



# **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

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

## **Competência percebida pelos enfermeiros portugueses em Cuidados Paliativos**

Marisa Almeida Leite Teixeira Lobão

Coimbra, maio de 2025



# **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

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

## **Competência percebida pelos enfermeiros portugueses em Cuidados Paliativos**

Marisa Almeida Leite Teixeira Lobão

Orientador: Mestre Ivo Cristiano Soares Paiva, Professor Adjunto, 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  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica – na Área de Enfermagem à  
Pessoa em Situação Paliativa

Coimbra, maio de 2025

*Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas ...  
Que já têm a forma do nosso corpo ...  
E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares ...  
É o tempo da travessia ...  
E se não ousarmos fazê-la ...  
Teremos ficado ...  
para sempre ...  
À margem de nós mesmos ...*

(Fernando Teixeira de Andrade)

## **AGRADECIMENTOS**

A elaboração deste trabalho só foi possível com a colaboração e disponibilidade de muitas pessoas, que de forma significativa, contribuíram para este percurso. A todas elas, deixo o meu mais sincero e sentido agradecimento.

Aos Professores Ivo Paiva e Isabel Moreira, expresso a maior gratidão pela orientação rigorosa, acessibilidade, disponibilidade, confiança e constante motivação. O vosso apoio incondicional, empenho e sabedoria foi fundamental para concretizar este trabalho.

Às enfermeiras Carla Pinto, Cátia Fernandes, Catarina Santos e Vera Carvalho, deixo um especial agradecimento pela supervisão durante a componente clínica, pela resiliência, pelo profissionalismo e generosa partilha de saberes. A vossa experiência foi fundamental para o meu crescimento e desenvolvimento das competências enquanto futura enfermeira especialista.

Aos estimados Professores Doutores Jean-François Desbiens e Lise Fillion, autores da *Palliative Care Nursing Self Competence Scale* utilizada para a elaboração deste estudo, agradeço pela autorização concedida, que foi determinante para a concretização desta investigação.

Às equipas que me acolheram afavelmente nos contextos de aprendizagem, agradeço com enorme apreço pela receptividade, constante incentivo e aprendizagens partilhadas. Vocês permitiram-me sentir como parte integrante das vossas equipas.

Às minhas colegas de estágio e amigas que esta experiência académica me proporcionou, Carla Martos, Cidália Santos e Jéssica Branco, agradeço pelas partilhas enriquecedoras e por toda a entreatajuda, especialmente nos momentos mais delicados. O vosso companheirismo tornou esta experiência muito mais gratificante e rica.

Às pessoas e famílias que acompanhei ao longo desta experiência, expresso um enorme agradecimento pela confiança, colaboração e disponibilidade. O vosso envolvimento foi imprescindível para o sucesso deste percurso.

À minha família, e em particular à minha tia e avó, que estiveram ao meu lado diariamente ao longo desta jornada, demonstrando apoio, compreensão e o carinho necessário, deixo um especial agradecimento. A vossa presença foi essencial em cada passo concretizado.

Às minhas amigas, agradeço por compreenderem a minha ausência. Vocês são incríveis.

A todos os enfermeiros que participaram no meu questionário, o meu mais sincero obrigado pelo vosso contributo, foi fundamental.

A todos o meu MUITO OBRIGADA!

## RESUMO

A sociedade atual exige aos enfermeiros um elevado rigor técnico e científico, sendo a formação avançada e a especialização uma necessidade face às modificações operadas nos cuidados de saúde, de modo a assegurar a prestação de cuidados seguros, de elevada qualidade, e que respondam com eficiência e eficácia às necessidades das populações.

O presente relatório enquadra-se no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, e tem como objetivos descrever de forma crítico-reflexiva as competências comuns e específicas desenvolvidas durante os estágios de natureza profissional, recorrendo à fundamentação teórica baseada em evidência científica atual, e apresentar o trabalho de investigação realizado no âmbito do curso.

A componente clínica foi realizada numa Unidade de internamento especializada em Cuidados Paliativos e numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

No âmbito da prática especializada, salienta-se a importância das experiências adquiridas na abordagem à pessoa em situação paliativa e à sua respetiva família. Estas experiências foram fundamentais para a consolidação de competências pessoais e profissionais específicas, especialmente no que se refere à gestão de sintomas, considerando a sua multidimensionalidade, à comunicação verbal e não verbal, ao apoio à família e ao envolvimento de uma equipa multidisciplinar no processo de cuidar.

Na segunda parte deste relatório, apresenta-se, sob a forma de artigo, um estudo descritivo-correlacional que teve como objetivo adaptar a *Palliative Care Nursing Self Competence Scale* (PCNSCS) para português europeu, avaliar as suas propriedades psicométricas e caracterizar a competência percebida pelos enfermeiros portugueses em CP. Para a realização deste estudo, foi utilizada uma amostra não probabilística de conveniência, constituída por 413 enfermeiros, que responderam a um questionário composto por duas partes: questões sociodemográficas e profissionais, e pela versão portuguesa da PCNSCS (PCNSCS-PT).

A investigação desenvolvida permitiu adaptar a PCNSCS para português europeu e disponibilizar aos enfermeiros um instrumento de medida fiável e válido para avaliar a competência percebida pelos enfermeiros em CP. Os resultados obtidos revelaram uma competência média global dos enfermeiros em CP de 188,06 pontos, considerada razoável. Este trabalho identificou a necessidade de se investir na formação dos enfermeiros em CP globalmente e ao nível das *Necessidades psicossociais, Necessidades espirituais, Comunicação e relação interpessoal e Medidas de conforto*, para assegurar uma resposta precoce e efetiva dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa e família.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Competências; Enfermeiros; Formação; Psicometria.

## **ABSTRACT**

Today's society demands a high level of technical and scientific rigour from nurses, and advanced training and specialisation are a necessity given the changes that have taken place in healthcare, in order to ensure the provision of safe, high-quality care that responds efficiently and effectively to the needs of the population.

This report is part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Palliative Care Nursing, and aims to critically and reflectively describe the common and specific competences developed during the professional internships, using theoretical foundations based on current scientific evidence, and to present the research work carried out as part of the course.

The clinical component was carried out in an inpatient unit specialising in Palliative Care and in an Intra-Hospital Palliative Care Support Team.

In the context of specialised practice, the importance of the experiences gained in dealing with people in a palliative situation and their families should be highlighted. These experiences were fundamental for consolidating specific personal and professional skills, especially with regard to symptom management, considering its multidimensionality, verbal and non-verbal communication, family support and the involvement of a multidisciplinary team in the care process.

The second part of this report presents, in the form of an article, a descriptive-correlational study which aimed to adapt the Palliative Care Nursing Self Competence Scale (PCNSCS) into European Portuguese, assess its psychometric properties and characterise the competence perceived by Portuguese nurses in PC. This study used a non-probabilistic convenience sample of 413 nurses who answered a questionnaire consisting of two parts: sociodemographic and professional questions, and the Portuguese version of the PCNSCS (PCNSCS-PT).

The research carried out made it possible to adapt the PCNSCS into European Portuguese and provide nurses with a reliable and valid measuring instrument to assess nurses' perceived competence in PC. The results showed that the average overall competence of nurses in PC was 188.06 points, which is considered reasonable. This study identified the need to invest in the training of nurses in PC as a whole and in terms of Psychosocial Needs, Spiritual Needs, Communication and Interpersonal Relationships and Comfort Measures, in order to ensure an early and effective response to nursing care for people in a palliative situation and their families.

**Keywords:** Palliative care; Competences; Nurses; Training; Psychometrics.

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**$\alpha$**  – Alfa de Cronbach

**AFC** – Análise Fatorial Confirmatória

**AFE** – Análise Fatorial Exploratória

**CF** – Conferência Familiar

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CNCP** – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

**CP** – Cuidados Paliativos

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**DP** – Desvio-padrão

**EEEMC-EPSP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

**EIHSCP** – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

**ERPI** – Estrutura Residencial Para Idosos

**ESAS** – *Edmonton Symptom Assessment System*

**ESEnfC** – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**ICN** – *International Council of Nurses*

**IPO-S** – *Integrated Palliative Outcome - Scale*

**IM** – Índices de modificação

**M** – Média

**Max.** – Máximo

**Min.** – Mínimo

***n*** – número de participantes

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OPCP** – Observatório Português dos Cuidados Paliativos

***p*** – Teste de significância

**PCNSCS** – *Palliative Care Nursing Self Competence Scale*

**PCNSCS-PT** – *Palliative Care Nursing Self Competence Scale* – versão portuguesa

**PEDCP** – Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

**PMCQCE** – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

**r** – Correlação de *Spearman*

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**RNCP** – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

**SC** – Subcutânea

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SPMS** – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

