sentido de Vida.

Metodologia: Ativa

- o vaso dos doces abraços encontra-se num local de encontro diário da equipa e de fácil acesso);
- sempre que o profissional sentir necessidade/desejo retira uma mensagem escondida num “bombom” de papel , lê e decide partilhá-la ou não com a equipa, refletindo sozinho ou em conjunto sobre ela;
- um dos enfermeiros da equipa fica responsável pela reposição dos “abraços”.

Material: Pote de vidro, frases/mensagens de Viktor Frankl, bolas de esferovite, papel decorativo, elásticos.

Público-Alvo: Equipa Multidisciplinar da UCP do Hospital Visconde de Salréu – Estarreja

Duração: Permanente

Local: Balcão de Registos da UCP

Dinamizadora: Célia Querido (Mestranda do MEMC- AEPSP - ESEnfC) com continuidade por enfermeiro responsável.



Foto: Pote de "Doces Abraços"

**AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS DOS ENFERMEIROS QUE PRESTAM
CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E FAMÍLIA**

1 – Questionário sociodemográfico e profissional

1) Idade: _____

2) Género:

M

F

Outro _____

3) Habilitações literárias:

Bacharelato

Licenciatura ____ Em que área? _____

Mestrado ____ Em que área? _____

Doutoramento ____ Em que área? _____

4) Categoria Profissional:

Enfermeiro

Enfermeiro Especialista, em que área? _____

5) Anos de experiência como enfermeiro : _____

6) Anos de Experiência em Cuidados Paliativos: _____

7) Tipo de equipa onde presta cuidados:

UCP

EIHSCP

ECSCP

8) Formação específica em Cuidados Paliativos?

Não

Nível Básico (18 a 45 horas)

- Nível Intermédio (>90 horas)
- Nível Avançado (>280 horas)

9) Formação específica em Comunicação?

- Não
- Sim, qual? _____

2 – Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS) (Leal-Costa et al., 2016 -
Versão Portuguesa: Coelho, 2020)

Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e registe a resposta que corresponde à sua opinião:

1) Respeito o direito dos doentes a expressarem-se livremente.

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

2) Exploro as emoções dos meus doentes

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

3) Respeito a autonomia e liberdade dos doentes

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

4) Quando o doente fala, mostro interesse através de gestos corporais (acenando a cabeça, contato visual, sorrisos...).

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

5) Dou informação aos doentes (sempre que a minha competência profissional o permite) sobre aquilo que os preocupa.

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

6) Ouço os doentes sem preconceito, independentemente da sua aparência física, maneirismos, forma de expressão,...

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

7) Expresso de forma clara as minhas opiniões e desejos aos doentes.

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

8) Quando dou informação, uso silêncios para que o doente assimile o que estou a dizer.

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

9) Quando dou informações aos doentes faço-o com termos compreensíveis.

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

10) Quando um doente faz uma coisa que não me parece correta, expresso o meu desacordo e/ou desagrado.

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

11) Dedico tempo a ouvir e tentar compreender as necessidades dos doentes.

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

12) Tento compreender os sentimentos do meu doente.

- Quase nunca

- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

13) Quando interajo com os doentes, expresso as minhas opiniões de forma clara e firme.

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

14) Acredito que o doente tem direito a receber informação relacionada com a saúde.

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

15) Sinto que respeito as necessidades dos doentes.

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

16) É-me difícil fazer pedidos aos doentes.

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes

- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

17) Asseguro-me que os doentes compreendem a informação dada.

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

18) É-me difícil pedir informações aos doentes.

- Quase nunca
- De vez em quando
- Algumas vezes
- Normalmente
- Com muita frequência
- Muitas vezes

Obrigada pela colaboração.

APÊNDICE 6 – Solicitação de Utilização da HP-CSS

ter., 8 de out. de 2024, 20:41

Boa Noite, Dra. Maria Alice Coelho,

venho, por este meio, solicitar autorização para aplicação da versão Portuguesa Europeia da Escala de Competências Comunicacionais dos Profissionais de Saúde (HP-CSS), instrumento em cuja validação trabalhou.

Sou enfermeira especialista em saúde mental e atualmente mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. No desenvolvimento desta formação, irei desenvolver investigação que gostaria de dirigir para as competências comunicacionais dos enfermeiros que prestam cuidados paliativos.

Assim, gostaria, se possível, de ter acesso e aplicar esta ferramenta que me parece uma mais valia para a investigação e bastante adequada ao meu objeto de estudo.

Agradecendo a disponibilidade, fico a aguardar V^a resposta,

Enf^a Célia Querido Oliveira

17 de out. de 2024,
22:32

para mim

Boa noite, Enfermeira Célia, como está?

Desculpe a minha demora na resposta.