**SPSS** – *Statistical Package for the Social Sciences*

**UCP** – Unidade de Cuidados Paliativos

**UDHV** – Últimos dias e horas de vida

**UICISA: E** – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**Z** – Teste *One Way ANOVA*

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Características sociodemográficas e profissionais dos participantes ( $n=413$ ) .....	74
<b>Tabela 2</b> – Cargas fatoriais de cada item nos oito fatores retidos, valores próprios e percentagem da variância explicada, após AFE com extração de fatores através do método de rotação de Varimax ( $n=250$ ) .....	75
<b>Tabela 3</b> – Índices de ajustamento dos modelos de medição .....	78
<b>Tabela 4</b> – Análise da confiabilidade de construto, validade convergente e validade discriminante .....	78
<b>Tabela 5</b> – Tabela padronizada da estatística descritiva dos fatores ( $n=413$ ) .....	79
<b>Tabela 6</b> – Matriz de relações entre as variáveis e as dimensões da PCNSCS-PT ( $n=413$ ) .....	80
<b>Tabela 7</b> – Teste <i>One Way ANOVA</i> entre a competência global percebida em CP e o contexto onde os enfermeiros exercem a sua atividade ( $n=388$ ) .....	81
<b>Tabela 8</b> – Teste <i>One Way ANOVA</i> entre a competência global percebida em CP e as habilitações académicas dos enfermeiros ( $n=391$ ) .....	82
<b>Tabela 9</b> – Teste <i>One Way ANOVA</i> entre a competência global percebida em CP e as habilitações profissionais dos enfermeiros ( $n=391$ ) .....	83

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>PARTE I – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL</b> .....	15
<b>1 – DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS</b> .....	15
1.1 – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS .....	15
1.2 – EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	20
<b>2 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> .....	26
2.1 – DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL .....	26
2.2 – DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	30
2.3 – DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	32
2.4 – DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS .....	33
<b>3 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA</b> .....	38
3.1 – CUIDA DA PESSOA COM DOENÇA INCURÁVEL OU GRAVE, EM FASE AVANÇADA, PROGRESSIVA E TERMINAL DOS SEUS CUIDADORES E FAMILIARES, EM TODOS OS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA, ALIVIANDO O SEU SOFRIMENTO, MAXIMIZANDO O SEU BEM ESTAR, CONFORTO E QUALIDADE DE VIDA.....	38
3.2 – ESTABELECE RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM A PESSOA COM DOENÇA INCURÁVEL OU GRAVE, EM FASE AVANÇADA, PROGRESSIVA E TERMINAL, E SEUS CUIDADORES/ FAMILIARES, PROPORCIONANDO SUPORTE NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ÀS PERDAS SUCESSIVAS, À MORTE E NO ACOMPANHAMENTO NO LUTO .....	58
<b>PARTE II – COMPETÊNCIA PERCEBIDA PELOS ENFERMEIROS PORTUGUESES EM CUIDADOS PALIATIVOS</b> .....	65
<b>1 – RESUMO</b> .....	65
<b>2 – ABSTRACT</b> .....	66
<b>3 – INTRODUÇÃO</b> .....	67
<b>4 – REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	68

<b>5 – METODOLOGIA</b> .....	69
<b>6 – RESULTADOS</b> .....	73
<b>7 – DISCUSSÃO</b> .....	83
<b>8 – CONCLUSÃO</b> .....	88
<b>9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	89
<b>CONCLUSÃO</b> .....	93
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	96

## **ANEXOS**

**ANEXO 1** – Modelo de Janet Matthews adaptado por Morgado et al. (no prelo)

**ANEXO 2** – Certificado de participação científica no II Congresso de Cuidados Paliativos da Região Centro e I Congresso Internacional da APCPRC – “Novas Perspetivas, Novas Realidades”

**ANEXO 3** – Autorização dos autores da *Palliative Care Nursing Self Competence Scale*

**ANEXO 4** – Parecer da comissão de ética UICISA:E

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1** – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: “Cuidar em harmonia: medir para implementar Cuidados Paliativos ajustados à pessoa e família”

**APÊNDICE 2** – Protótipo de guia para a colheita de informação na primeira consulta de enfermagem na EIHS CP

**APÊNDICE 3** – Protótipo guia da teleconsulta de enfermagem na EIHS CP

**APÊNDICE 4** – Panfleto EIHS CP

**APÊNDICE 5** – Panfleto de referência para CP

**APÊNDICE 6** – Material educativo sobre vias de administração de medicação: sublingual e transdérmica

**APÊNDICE 7** – Panfleto via subcutânea

**APÊNDICE 8** – Material educativo sobre cuidados com a cavidade oral/mucosite

**APÊNDICE 9** – Instrumento de colheita de dados

**APÊNDICE 10** – Consentimento para a participação na investigação



## INTRODUÇÃO

O crescente envelhecimento demográfico e o aumento do número de pessoas com múltiplas doenças neurológicas, oncológicas e de insuficiência de órgão originou a necessidade de maior investimento no desenvolvimento técnico-científico dos profissionais, por forma a dar resposta às necessidades de um número elevado de pessoas cujo prognóstico de vida é limitado (Wantonoro et al., 2022).

A exigência dos cuidados tem aumentado à medida que os padrões de saúde e de doença das populações se vão alterando. Nesta perspetiva, a necessidade permanente de atualização e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem assume, nos dias atuais, uma maior importância, sendo essencial investir na formação contínua de profissionais habilitados para prestar cuidados adequados à promoção do conforto e da qualidade de vida destas pessoas e suas famílias (Lo Iacono et al., 2024).

Neste contexto, revela-se a importância do enfermeiro especialista como o profissional que deve assumir um contributo cada vez mais relevante nas organizações de saúde, devendo a sua conduta ser diferenciadora, visto que é aquele a quem se reconhecem competências a nível humano, técnico e científico para prestar cuidados especializados nas diferentes áreas. De uma forma geral, são os enfermeiros que desempenham funções que ultrapassam o âmbito tradicional da profissão, pois “especializam-se numa determinada área clínica, adquirindo as competências e o *know-how* adicional para providenciar os cuidados mais específicos” (Lopes et al., 2018, p.11). Além de desempenharem todas as competências inerentes aos enfermeiros generalistas, tem competências acrescidas que lhes garantem a diferenciação no que diz respeito ao saber-saber, saber-fazer, saber-ser, saber-estar e saber-transformar.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EEEMC-EPSP) assume-se como o elemento detentor de competências diferenciadas neste domínio específico da enfermagem, que lhe permite a prestação de cuidados adequados à complexidade da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, com evolução progressiva, e à sua família, que requerem uma resposta dinâmica das equipas especializadas de Cuidados Paliativos (CP) (Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Os CP são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020) como cuidados globais, coordenados e ativos, prestados por unidades e equipas específicas, em regime de internamento ou comunitário, a pessoas e famílias em condições de sofrimento, decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, com o objetivo de promover o bem-estar e a qualidade de vida, através da prevenção e alívio



do sofrimento, mediante a identificação antecipada e rigorosa avaliação e tratamento de problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

De acordo com a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2023), estes cuidados são caracterizados como uma componente fundamental a integrar nos serviços de saúde, com valores e princípios essenciais: universalidade, equidade, qualidade, autonomia, dignidade e humanização. Independentemente da causa do sofrimento se dever a doenças oncológicas ou não-oncológicas, os CP enquanto cuidados holísticos, rigorosos e humanizados desempenham um papel elementar nestas pessoas com doenças ameaçadoras da vida, melhorando a sua qualidade de vida e o seu conforto, bem como dos seus cuidadores, amigos e familiares (Neto, 2021).

A pessoa em situação paliativa e a sua família constituem o foco central do cuidar do EEEMC-EPSP. As competências do domínio comum e específico inerentes ao cuidar especializado constituíram o guia para a reflexão crítica do processo de aprendizagem, explanado na primeira parte deste trabalho. A partir das experiências e conhecimentos adquiridos na prática, o enfermeiro especialista deve ser capaz de demonstrar, aplicar e aprimorar competências e habilidades nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais, no âmbito das competências comuns estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Na esfera das competências específicas, o enfermeiro especialista intervém no cuidado à pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida, e estabelece relação terapêutica com a pessoa, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto (Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Os estágios profissionais que originaram a reflexão deste relatório constituíram-se como meios privilegiados de formação, que contribuíram para a aquisição de competências cognitivas, emocionais e profissionais, assim como para o desenvolvimento da minha identidade pessoal, consolidando os conhecimentos profissionais alicerçados na evidência científica. A componente clínica decorreu em dois contextos clínicos especializados distintos, designadamente numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

Com a afirmação dos CP como um direito humano, representando uma necessidade de saúde pública em crescendo que deverá ser acessível a todas as pessoas, as



organizações de saúde necessitam de reorganizar-se por forma a dar resposta às pessoas em situação paliativa e suas famílias. Estes cuidados não se referem a um local ou instituição, mas a uma filosofia de cuidados, com foco direcionado na díade pessoa e família e não na doença, garantindo o apoio necessário para que a pessoa possa viver o mais ativamente possível e com dignidade (Lourenço et al., 2021).

Perspetiva-se, então, que o acesso a CP seja transversal a todo o território nacional, e que estes cuidados estejam disponíveis em todos os níveis de cuidados de saúde e, concomitantemente, em tempo útil para quem deles precisam. Reconhece-se que quanto mais precocemente forem implementados, mais eficaz se torna a redução da carga sintomática e sobrecarga dos cuidadores, como também se reduzem os tempos de internamento hospitalar, reinternamentos, utilização dos serviços de urgência e de medicina intensiva, com diminuição de intervenções que contribuam para a obstinação terapêutica, reduzindo os custos inapropriados em saúde (Silva et al., 2023).

Paralelamente, objetiva-se uma resposta alicerçada numa Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) funcional. A nível nacional, a RNCP baseia-se em dois níveis de diferenciação que fundamentam a estruturação da mesma no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A abordagem paliativa é o nível de diferenciação que serve de pedra basilar na resposta oferecida pelo SNS. Este primeiro nível contempla as ações paliativas e os CP gerais, destinando-se a pessoas com menor complexidade clínica, que têm a resposta necessária disponível ao nível dos cuidados de saúde primários, nas equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nas Estruturas Residencial para Idosos (ERPI) ou noutras equipas, onde os profissionais devem ter os conhecimentos necessários, que lhes permita prestar CP básicos e referenciá-las para equipas especializadas atempadamente. O encaminhamento para o nível seguinte de diferenciação, no âmbito da resposta especializada em CP, é priorizado para pessoas com necessidades mais complexas (CNCP, 2023).

A prestação de CP afigura-se como um desafio complexo para os enfermeiros, exigindo destes profissionais um conjunto diversificado de competências capazes de corresponder às múltiplas necessidades de intervenção. Deste modo, atendendo a que as especificidades dos CP exigem aos enfermeiros uma preparação adequada para conseguirem proporcionar respostas eficazes às necessidades destas pessoas, é essencial desenvolver uma aprendizagem através de formação rigorosa, que permita consolidar competências pessoais e profissionais (Feng et al., 2023).

Atendendo à problemática apresentada, surge o interesse na realização de um estudo de investigação, no âmbito da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem



Médico-Cirúrgica – na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

A investigação é uma prática necessária para o desenvolvimento contínuo da enfermagem (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Neste contexto, reconhecendo que é prioritário sensibilizar todos os enfermeiros que prestam cuidados a pessoas em situação paliativa para investirem na formação nesta área e identificar as temáticas onde necessitam de mais investimento, a investigação apresentada na segunda parte deste trabalho, partiu essencialmente desta reflexão. Desenvolveu-se um estudo descritivo-correlacional, que visa responder à seguinte questão de investigação: *Qual a competência percebida pelos enfermeiros portugueses em CP?*

No que concerne aos objetivos, com o presente trabalho pretende-se caracterizar os contextos de estágio, descrever e refletir criticamente as aprendizagens concretizadas durante o período formativo, tendo por base as competências comuns e específicas do EEEMC-EPSP. Em paralelo, pretende-se apresentar o resultado final de um estudo de natureza quantitativa, que objetivou avaliar a competência percebida pelos enfermeiros portugueses em CP, após adaptação cultural e análise psicométrica da *Palliative Care Nursing Self Competence Scale* (PCNSCS) para o português europeu.

A elaboração deste relatório reflete um percurso formativo intenso e rico, a vários níveis, motivo pelo qual optei pela utilização de uma metodologia descritiva e critico-reflexiva das oportunidades de aprendizagem, relacionando-as com os conhecimentos e as competências adquiridas. Sustentei-me, a par disso, na evidência científica atual, nomeadamente em fontes bibliográficas como livros, *sites* de referência e dissertações de mestrado, assim como em artigos científicos obtidos por pesquisas realizadas nas bases de dados Pubmed e *Cumulative Index to Nursing & Allied Health*, via EBSCOhost.

O presente trabalho cumpre as recomendações disponibilizadas pela OE, tal como as normas da 7.<sup>a</sup> edição da *American Psychological Association* (APA), conforme preconiza o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESEnfC.

Estruturalmente, o relatório encontra-se dividido em duas partes centrais: a primeira, relativa aos estágio de natureza profissional, debruça-se sobre a caracterização dos contextos de aprendizagem e inclui uma reflexão crítica sobre as atividades que permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, fundamentada nos referenciais regulamentares e na evidência científica; e a segunda parte integra o produto do estudo de investigação desenvolvido, sob a forma de artigo, que se apresenta intitulado de “Competência percebida pelos enfermeiros portugueses em Cuidados Paliativos”.



## **PARTE I – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**

Esta parte do relatório integra a caracterização dos contextos clínicos onde decorreu o processo de aprendizagem, bem como a descrição e reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC-EPSP. Na descrição dos contextos clínicos e das situações de aprendizagem, nunca será mencionado nenhum nome que permita a identificação dos mesmos, nem das pessoas envolvidas no processo de ensino-aprendizagem, de forma a garantir o anonimato.

### **1 – DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS**

Neste capítulo, apresenta-se a descrição dos contextos clínicos onde decorreu o processo de aprendizagem. Na descrição, irei socorrer-me dos dados colhidos através da observação, da entrevista com os elementos das equipas multidisciplinares, em particular com os enfermeiros tutores e enfermeiros gestores, pessoas doentes e seus familiares/pessoa de referência, e simultaneamente da consulta de documentos das instituições de saúde.

#### **1.1 – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS**

A UCP em que realizei a primeira parte da componente clínica encontra-se integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro. A unidade é uma referência na prestação de cuidados e apresenta a missão de prestar cuidados com elevado nível de humanização e rigor, a pessoas adultas com doenças incuráveis, avançadas e progressivas. A atividade principal respeita ao acompanhamento de pessoas com necessidades de cuidados com maior grau de complexidade, tratamento e supervisão em situações de descompensação clínica ou emergência social (CNCP, 2023).

Em consonância com a caracterização mencionada por Capelas et al. (2016), a unidade referida representa um serviço hospitalar com resposta de CP de nível especializado, que dispõe de uma estrutura física independente e cuja equipa multiprofissional que a integra detém formação diferenciada na área da medicina paliativa ou cuidados paliativos.

A equipa iniciou a sua atividade em 2017, presta atividade assistencial durante 24 horas por dia, apresentando como área de abrangência o correspondente a 11 concelhos da região e uma população de cerca de 375.000 habitantes (Observatório Português dos Cuidados Paliativos [OPCP], 2023).



A UCP tem capacidade de internamento para 15 pessoas em quartos individuais ou duplos. As instalações são modernas, a cor dos espaços é em tons de laranja e os quartos têm iluminação natural, sendo que todos têm uma janela para o exterior, com uma vista natural que transmite tranquilidade e serenidade.

Todas as unidades individuais estão equipadas com comodidades adequadas: uma cama articulada com grades de proteção, uma estrutura metálica de suporte, que apoia a mobilização no leito e as transferências, uma rampa de oxigénio e de vácuo, um candeeiro, um monitor, uma mesa de cabeceira, que também serve de apoio às refeições, um cadeirão, uma casa de banho privativa com chuveiro, o que permite a preservação da privacidade durante a prestação de cuidados, um contentor para o lixo e um dispositivo de solução alcoólica. Todos os quartos contêm um relógio digital com a hora e a data bem visíveis, que surgiu como forma de agradecimento, por parte do marido de uma utente que havia estado internada na unidade. A esposa questionava-lhe frequentemente as horas, pelo que através desse fenómeno de projeção, o marido quis oferecer os relógios, contribuindo para a criação de um ambiente mais acolhedor e funcional nos quartos da unidade, e do qual outras pessoas e famílias podem beneficiar.

O serviço integra os recursos físicos adequados, existindo áreas de espaços comuns, com particular destaque para uma sala destinada à realização de conferências familiares, um refeitório para as pessoas internadas/sala de convívio que possibilita receber visitas e a realização de atividades lúdicas, e que é também onde a equipa realiza a transmissão da informação no turno da manhã, e um banho assistido que é pouco utilizado, pois todos os quartos têm casa de banho privativa. Há ainda um espaço destinado à realização do acolhimento com os familiares no dia da admissão, que também é usado para atividades de lazer por parte das pessoas internadas, tendo disponíveis materiais lúdicos como jogos de damas e xadrez. Sublinho o facto deste espaço estar sempre repleto de orquídeas brancas. Existem outras áreas de trabalho, dedicadas aos profissionais de saúde, nomeadamente uma sala de enfermagem apetrechada de computadores, uma farmácia, um gabinete médico, um armazém com material hoteleiro, um armazém com material clínico, duas salas de estar/copas para os profissionais, uma sala de limpos, uma sala de sujos, uma sala de despejos e dois lavabos, de uso exclusivo pelos profissionais. Existe ainda um gabinete médico, um gabinete para uso pela assistente social, e um carro de emergência com desfibrilhador.

No exterior, junto à sala de enfermagem, o serviço dispõe de um jardim, intitulado pelos profissionais da equipa de “*jardim de inverno*”, que se apresenta bem cuidado e repleto de diversas flores e plantas, uma macieira e uma oliveira. Este jardim surgiu da necessidade de as pessoas internadas terem um espaço para estarem em contacto com



a natureza e também para aqueles que são fumadores o poderem fazer ali, sem perturbarem as outras pessoas. A unidade, encontra-se num local calmo, térreo, de fácil acesso ao exterior, o que permite a deslocação das pessoas internadas e suas famílias para realização de caminhadas ao ar livre, o que é observado frequentemente.

Relativamente aos recursos humanos, a unidade agrega uma equipa interdisciplinar composta por um conjunto de profissionais com vasta experiência profissional na área paliativa. O núcleo da equipa é composto por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, nutricionista, psicólogo, administrativa e assistente espiritual.

A equipa médica integra cinco médicos com formação avançada na área, dos quais a coordenadora tem competência em Medicina Paliativa. A equipa de enfermagem inclui 15 enfermeiros, 10 são EEEMC-EPSP e cinco são enfermeiros generalistas, mas todos têm formação intermédia ou avançada em CP, o que se encontra em consonância com as recomendações do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) (2023-2024) (CNCP, 2023). O enfermeiro especialista na área da reabilitação, que é partilhado com outros serviços, também presta apoio nas situações que lhe são sinalizadas. Fazem parte da equipa sete assistentes operacionais, todos com formação em CP, e uma assistente social, de segunda a sexta-feira, no período da manhã. Por fim, incluem a equipa outros elementos, nomeadamente uma nutricionista, uma psicóloga e um assistente espiritual, estes profissionais que prestam funções a tempo parcial. Verifica-se também, a presença de voluntários frequentemente.