O artigo de validação da escala ainda está em processo de publicação. Para o efeito, disponibilizo o instrumento bem como a tese.

Ao dispor.

Com os melhores cumprimentos,

Maria Alice Coelho

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO:

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do Estudo: Avaliação das Competências Comunicacionais dos Enfermeiros que prestam cuidados à Pessoa em Situação Paliativa e Família

Explicação sobre o estudo:

O estudo será desenvolvido por Célia Catarina Querido Oliveira, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Tem como objetivo avaliar as competências comunicacionais autopercebidas dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação paliativa, suas famílias/cuidadores.

Neste sentido, solicito a sua participação no preenchimento de um questionário que integra uma parte de caracterização socio/demográfico/profissional e a Escala de Competências Comunicacionais (Leal –Costa et al., 2016 - Versão Portuguesa: Coelho, 2020). O questionário foi criado na plataforma *Google Forms*, e os dados serão diretamente exportados para o programa *Excel*, e serão guardados pela investigadora principal em computador pessoal com acesso encriptado. Apenas será permitido o preenchimento de um questionário por endereço de *Internet Protocol (IP)*.

Condições e Financiamento: A participação no estudo é de carácter voluntário, não existindo qualquer prejuízo caso não queira participar ou pretenda desistir em qualquer momento do estudo.

Informamos que o presente estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação Ciências da Saúde: Enfermagem.

Confidencialidade e anonimato: A confidencialidade será assegurada pelo anonimato da identidade do participante e dos dados obtidos. A todos os participantes será atribuído um código alfanumérico e o seu nome nunca constará do questionário. Apenas as investigadoras do projeto terão acesso aos dados, que serão alojados numa base de dados num servidor seguro, que para ser acedida necessita das credenciais das investigadoras. Os dados serão utilizados e tratados apenas para fins científicos

garantindo-se a sua destruição após o final deste estudo. Caso os resultados do estudo sejam publicados, a identidade dos participantes manter-se-á confidencial. Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados.

Riscos e custos: Não existem danos ou custos associados à sua participação neste estudo.

Caso tenha alguma dúvida ou questão, não hesite em solicitar mais informações/esclarecimentos, poderá contatar-me: ccepalativos@gmail.com ou

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como ter sido informado/a sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os riscos e custos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas.

Foi-me garantida a possibilidade de colocar questões que julguei necessárias, bem como de, em qualquer altura recusar participar no presente estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____.. Data: ____ / ____ / _____

*ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A
INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE*

Anulação do Consentimento Informado:

Declaro que recebi a informação do participante relativo ao estudo de investigação em questão, que me foi proposto pela investigadora que assina este consentimento e pretendo anular o consentimento dado na data ___/___/_____.

Assinatura do participante: _____ Data: ___/___/___

Assinatura do investigador: _____ Data: ___/___/___

¹<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

²<https://files.dre.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf>

APÊNDICE 8 – Informação complementar

1) Estatística descritiva das dimensão da HP-CSS (n=62).

Comunicação Informativa	N	Média	DP	Min.	Máx.
	62	5,40	0,46	4,17	6,00
5 - Dou informação aos doentes (sempre que a minha competência profissional o permite) sobre aquilo que os preocupa.	62	5,55	0,59	4	6
8 - Quando dou informação, uso silêncios para que o doente assimile o que estou a dizer.	62	5,29	0,71	4	6
9 - Quando dou informações aos doentes faço-o com termos compreensíveis.	62	5,42	0,74	3	6
14 - Acredito que o doente tem direito a receber informação relacionada com a saúde.	62	5,79	0,45	4	6
17- Asseguro-me que os doentes compreendem a informação dada.	62	5,39	0,64	4	6
18 - É-me difícil pedir informações aos doentes.	62	4,94	1,00	2	6

Legenda: N = Amostra; DP= Desvio Padrão; Min = Mínimo; Máx. = Máximo

Empatia	N	Média	DP	Min.	Máx.
	62	5,42	1,00	4,20	6,00
2 - Exploro as emoções dos meus doentes.	62	5,15	0,81	3	6
4 - Quando o doente fala, mostro interesse através de gestos corporais (acenando a cabeça, contato visual, sorrisos...).	62	5,66	0,54	4	6
6- Ouço os doentes sem preconceito, independentemente da sua aparência física, maneirismos, forma de expressão,...	62	5,52	0,62	4	6

11 - Dedico tempo a ouvir e tentar compreender as necessidades dos doentes.	62	5,32	0,81	3	6
12- Tento compreender os sentimentos do meu doente.	62	5,44	0,59	4	6