No que diz respeito às relações colegiais estabelecidas entre os profissionais, observei união e uma boa interação entre todos, assim como uma excelente capacidade de ensinar e partilhar os seus conhecimentos com os estudantes. Constatei também interesse da equipa em aprender com os pares, assegurando um serviço qualificado, em prol das pessoas internadas e suas famílias. A transmissão de informação entre os enfermeiros do turno de trabalho da noite para o da manhã é um momento de partilha e de aprendizagem multiprofissional, revelando-se grande coesão entre todos.

No que concerne à atividade assistencial, o método de organização dos cuidados observado na equipa é o método individual, estando previsto a passagem ao modelo de gestor de caso (Parreira et al., 2022).

A atividade assistencial da equipa está associada a três trajetórias de doença: principalmente trajetória das doenças oncológicas, que se caracteriza por progressão constante com uma fase terminal bem definida; trajetória com declínio gradual, pautada por períodos de exacerbação e remissão, que ocorre nas doenças de insuficiências de



órgão; e trajetória de idosos com demência ou com a síndrome de fragilidade do idoso, em que se observa uma decadência gradual prolongada (Cohen-Mansfield et al., 2017).

Em paralelo com o atendimento clínico, a equipa desenvolve atividades de assessoria a outros profissionais da ULS da região centro, através da realização de ações de divulgação da filosofia e dos princípios dos CP a nível intra e extra-hospitalar, da realização de sessões de formação e do desenvolvimento de trabalhos de investigação. De acordo com a CNCP (2023), a investigação é considerada como uma das componentes essenciais que devem estar incluídas no desenvolvimento dos CP. Neste sentido, a equipa integra diversos projetos no âmbito das feridas complexas, via subcutânea (SC), luto, transição de cuidados, espiritualidade e esperança, e satisfação dos cuidados. Os trabalhos desenvolvidos são disseminados pelos elementos das equipas de investigação em eventos científicos nacionais e internacionais.

Um projeto inovador que a equipa promove na comunidade intitula-se de “*Conversas com vida*”. Este projeto realiza-se na biblioteca municipal da região, e conta com a participação de profissionais da unidade, assim como de convidados externos, sendo que consiste na realização de sessões abertas para a comunidade, em que o objetivo é abordar temas relacionados com os CP, para desmistificar crenças da população.

A admissão na unidade, é realizada através da referenciação por equipas específicas de CP da região (EIHSCP, Consulta da dor, Consulta de CP ou ECSCP), por outras unidades de internamento ou através do serviço de urgência da ULS. Os pedidos de apoio são formalizados como pedidos de colaboração por referenciação interna (através da plataforma *SClínico*®), através de contacto telefónico e/ou por *email*. A informação é recebida pela equipa médica, que mediante avaliação da informação transmite ao enfermeiro coordenador, ou a outro elemento da equipa de enfermagem, a necessidade de internamento da pessoa, definindo com este o momento de entrada no serviço.

O processo de admissão da pessoa e família na unidade inicia-se com o acolhimento, realizado de forma preferencialmente presencial, à exceção dos casos em que a família não tenha disponibilidade. Para a equipa, o acolhimento marca um momento importante do início da relação entre a tríade da pessoa, família e equipa. Sempre que possível, no momento da admissão estão presentes o médico, o enfermeiro e a assistente social. É entregue o guia de acolhimento e realizada uma primeira abordagem no intuito de obter informação sobre o que a diáde sabe sobre a doença e o seu prognóstico, sobre a razão da referenciação, expectativas e preocupações relacionadas com a doença. É também neste momento que é explicado os princípios e a filosofia dos CP, as normas de funcionamento do serviço e se inicia a elaboração do plano de cuidados.



Relativamente às visitas, é explicado o regulamento de visitas sendo os profissionais da equipa flexíveis na gestão da entrada das mesmas, podendo o número de visitas e o horário ser alargado. Para além da possibilidade da permanência contínua de uma pessoa de referência, que é o acompanhante permanente, é também permitida a entrada de mais duas pessoas, desde que em horários distintos.

O perfil da pessoa admitida na unidade caracteriza-se por ter necessidades de cuidados complexas. A maioria tem uma situação clínica oncológica, seguindo-se as pessoas com insuficiência de órgão, neurológicas, demências e síndrome de fragilidade do idoso.

Uma vez estabilizada a situação que motivou o internamento a pessoa tem alta clínica, sendo acompanhada, caso necessário, por outras valências de cuidados que asseguram uma continuação da abordagem paliativa, nomeadamente pelas equipas da RNCCI e equipas de CP (comunitárias e hospitalares) (CNCP, 2021). Na unidade, o planeamento da alta para domicílio ou instituições de apoio inicia-se, sempre que possível, no momento da admissão.

Atualmente, a equipa tem um projeto de melhoria contínua, *“Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados”*, desenvolvido em consonância com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2021). O objetivo é otimizar a comunicação entre as equipas prestadoras de cuidados de enfermagem aquando do momento da alta clínica. Neste sentido, quando a pessoa tem alta, além da carta de alta que é realizada informaticamente no *SClínico®* é sempre estabelecido um contacto telefónico com a equipa que vai acompanhar a pessoa e a família, de forma a transmitir informação relevante sobre os cuidados que foram prestados na unidade e os que devem ser mantidos no domicílio ou nas instituições em que são acolhidos, à luz da filosofia dos CP, promovendo uma atuação segundo o modelo integrado e cooperativo (CNCP, 2021).

A prática assistencial dos enfermeiros na UCP alicerça-se na Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, na Teoria de Final de Vida Tranquilo, de Cornelia Ruland e Shirley Moore e, essencialmente, sustenta-se na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba. Estes referenciais teóricos facilitam o raciocínio e os cuidados de enfermagem, remetendo, informaticamente, para o sistema de documentação do *SClínico®*, do *GIZ®* de Enfermagem, utilizado para planificação da folha da transmissão de informação entre turnos, e do *Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF®)*. O foco das intervenções direciona-se para o conforto, alívio de sintomas, apoio à família, apoio no luto e parceria/transição de cuidados. Considerando a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (*CIPE®*) (International



Council of Nurses (ICN), 2020), os focos mais comumente identificados, de acordo com o Bilhete de Identidade Hospitalar, incluem: autocuidado (alimentar, higiene, posicionar, transferir, uso do sanitário), conforto, dor, sono, ferida, absorção, obstipação, tristeza, risco de queda, risco de úlcera de pressão, gestão do regime terapêutico, processo familiar, dignificação da morte e processo de luto (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2025).

Por último, e a propósito do sistema de gestão e reposição de *stocks* da medicação é utilizado o sistema de distribuição unidose por troca de caixas com medicação para as 24 horas (Parreira et al., 2022). Existe na farmácia da UCP a possibilidade de acondicionamento de algum *stock* de medicação para administração em situações pontuais em casos de urgência ou aquando da admissão de pessoas. Quanto à reposição dos restantes materiais clínicos esta é realizada semanalmente. Ainda neste âmbito, um aspeto significativo é a existência de colchões de pressão alternada e a preocupação constante dos enfermeiros em identificar pessoas com risco elevado de desenvolver lesões por pressão e de colocar este dispositivo o mais precoce possível, evitando complicações que podem comprometer o bem-estar e conforto da pessoa.

## 1.2 – EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

A EIHSCP foi o local selecionado para desenvolver o segundo momento da componente clínica. Esta equipa constitui, à semelhança da anterior, um serviço hospitalar especializado de CP, que dispõe de estrutura física independente e de uma equipa de profissionais de saúde multidisciplinar, cuja atividade elementar é o acompanhamento clínico de pessoas e famílias com condições complexas, que carecem de cuidados especializados. O papel da equipa dentro da ULS é reconhecido pela forma como os seus profissionais atuam, pelo desenvolvimento de uma atitude que demonstra empatia, assente no respeito total pelas decisões pessoais manifestadas e com procura constante pela inovação e audácia no cuidado à pessoa com necessidades paliativas e sua família (Garcia & Cunha, 2022).

O aumento da necessidade de cuidar de um elevado número de pessoas com necessidades paliativas e suas famílias potenciou a criação desta equipa, que iniciou a sua atividade assistencial no ano de 2017. A equipa referida tem sustentado e fortalecido a sua posição dentro do organograma da instituição, sobretudo pela sua atividade diária e filosofia de cuidados, que se centra no apoio à pessoa e família decorrente do processo de transição saúde-doença, assim como no respeito pela dignidade e princípio pelo respeito da autonomia ou pelas vontades manifestadas.



Apresenta uma área de abrangência significativa na região centro do país, servindo 21 concelhos com aproximadamente 400.000 habitantes, sendo que cerca de metade das pessoas são idosas (Garcia & Cunha, 2022).