Legenda: N = Amostra; DP= Desvio Padrão; Min = Mínimo; Máx. = Máximo

Respeito	N	Média	DP	Min.	Máx.
	62	5,62	0,44	4,33	6,00
Descritivo do item					
1 - Respeito o direito dos doentes a expressarem-se livremente.	62	5,68	0,51	4	6
3- Respeito a autonomia e liberdade dos doentes.	62	5,69	0,50	4	6
15 - Sinto que respeito as necessidades dos doentes.	62	5,50	0,59	4	6

Legenda: N = Amostra; DP= Desvio Padrão; Min = Mínimo; Máx. = Máximo

Competência social	N	Média	DP	Min.	Máx.
	62	4,14	0,91	1,25	5,75
Descritivo do item:					
7 - Expresso de forma clara as minhas opiniões e desejos aos doentes.	62	4,50	1,29	1	6
10 - Quando um doente faz uma coisa que não me parece correta, expresso o meu desacordo e/ou desagrado.	62	3,42	1,28	1	6
13 - Quando interajo com os doentes, expresso as minhas opiniões de forma clara e firme.	62	4,19	1,39	1	6
16 - É-me difícil fazer pedidos aos doentes.	62	4,44	1,25	1	6

2 – Relações entre as variáveis e as dimensões da HP-CSS

2.1) Idade

		Idade
Comunicacao Informativa	Correlação de Pearson	0,303*
	Sig. (2 extremidades)	0,017
	N	62
Empatia	Correlação de Pearson	0,257*
	Sig. (2 extremidades)	0,044
	N	62
Respeito	Correlação de Pearson	0,183
	Sig. (2 extremidades)	0,155
	N	62
Competência Social	Correlação de Pearson	-0,050
	Sig. (2 extremidades)	0,700
	N	62

Legenda: **. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Nota: Aparentemente os resultados indicam correlação positiva entre o aumento da idade dos enfermeiros e a autopercepção de maior competência comunicacional nas dimensões “Comunicação Informativa” e “Empatia”.

2.2) Habilitações académicas (H de Kruskal-Wallis)

		Habilitações académicas
Comunicação Informativa	Estatística do teste	16,481**
	Sig. (2 extremidades)	<0,001
	N	62
Empatia	Estatística do teste	11,924*

Respeito	Sig. (2 extremidades)	0,003
	N	62
	Estatística do teste	11,021*
	Sig. (2 extremidades)	0,004
Competência Social	N	62
	Estatística do teste	0,668
	Sig. (2 extremidades)	0,716
	N	62

Legenda:** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades). * A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Nota: Estes dados indicam que uma maior diferenciação acadêmica indica maior competência comunicacional nas dimensões “Comunicação Informativa”, “Empatia” e “Respeito”.

2.2.1) Grau acadêmico e “Comunicação Informativa”

Comparações por Método Pairwise de Habilitações acadêmicas

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Licenciatura-Mestrado	-17,187	4,581	-3,752	<,001	,001
Licenciatura-Doutoramento	-36,403	18,171	-2,003	,045	,135
Mestrado-Doutoramento	-19,217	18,181	-1,057	,291	,872

Legenda: Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

São exibidas significâncias assintóticas (teste de 2 lados). O nível de significância é ,050.

Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes

A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades). * A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

2.2.2) Grau acadêmico e “Empatia”

Comparações por Método Pairwise de Habilitações acadêmicas

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Licenciatura-Mestrado	-14,483	4,562	-3,175	,001	,004
Licenciatura-Doutoramento	-31,516	18,098	-1,741	,082	,245
Mestrado-Doutoramento	-17,033	18,107	-,941	,347	1,000

Legenda: Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

São exibidas significâncias assintóticas (teste de 2 lados). O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

2.2.3) Grau acadêmico e “Respeito”

Comparações por Método Pairwise de Habilitações acadêmicas

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Licenciatura-Mestrado	-13,749	4,336	-3,171	,002	,005
Licenciatura-Doutoramento	-23,532	17,200	-1,368	,171	,514
Mestrado-Doutoramento	-9,783	17,209	-,568	,570	1,000

Legenda: Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

São exibidas significâncias assintóticas (teste de 2 lados). O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

2.3) Categoria profissional (U de Mann-Whitney)

	Estatísticas de teste ^a			
	D. Comunicação Informativa	D. Empatia	D. Respeito	D. Competência Social
U de Mann-Whitney	328,500	361,500	325,000	459,000
Wilcoxon W	793,500	826,500	790,000	987,000
Z	-2,153	-1,691	-2,327	-,298

Significância Sig. (2 extremidades)	,031	,091	,020	,766
--	------	------	------	------

Legenda: Variável de Agrupamento: Categoria Profissional

Nota: Os dados indicam que a especialização em enfermagem promove maior competência comunicacional nas dimensões “Comunicação Informativa” e “Respeito”.