O serviço localiza-se num edifício hospitalar acessório de uma ULS da região centro. O espaço dispõe de dois gabinetes, onde são realizadas consultas de enfermagem e médicas e os tratamentos à pessoa em regime ambulatorial. Sublinho as condições acolhedoras dos gabinetes, o que reflete claramente a filosofia que a equipa deseja transmitir. Existe também uma pequena sala de trabalho, que integra três computadores, material administrativo, material clínico, material de tratamento de feridas, material hoteleiro e medicação. O serviço engloba ainda um espaço reduzido, que abrange a copa e os vestiários dos profissionais. Considerando o número de intervenções diárias, o reduzido espaço físico é uma das principais dificuldades identificadas. Quando os dois gabinetes estão ocupados, as intervenções são realizadas num outro espaço que é partilhado com outros serviços, e como tal, não se encontra adaptado às necessidades da pessoa em situação paliativa e encontra-se mais distante da área onde estão os outros gabinetes, o que dificulta o atendimento às pessoas com mobilidade reduzida.

A equipa presta atividade assistencial através de consultadoria ao internamento, consulta externa e apoio por teleconsulta, de segunda a sexta-feira entre as 8 e as 16 horas (Garcia & Cunha, 2022).

A equipa multidisciplinar é constituída por profissionais com formação na área paliativa. A equipa é composta por quatro médicos que detêm formação avançada em CP, sendo que o coordenador tem competência em Medicina Paliativa, e por seis enfermeiras: uma com funções de gestão, que partilha com a UCP da ULS; quatro enfermeiras especialistas, três na área paliativa, uma encontra-se em processo de conclusão do mestrado na área paliativa; e uma é enfermeira generalista, não apresentando no momento formação em CP, no entanto manifesta intenção de a concretizar futuramente.

No que respeita aos recursos de enfermagem, a equipa integra os requisitos formativos necessários, não obstante uma dotação de recursos humanos para as dimensões da ULS abaixo das dotações definidas no PEDCP 2023-2024, que deveria ter aproximadamente 11 enfermeiros (CNCP, 2023). Na equipa, também prestam funções uma técnica auxiliar de saúde, um assistente espiritual, um psicólogo, um assistente social e uma administrativa. A equipa de enfermagem e a técnica auxiliar de saúde estão em exclusividade na EIHS CP. A equipa médica cumpre funções como médicos



internistas no serviço de urgência e os restantes elementos pertencem a outros serviços do hospital tendo funções acumuladas na equipa.

Relativamente à atividade assistencial, a EIHS CP acompanha pessoas adultas que necessitem de acompanhamento diferenciado em CP, por presença de uma doença severa ou avançada, incurável e progressiva, seja oncológica ou não, com necessidade de apoio especializado e dirigida às três trajetórias, já abordadas no contexto anterior.

A referenciação é efetuada internamente através do *SClínico*®, com pedido de colaboração médica para consultadoria ao internamento ou de consulta, existindo também pedidos através de *e-mail* ou telefone por outros parceiros da comunidade.

As atividades desenvolvidas pela EIHS CP são em regime consultivo, através de consultas programadas, em hospital de dia, por consultadoria aos serviços de internamento da unidade hospitalar e através de teleconsulta, para situações de agudização pontual e esclarecimento de dúvidas a pessoas previamente acompanhadas pela equipa.

As primeiras consultas são sempre presenciais e é o momento em se inicia um trabalho diferenciado com a pessoa e família, assente nos quatro pilares dos CP. A par disso, apresenta-se a equipa e fornece-se um cartão com dados relativos aos contactos e horário de funcionamento. As consultas subsequentes podem ser realizadas por teleconsulta, caso a equipa e a díade entendam ser o mais benéfico para a pessoa. Esta decisão pode ser alterada em caso de agravamento clínico ou por outros motivos.

A consultadoria pelo internamento inicia-se após a referenciação e pedido de colaboração por parte da equipa médica do serviço de origem, sendo as pessoas observadas em contexto de enfermagem para ser prestado apoio especializado. Estas visitas são geralmente realizadas por médico e enfermeiro. Face ao elevado número de solicitações e aos escassos recursos humanos, não existe capacidade de resposta para acompanhar todos as pessoas internadas diariamente, pelo que são considerados como critérios de prioridade: descontrolo sintomático, primeira referenciação ou alterações significativas da condição clínica. Sempre que há intervenção por parte da equipa, existe o cuidado de esta se articular com os profissionais do serviço de internamento, partilhando a proposta de plano de cuidados com as alterações necessárias, reforçando as prioritárias, disponibilizando-se para qualquer esclarecimento por contacto telefónico sempre que os profissionais do internamento considerem pertinente, proporcionando uma melhor qualidade de vida às pessoas consultadas.

Após a avaliação especializada, consoante o nível de descontrolo sintomático a pessoa pode ser referenciada para a UCP, onde se mantém o seguimento de cuidados, ou caso



não necessite pode manter-se no internamento não especializado, com acompanhamento da EIHSCP. Após a alta, a pessoa é acompanhada em ambulatório através da consulta de CP, deslocando-se periodicamente, sob marcação, ao hospital.

Relativamente à valência de hospital de dia, nesta valência são efetuados vários procedimentos terapêuticos, nomeadamente: paracenteses evacuadoras, colocação de drenos intraperitoneais, colheitas de sangue para controlo analítico e/ou tipagem quando existe a necessidade de administrar hemoderivados, que é posteriormente concluído no serviço de sangue, administração de terapêutica por via subcutânea ou intravenosa e cuidados de enfermagem à pessoa com ferida maligna, entre outros.

Relativamente à modalidade de teleconsulta, ao longo do horário de funcionamento, a equipa presta apoio às pessoas e famílias acompanhadas pela equipa.

Segundo a OE (2021), a teleconsulta consiste numa intervenção desenvolvida no âmbito da telessaúde, realizada na modalidade de consulta não presencial, com recurso à utilização de telecomunicações e de tecnologias de informação. Através desta ação, providenciam-se cuidados de saúde, essencialmente por meio de telefone, com destaque para pessoas com mobilidade reduzida, problemas relacionados com a distância geográfica ou constrangimentos socioeconómicos. Esta intervenção tem inúmeras vantagens pois permite esclarecer as pessoas e suas famílias sobre as suas dúvidas, evitando o recurso aos serviços de saúde, nomeadamente aos serviços de urgência, a necessidade de transportes, os custos e toda a logística envolvida.

A teleconsulta na equipa é assegurada pela equipa médica e de enfermagem, sendo estes últimos os profissionais que asseguram a maioria das consultas, solicitando colaboração médica sempre que seja necessário para uma ação interdependente. A realização de registo no *SClínico*® da teleconsulta é uma prática adotada pelos enfermeiros. Por forma a obter uma avaliação sistematizada das necessidades, a equipa de enfermagem na realização da teleconsulta considera a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS) para identificação das necessidades, sendo a *Integrated Palliative Outcome Scale* (IPO-S) uma outra opção viável que permite uma avaliação multidimensional das necessidades (Antunes & Ferreira, 2020).

Em qualquer uma das valências, a equipa identifica o familiar de referência e estabelece o plano de cuidados. Sempre que necessário planeiam e executam conferências familiares e programam a continuidade de cuidados, articulando-se com os parceiros da comunidade, essencialmente ao nível dos cuidados de saúde primários e com uma equipa da região, integrada na RNCCI, que desenvolve ações paliativas, conforme preconiza o modelo cooperativo e integrado (CNCP, 2021).



A equipa faz internamentos diretos para uma UCP da região centro, seja por necessidade de controlo sintomático, exaustão do cuidador e/ou apoio nos últimos dias e horas de vida (UDHV), e referencia pessoas para outras equipas especializadas de CP, consoante a sua área de residência. A atividade da equipa engloba, em paralelo, referência para serviços de psicologia, apoio no luto e formação intra e extra-hospitalar na área dos CP aos profissionais da ULS na qual a unidade de saúde está integrada, em particular aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários.

Semanalmente a equipa multidisciplinar reúne para analisar os planos estabelecidos das pessoas que estão a ser acompanhadas em consultadoria no internamento. Este é também o momento onde se realizam reflexões sobre as temáticas que os profissionais consideram pertinentes, se partilham vivências e se comemoram os aniversários dos profissionais, verificando-se relações colegiais saudáveis entre todos os elementos da equipa.

A prática assistencial da equipa de enfermagem está, tal como a equipa abordada anteriormente, ancorada na Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, na Teoria de Final de Vida Tranquilo, de Cornelia Ruland e Shirley Moore e, principalmente, na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, sendo os dados recolhidos sistematizados informaticamente no sistema de informação *SClínico*®. À luz destas teorias, de acordo com a taxonomia CIPE®, os focos mais comumente identificados, conforme o Bilhete de Identidade Hospitalar, são: papel do prestador de cuidados, aceitação do estado de saúde, dor, obstipação, membrana mucosa, intolerância à atividade, gestão do regime terapêutico, tristeza, apetite e risco de queda (ICN, 2020; SPMS, 2025).

No que diz respeito ao processo de gestão de cuidados, a enfermeira gestora está presente na equipa uma vez por semana, colaborando na teleconsulta e no desenvolvimento de atividades no âmbito da gestão relacionadas com a formalização de pedidos de medicação, material clínico ou outros. A equipa de enfermagem apresenta autonomia e livre-arbítrio nas suas ações. Diariamente, as enfermeiras no início do turno articulam-se entre si e distribuem-se pelos postos de trabalho. A atividade da equipa acontece através de um método de organização de cuidados centrado na pessoa que é o método individual, visto que cada enfermeiro realiza uma abordagem global a um grupo de pessoas durante o turno, assumindo a total responsabilidade pelos cuidados prestados e registos efetuados (Ventura-Silva et. al., 2021).

Os registos de todos os procedimentos e intervenções desenvolvidos presencialmente ou não são realizados no *SClínico*®, e no programa *Glint*®, este último, essencialmente, para efetuar pedidos de dietas, material clínico e medicação. A equipa utiliza duas bases



de dados para gestão de cuidados: uma relativa ao luto e outra para registo das pessoas acompanhadas pela equipa, em qualquer atividade de assessoria, a qual engloba dados relativos ao início do acompanhamento e à data de óbito. O objetivo destas é essencialmente permitir extrair dados para fundamentar a necessidade da existência da equipa. Existe também um documento em Excel® predefinido que suporta a referenciação de enfermagem para a unidade de internamento de CP. Verificam-se também registos em formato físico, impressos da instituição e outros exclusivos da equipa, para facilitação de registo interno e transmissão de informação.

Alinhado ao pressuposto estabelecido no artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), integrado na lei n. 156/2015 de 16 de setembro (2015), a equipa colabora, à semelhança da anterior, no desenvolvimento de projetos, por forma a contribuir para os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017). O “*Protocolo de Apoio no Luto*”, suportado no Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos, é disso exemplo. Este projeto incide na avaliação do risco no luto, atuando como uma medida profilática na identificação de lutos complicados. A equipa integra, a par disso, outro projeto direcionado para a visibilidade dos benefícios da massagem terapêutica, e reconhecendo que cabe às equipas especializadas de CP ensinar e difundir os princípios e a filosofia destes cuidados, os enfermeiros colaboram em estreita articulação com as estruturas da comunidade, promovendo a dinamização de sessões que incidem na formação em CP dirigidas para enfermeiros dos cuidados de saúde primários, integrados na ULS, projeto esse intitulado de “*Formar +*”.

Concluída a caracterização dos contextos de aprendizagem, apresento, no capítulo seguinte, as competências comuns do enfermeiro especialista respeitantes à área do EEEMC-EPSP, destacando-se os saberes essenciais para uma prática qualificada.



## 2 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As instituições de saúde exigem aos enfermeiros um maior rigor técnico e científico, sendo a formação avançada e a especialização uma necessidade. Neste capítulo, apresento as atividades que desenvolvi no âmbito do perfil das competências comuns do enfermeiro especialista plasmadas no Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro (2019) nos domínios: i) responsabilidade profissional, ética e legal; ii) melhoria contínua da qualidade; iii) gestão dos cuidados; e iv) desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

### 2.1 – DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal pressupõe que o enfermeiro especialista execute uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

A enfermagem enquanto profissão tem vindo a evoluir, respondendo às progressivas necessidades de cuidados das pessoas e comunidades, pelo que é essencial repensar constantemente as práticas e abordagens em enfermagem, destacando-se a importância de os enfermeiros especialistas atuarem com base em princípios éticos e deontológicos (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Esta afirmação alinha-se com o descrito no mesmo regulamento que refere que na sua prática, os enfermeiros especialistas devem adotar uma conduta ética responsável, atuando no respeito pela *legis artis*, pelos princípios éticos e pela deontologia profissional, assim como pelos direitos humanos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, gerindo situações potencialmente comprometedoras, através da avaliação sistematizada das melhores ações, assentes nas preferências da pessoa, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.

Com o foco na pessoa com doença incurável, evolutiva e avançada é evidente a importância da disciplina de ética e da deontologia profissional no dever do respeito pela dignidade do ser humano, que deve prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade (Ribeirinho & Carvalho, 2021). Esta noção é transversal com a literatura consultada, que evidencia que o enfermeiro especialista deve sempre defender e respeitar inquestionavelmente a proteção da vida humana, os direitos e a dignidade intrínseca à pessoa com necessidades paliativas, em todas as circunstâncias. Aliás, a dignidade humana é um princípio ético e moral tão importante



que é descrito pela Assembleia da República no artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa VII Revisão constitucional (2005, p.1) “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana”.

A Deontologia Profissional de Enfermagem coaduna-se com estes princípios, referindo que “a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios” (OE, 2015, p.39) e deve ser a base de toda a conduta e atuação do enfermeiro especialista. A pertinência desta abordagem é assim concordante com os códigos de ética e deontologia profissional, que afirmam que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação pela defesa da dignidade, reconhecendo a importância da pessoa, do profissional de saúde, do contexto e dos cuidados de saúde. É precisamente este respeito pela dignidade que deve ser a génese de todo e qualquer cuidado e prática em enfermagem pois, para Ann Gallagher (2004, p.9) “todos os enfermeiros precisam de olhar com justiça e compaixão, ouvir atentamente, agir para melhorar quando necessário e responder com sensibilidade” desenvolvendo “a capacidade de refletir crítica e objetivamente sobre nós próprios e sobre as nossas ações, de modo a dependermos menos das opiniões dos outros”.

Mediante estas premissas, considero que toda a minha abordagem foi condizente com estas premissas. Nas primeiras semanas, adotei uma postura de observação, embora tivesse manifestado bastante iniciativa e proatividade, de modo a conhecer a organização e o funcionamento das equipas, sendo que com o apoio disponibilizado por todos desde o primeiro dia, foi-me possível ser autónoma nas decisões e participar nas intervenções. Considero que o facto de ter dado a conhecer o meu sentido de responsabilidade desde a fase inicial, foi um fator decisivo que potenciou o sentimento de confiança que as equipas depositavam no trabalho que desenvolvia, o que foi positivo e favorável a proporcionarem-me múltiplas oportunidades de aprendizagem.

Ao longo dos estágios procurei sempre pautar os cuidados de enfermagem de acordo com os pressupostos éticos, legais e deontológicos da profissão de enfermagem, por um lado no que se refere às regras e normas da instituição, tal como aos profissionais das equipas que me acolheram, e por outro em relação às pessoas e famílias com as quais intervimos, atuando em conformidade com a proteção dos direitos da pessoa, nomeadamente no que se refere ao princípio do respeito pela autonomia, negociando sempre com a pessoa o cuidado a ser realizado. A par disso, considero que fui um agente facilitador no processo de capacitação da pessoa para a tomada de decisão partilhada, conferindo-lhes um papel ativo nas decisões terapêuticas, tendo como base o respeito pela veracidade, assim como pelo direito de autodeterminação e autonomia, desde que a pessoa tivesse capacidade para se autogovernar. Quando a pessoa não



tinha capacidade para se autogovernar ou quando manifestava vontade para que a família fosse envolvida na tomada de decisão esta era tida em conta. O princípio do respeito pela autonomia é um conceito central na moralidade que se refere à ausência de limites para decidir sobre o que a pessoa quer para si, desde que não implique danos prejudiciais para outro ser humano, sendo por isso entendido como uma questão ética essencial (OE, 2015; Ribeirinho & Carvalho, 2021).

Considerando que todos os profissionais necessitam de referenciais éticos que suportem a sua intervenção, tive como princípio fundamental na abordagem prática durante os estágios profissionais uma intervenção segundo a Lei n. 31/2018 de 18 de julho (2018). A lei referida assume uma inestimável importância na área dos CP e densifica todos os direitos que as pessoas com doenças graves, avançadas e incuráveis, em fim de vida, têm o direito de usufruir, realçando o encorajamento à realização das diretivas antecipadas de vontade, a realização do testamento vital ou à nomeação de um procurador de cuidados de saúde. Estas ações traduzem-se na capacidade de oferecer sentido de controlo à pessoa, com respeito pela sua autonomia e liberdade.

As diretivas antecipadas de vontade representam as vontades e desejos expressos pela pessoa relativamente aos tratamentos, preferências e cuidados que quer receber quando não tiver capacidade para transmitir a sua escolha. O testamento vital contempla as intervenções às quais a pessoa quer ou não ser submetida (Ribeirinho & Carvalho, 2021). Contrariamente, de acordo com o autor supracitado, quando é realizada a nomeação do *procurador de cuidados de saúde*, este representará legalmente a pessoa e é quem toma decisões quando esta estiver incapaz de decidir por si, tendo a sua decisão significado idêntico como se fosse a própria a decidir. Estes princípios permitem a definição de um plano antecipado de cuidados, sendo uma garantia que quando a pessoa deixa de ter capacidade de tomar decisões, os cuidados prestados vão ao encontro das preferências e expectativas individuais de cada pessoa, promovendo o direito da pessoa à manifestação da sua autonomia.

Paralelamente, mantive uma atitude isenta de juízos de valor, considerando aspetos sociais, culturais, financeiros e religiosos ou outros que pudessem interferir na relação, preservando, assim, o princípio da justiça, e com adoção de uma conduta de respeito pela privacidade e garantia da confidencialidade da informação, assim como pelos outros princípios do Modelo Principlista, nomeadamente a beneficência e a não-maleficência. A este propósito, considero que foi desenvolvida uma aliança terapêutica, em que as ações foram desempenhadas com proporcionalidade terapêutica e suportadas nos princípios mencionados, visto que eram realizadas em prol do máximo



benefício das pessoas e famílias, fazendo o que era melhor, quer a nível técnico, científico, quer ético, implementando todos os conhecimentos no sentido de obter benefício, e conseqüentemente causar o menor prejuízo ou complicações para a pessoa (OE, 2015).