2.4) Anos experiência como enfermeiro, anos experiência em CP

		D. Comunicação			D. Competência	
		Informativa	D. Empatia	D. Respeito	Social	
rô de Spearman	Anos	Coeficiente de Correlação	,342**	,320*	,177	-,023
	EP	Sig. (2 extremidades)	,007	,011	,169	,861
		N	62	62	62	62
	AnosE	Coeficiente de Correlação	,254*	,303*	,179	-,122
	PCP	Sig. (2 extremidades)	,046	,017	,163	,344
		N	62	62	62	62

Nota: A variável “Anos de Experiência” como enfermeiro apresentou correlações positivas com as dimensões *Comunicação Informativa* ($p=0,007$) e *Empatia* ($p=0,011$), não se mostrando relacionada com as outras dimensões, assim como os “Anos de experiência em CP” ($p=0,046$ e $p=0,017$, respetivamente).

2.5) Formação específica em CP

Estatísticas de teste ^{a,b}				
	D. Comunicação			D. Competência
	Informativa	D. Empatia	D. Respeito	Social
H de Kruskal-Wallis	9,695	4,031	6,577	3,493
df	3	3	3	3
Significância Sig.	,021	,258	,087	,322

Legenda: a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: FECP

Nota: FECP maior está associado a uma maior percepção de competência na dimensão “Comunicação Informativa”.

2.5.1) Relação entre FECP e “Comunicação Informativa”

Comparações por Método Pairwise de FECP					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Não-Nível Básico (18 a 45 horas)	-17,148	10,443	-1,642	,101	,603
Não-Nível Intermédio (>90 horas)	-23,375	10,226	-2,286	,022	,134
Não-Nível Avançado (>280 horas)	-27,228	9,454	-2,880	,004	,024
Nível Básico (18 a 45 horas)-Nível Intermédio (>90 horas)	-6,227	7,327	-,850	,395	1,000
Nível Básico (18 a 45 horas)-Nível Avançado (>280 horas)	-10,080	6,204	-1,625	,104	,625
Nível Intermédio (>90 horas)-Nível Avançado (>280 horas)	-3,853	5,832	-,661	,509	1,000

Legenda: Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

São exibidas significâncias assintóticas (teste de 2 lados). O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Nota: Enfermeiros com Nível Avançado e Intermédio de FECP apresentam níveis significativamente diferentes de competências autopercebidas na dimensão “Comunicação Informativa” em comparação com aqueles sem qualquer formação específica em cuidados paliativos.

2.6) Tipologia de equipa

H de Kruskal-Wallis	Estatísticas de teste ^{a,b}			
	D. Comunicação		D. Competência	
	Informativa	D. Empatia	D. Respeito	Social
H de Kruskal-Wallis	6,427	6,829	5,467	1,331
df	2	2	2	2
Significância Sig.	,040	,033	,065	,514

Legenda: a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Tipologia de equipa

Nota: Aparentemente existe relação entre a autopercepção de competências comunicacionais dos enfermeiros nas dimensões “Empatia” e “Comunicação informativa” de acordo com as tipologias de cuidados onde trabalham.

2.6.1) *Relação entre tipologia de equipa e “Comunicação informativa”*

Comparações por Método Pairwise de Tipologia de equipa					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Unidade de Cuidados Paliativos-Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos	-7,310	5,592	-1,307	,191	,573
Unidade de Cuidados Paliativos-Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	-15,382	6,357	-2,420	,016	,047
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos-Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	8,071	7,405	1,090	,276	,827

Legenda: Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. São exibidas significâncias assintóticas (teste de 2 lados). O nível de significância é ,050.

Nota: Os resultados apontam uma relação entre maiores perceções de competência comunicacional a nível da “Comunicação informativa” nos enfermeiros que trabalham em EIHS CP em relação aos que trabalham em UCP.

2.6.2) *Relação entre tipologia de equipa e “Empatia”*

Comparações por Método Pairwise de Tipologia de equipa					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Unidade de Cuidados Paliativos-Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos	-11,983	5,569	-2,152	,031	,094

Unidade de Cuidados Paliativos-Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	-12,347	6,331	-1,950	,051	,153
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos-Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	,364	7,375	,049	,961	1,000

Legenda: Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. São exibidas significâncias assintóticas (teste de 2 lados). O nível de significância é ,050.a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Nota: Os resultados apontam uma relação entre maiores percepções de competência comunicacional a nível da “Empatia” nos enfermeiros que trabalham em ECSCP em relação aos que trabalham em UCP.

2.7) Formação específica em comunicação

Estatísticas de teste^{a,b}				
	D. Comunicação			D. Competência
	Informativa	D. Empatia	D. Respeito	Social
H de Kruskal-Wallis	1,873	3,913	2,406	2,068
df	2	2	2	2
Significância Sig.	,392	,141	,300	,356

Legenda:

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Formação específica em comunicação

Nota: A formação específica em comunicação não diferenciou estatisticamente os resultados das várias dimensões.