Na base destes argumentos, e considerando a vivência na EIHS CP, antes de se iniciar qualquer acompanhamento é explicada a filosofia e objetivos dos cuidados à pessoa. Todavia, presenciei que em algumas situações em que ao contacto inicial com os profissionais da EIHS CP, a pessoa recusou a prestação de cuidados por parte da equipa. Após uma explicação detalhada sobre o propósito da intervenção, a pessoa manteve a sua decisão de permanecer ao cuidado da especialidade onde se encontrava internada, recusando qualquer intervenção de natureza paliativa. Neste caso, indo ao encontro dos princípios anteriormente mencionados, foi mantido o respeito pela autonomia da pessoa, que apresentava capacidade de autodeterminação, não tendo sido iniciado o acompanhamento, apesar da equipa ter revelado disponibilidade caso a pessoa alterasse a sua decisão no futuro.

Paralelamente, uma realidade comum em CP, observada na interação com as pessoas durante os estágios foi a conspiração do silêncio. Este fenómeno que ocorre quando a comunicação é suprimida, conduz a várias conseqüências para a pessoa, nomeadamente a perda de autonomia para a tomada de decisão, falta de confiança na equipa multidisciplinar e sentimentos de incompreensão, solidão e abandono, com efeito no desrespeito pela preservação da dignidade e o direito à autonomia (Mota & Beça, 2021). Nestes casos, essencialmente motivados pelos familiares, inicialmente tive dificuldade em gerir as situações pela sua complexidade, no entanto através dos momentos de *debriefing* com as enfermeiras supervisoras e restante equipa consegui adquirir estratégias para intervir nestes casos. A minha intervenção centrou-se sobretudo no trabalhar com a pessoa e a sua respetiva família sobre a importância de garantir uma comunicação aberta, clara, baseada numa esperança realista, assegurando que as pessoas mantenham o controlo sobre as suas decisões, garantido deste modo o respeito pela dignidade.

Na prática dos enfermeiros, em especial na área paliativa, estes profissionais confrontam-se diariamente com situações de natureza complexa, de onde advêm dilemas e problemas éticos, que exigem uma tomada de decisão com conhecimento e fundamentação. Deste modo, é imprescindível que os enfermeiros se encontrem munidos de ferramentas para suportarem as suas decisões. No âmbito da prática especializada, pude desenvolver hábitos, sensibilidade e competência ética para enfrentar os problemas, tomando decisões que respondam corretamente a esses



desafios e resultem em cuidados de qualidade. Para isso, o modelo de Janet Matthews (2010) adaptado por Morgado et al., (no prelo) integrou uma das bases da minha intervenção, pois o modelo referido apresenta-se como um instrumento facilitador, que sistematiza o processo de tomada de decisão ética no contexto da prática dos enfermeiros, conforme se encontra explanado no fluxograma do Anexo 1.

## 2.2 – DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

No âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista deve: garantir um papel dinamizador na elaboração e suporte das iniciativas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando na conceção e operacionalização de projetos de melhoria contínua; e executar práticas que visem a criação de um ambiente terapêutico e seguro na prática de cuidados (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

De acordo com o regulamento supracitado, o enfermeiro especialista, enquanto profissional dotado de competências que lhe permitem reconhecer que a melhoria da qualidade envolve a caracterização e avaliação das práticas, a revisão das mesmas e a seleção de medidas corretivas baseadas em evidências científicas, deve implementar um processo sistemático e contínuo de monitorização das práticas dos profissionais (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). É um profissional responsável por desenvolver a sua capacidade crítica e reflexiva sobre os cuidados de enfermagem, assumindo um compromisso com as organizações de saúde, de modo a serem alcançados elevados níveis de qualidade para se manterem competitivas num ambiente complexo e em constante mudança (OE, 2017).

Simultaneamente, este pressuposto alinha-se com o Regulamento Profissional do Enfermeiro (REPE), artigo 9.º, inserido na Lei n. 156/2015 de 16 de setembro (2015), onde está explanado que os enfermeiros são profissionais de saúde que devem colaborar ativamente no desenvolvimento de trabalhos de investigação, que contribuam para o progresso da enfermagem e a melhoria contínua dos cuidados prestados. Assim, em concordância com este domínio, durante o período do estágio na EIHS CP, e face às necessidades da equipa identificadas após uma análise prévia, desenvolvi um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCCQE) no âmbito da adoção de intervenções multidimensionais na identificação das necessidades das pessoas e suas famílias.

A pertinência deste trabalho justifica-se concomitantemente com o Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho (2018), onde se apresenta definido que compete ao EEEMC-



EPSP identificar as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares, ao nível físico, psicoemocional, sociofamiliar e espiritual. O projeto referido foi apresentado a todos os profissionais, em reunião de equipa, no dia 15 de janeiro de 2025, delineando-se estratégias para a sua concretização, conforme está descrito no Apêndice 1.

Na EIHSCP, a avaliação das necessidades da pessoa e da sua família representa um momento importante, dado que ocorre a partilha de informações e preferências da díade com o propósito de se alcançar o melhor plano terapêutico possível. Atualmente, as necessidades físicas e psicológicas são identificadas de acordo com a ESAS. No entanto, verifica-se uma lacuna no que respeita à avaliação das necessidades sociais e espirituais, não existindo a utilização de uma estratégia individualizada e planificada para a sua avaliação na equipa.

Neste sentido, admitindo a necessidade de atualização permanente de conhecimentos e aquisição de competências, desenvolvi o projeto intitulado de “Cuidar em harmonia: medir para implementar Cuidados Paliativos personalizados à pessoa e família”.

O projeto foi planificado à luz dos princípios da investigação-ação e recorre ao Ciclo de Qualidade de *Deming* como metodologia para a sua estruturação: PDCA – *Plan, Do Check e Act* (Conselho de Enfermagem Regional, 2013).

Relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, o presente PMCQCE integra-se nas categorias dos enunciados descritivos da OE: a satisfação do cliente, o bem-estar e o autocuidado, a prevenção de complicações e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017).

Através da implementação do projeto delineado objetivou-se melhorar três dos pilares essenciais de qualquer equipa: bem-estar/satisfação da pessoa cuidada e família; qualidade dos cuidados de enfermagem; e conhecimento da equipa sobre a *Integrated Palliative Care Outcome Scale* (IPO-S).

A filosofia dos CP centra-se na promoção da qualidade de vida e dignidade durante as transições decorrentes de uma doença ameaçadora da vida, a qual constitui momentos de grande sofrimento nas várias dimensões. A multidimensionalidade assume particular interesse na área dos CP, surgindo o conceito de dor total, crucial para alcançar a verdadeira humanização dos cuidados de saúde (Neto, 2022).

Neste contexto, visto que a utilização de instrumentos de medida é uma prática de extrema relevância para a continuidade dos cuidados, na medida em que permite a aquisição de dados concretos, e com base na importância que atribuo à



multidimensionalidade das necessidades da pessoa em situação paliativa, optei por desenvolver o projeto nesta área.

A IPO-S consiste numa escala multidimensional, que foi desenvolvida para ser utilizada em pessoas com doenças avançadas e incuráveis, sejam oncológicas ou não oncológicas. Este instrumento permite identificar as principais necessidades das pessoas com necessidades de CP, abrangendo vários domínios de sintomas físicos e outros sintomas de carácter psicológico, espiritual e social, comunicação, necessidades de informação e outras preocupações práticas (Antunes & Ferreira, 2020).

Em suma, a introdução desta ferramenta na equipa afigurou-se como um aspeto relevante da minha atuação, na medida em que veio reforçar nos profissionais a necessidade de promover uma abordagem multidimensional à pessoa com necessidades paliativas e sua família, através da utilização de um instrumento que permite a monitorização, ao longo do tempo, das necessidades da dade, proporcionando um *feedback* valioso à equipa. Esta intervenção permite aos profissionais de saúde otimizar o atendimento especializado em CP, pois a identificação das necessidades principais de cada pessoa e família, possibilita o desenvolvimento de planos de cuidados integrais e personalizados, ajustados às múltiplas necessidades de cada dade. Permite ainda avaliar o impacto das intervenções na qualidade de vida da pessoa e família e melhorar a assistência através de uma resposta centrada na pessoa.

### 2.3 – DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

O domínio da gestão dos cuidados de enfermagem prevê que o enfermeiro especialista deve: gerir os cuidados de enfermagem, otimizar a resposta da equipa e a articulação da mesma, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados; e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

No que diz respeito aos objetivos alusivos ao domínio da gestão de cuidados, considero que a oportunidade de participar nas reuniões multidisciplinares semanais, que são desenvolvidas com objetivo de planear e determinar as prioridades de atuação, foi fulcral para compreender que toda a equipa intervém de forma coesa, coerente e articulada. Nestes momentos, foi-me dado espaço para colaborar com todos os profissionais na definição do plano de cuidados e participar na referenciação da pessoa para outros apoios, como o psicólogo e a assistente social, agindo em prol do maior benefício para a pessoa, família ou cuidadores (Ribeirinho & Carvalho, 2021).



Indo ao encontro do explanado neste domínio acerca da gestão dos cuidados, e em concordância com as enfermeiras tutoras com quem houve partilha de conhecimento, troca de ideias e delineação de estratégias, constatei a importância da existência de materiais para avaliação da pessoa e família na primeira consulta e nas teleconsultas realizadas na EIHSCP, promovendo um ambiente terapêutico seguro e eficiente e uma intervenção de enfermagem mais estruturada (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Neste contexto, desenvolvi dois guiões estruturados, um relativo à primeira consulta de enfermagem programada de CP, que engloba uma visão ampla dos pontos fulcrais a serem abordados nas primeiras consultas, e que se encontra construído em concordância com o programa de documentação *SClinico*® (Apêndice 2). O outro guião destina-se ao registo das teleconsultas, sendo que após uma reflexão partilhada com as enfermeiras supervisoras, entendemos a importância do rigor na organização da informação, documentando-a com uma estrutura concetual alinhada com a matriz da ESAS, e segundo uma *checklist* que identifica os principais fatores que contribuem para a génese de um sintoma, caracterizando o início, a localização, a intensidade, os fatores de agravamento e a medicação habitual e de SOS cumprida, a fim de traçar estratégias terapêuticas eficazes. Este guião permite uma abordagem consistente, possibilita a monitorização contínua dos sintomas que exigem intervenção da equipa. Desta forma, trata-se de uma intervenção bem estruturada e organizada, que facilita a identificação rápida dos sintomas, com objetivo de garantir o conforto da pessoa e da sua família (Apêndice 3).

Na ótica da adaptação da liderança e da gestão de recursos, participei com as enfermeiras supervisoras na gestão de *stocks* de medicação e de material clínico, de acordo com o modelo de reposição por níveis (Parreira et al., 2022), o que foi uma mais-valia, pois não é uma prática comum que tenho no meu contexto profissional e por isso esta foi uma atividade que desenvolvi neste domínio. A par disso, na EIHSCP colaborei com as enfermeiras especialistas na alocação dos recursos humanos de acordo com as necessidades de cuidados identificadas.

#### 2.4 – DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais pressupõe que o enfermeiro especialista deve: desenvolver o autoconhecimento e assertividade; e suportar a sua *praxis* clínica especializada na evidência científica atual (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).



Os profissionais que desenvolvem a sua *praxis* na área dos CP, para além do construto experiencial e intelectual, defrontam-se diariamente com situações de forte carga emocional, o que pode afetar a sua saúde física e emocional, dificultando e interferindo no desempenho das suas funções. Concomitantemente, a manifestação de sentimentos negativos pelas pessoas e famílias é uma constante, que está relacionada essencialmente com o descontrolo sintomático e o impacto que este tem na sua qualidade de vida, tal como com a aproximação da finitude (Yu et al., 2023).

Neste contexto, importa que o enfermeiro especialista desenvolva continuamente estratégias de forma a desenvolver o autocuidado na gestão de competências emocionais. A resiliência psicológica consiste na capacidade de se lidar e adaptar à adversidade de forma eficaz, cultivando atitudes positivas e estratégias eficazes para gerir situações difíceis (Tan et al., 2025). Neste sentido, o foco na resiliência psicológica na vivência destas experiências contribuiu para melhorar a minha capacidade de gestão de emoções, através de um trabalho contínuo de autorreflexão sobre o contributo da minha intervenção no alívio do sofrimento do outro. Este processo ajudou-me a focar a minha atenção nos sentimentos positivos que a minha atuação gerou no outro, ao invés de me centrar nas emoções negativas, o que me permitiu lidar melhor com os desafios emocionais (Davis et al., 2023).

No decorrer das aprendizagens práticas assumi uma postura proativa com o objetivo de aprimorar o meu autoconhecimento e assertividade, especialmente nas áreas em que identifiquei necessidades de melhoria, como a comunicação, e particularmente na transmissão de más notícias, a promoção da esperança realista e, a par disso, a realização de procedimentos técnicos com as quais tinha menos confiança e aptidão. A realização de trabalho autónomo de pesquisa, tal como a utilização da estratégia de *debriefing* com a equipa foi uma estratégia benéfica, na medida em que os momentos de reflexão e as partilhas de experiências que se proporcionaram influenciaram o desenvolvimento de uma prática do cuidar mais consistente (Kuszajewski, 2021).

Em relação a outras oportunidades de crescimento profissional, reconhecendo que a prática baseada na evidência científica permite a resolução de problemas nos contextos de prática clínica, envolvi-me em vários desafios que foram surgindo no decorrer da aprendizagem. Neste âmbito, participei numa aula aberta dinamizada pela ESEnC, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Ana Querido, que se centrava na avaliação e intervenção na esperança em CP, o que foi uma mais-valia, pois permitiu-me rever aspetos concetuais relevantes e adquirir estratégias práticas para abordagem deste tema com as pessoas e famílias durante a prática especializada (Neto, 2022).



Colaborei igualmente na elaboração de uma pesquisa científica sobre a massagem terapêutica. A síntese das evidências encontradas vão no sentido de que a massagem terapêutica, enquanto medida não farmacológica, tem um impacto favorável no controlo sintomático. Os resultados desta pesquisa foram apresentados no I Congresso Internacional da Associação de Profissionais de Cuidados Paliativos da Região Centro, sob a forma de comunicação oral (Anexo 2). Desenvolvi, assim, conhecimentos sobre uma intervenção autónoma que tem múltiplos benefícios para as pessoas com necessidades paliativas ao promover o seu conforto e bem-estar, o que contribui para cuidados de excelência (Cates et al., 2023).

Outra das atividades que desenvolvi no contexto desta competência foi a participação no *Curso Básico de Cuidados Paliativos*, dinamizado no âmbito de um dos projetos da equipa, denominado de “*Cuidar + no Domicílio*” ao abrigo do Programa “*Integrar +*”. Este projeto, integrado na EIHS CP, é da autoria da enfermeira gestora e conta com a colaboração de uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde comunitária e familiar que desempenha funções numa ECCI e presta apoio à equipa no acompanhamento de pessoas com necessidades paliativas da sua área de abrangência. O projeto consiste na dinamização de um curso básico de CP com a duração de 18 horas.

As sessões foram dinamizadas por elementos da equipa multidisciplinar da EIHS CP, a um conjunto de enfermeiros que estão integrados nas ECCI de sete concelhos da região centro. Os objetivos gerais do projeto consistem em capacitar os enfermeiros na área dos CP, promover a referenciação precoce de pessoas com necessidades paliativas, promover a articulação entre equipas e promover a qualidade e a humanização dos cuidados. Quanto aos objetivos específicos destacam-se: identificar e capacitar enfermeiros para integrarem um papel ativo no plano individualizado desenvolvido para a pessoa com doença grave e incurável, em fase avançada, progressiva e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, aliviando o seu sofrimento e promover a reflexão sobre temáticas de CP em contexto de prática clínica e divulgar a intervenção da EIHS CP nos pessoas internadas em serviços hospitalares e extra-hospitalares. Este foi um notável momento de aprendizagem, no qual tive oportunidade de assistir e intervir nas sessões acerca dos temas: princípios no controlo da dor e outros sintomas – técnicas farmacológicas e não-farmacológicas, administração de fármacos por via SC e princípios sobre ferida maligna. A participação nesta atividade permitiu-me aprimorar conceitos e adquirir novos conhecimentos nas temáticas abordadas, que posteriormente coloquei em prática durante o desenvolvimento da prática clínica (Cunha & Corino, 2024).



Outra das ações passou pela participação na visita dinamizada pela ESEnfC à Universidade de Huelva, que é primeira universidade compassiva da Europa (nos dias 28 a 29 de outubro). O desenvolvimento desta ação foi proporcionado no âmbito da semana da saúde que estava a decorrer naquela instituição, estando o programa intitulado de “*Acompanha-te. Cultiva a Compaixão*”. O objetivo centrou-se na sensibilização dos estudantes dos cursos de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, enquanto futuros enfermeiros especialistas, para um tema que tem sido recentemente abordado e que deve ser partilhado para que os profissionais de saúde tenham o conhecimento e as habilidades necessárias para melhorar a compaixão na sua prática profissional (Colimão, 2021).

A compaixão embora seja um princípio orientador vital em todas as abordagens de saúde pública, ela representa um padrão de cuidado e uma componente essencial da experiência de saúde na área dos CP, que tem um impacto importante nas pessoas e suas famílias ou cuidadores, nomeadamente, na redução da carga sintomática, na melhoria da sua qualidade de vida e melhores relações entre os profissionais de saúde e as pessoas. É definida como uma resposta emocional genuína ao sofrimento do outro, que conduz a uma ação por meio da compreensão e ações relacionais, que motivam o desejo de aliviá-lo. Esta ação proativa que visa aliviar o sofrimento é um aspeto central e distintivo da compaixão comparativamente à empatia (Malenfant et al., 2022).

A evidência sublinha que o tema referido é essencial para o sucesso da *praxis*, pois a compaixão é considerada como uma competência central no cuidado humanizado, assumindo um papel crucial na satisfação das necessidades da pessoa em situação paliativa e da sua família. Neste contexto, destaca-se o movimento atual das comunidades compassivas, que enfatiza a importância da promoção da saúde em fim de vida. Estes cuidados são uma responsabilidade coletiva, isto é, todos nós podemos atuar como “agentes de mudança”, sendo a resposta mais efetiva se trabalharmos em parceria (Colimão, 2021; Sinclair et al., 2020).

Os enfermeiros especialistas devem integrar na sua prática a melhor evidência científica, assim como serem agentes ativos no campo da investigação (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Integrado nesta competência, em simultâneo com o decorrer da componente clínica, incorporei a realização de um trabalho de investigação, o qual consiste na adaptação cultural de uma escala para a população portuguesa, que permite avaliar a competência percebida pelos enfermeiros em CP.

Diante da atual condição epidemiológica, em que as pessoas com necessidades paliativas são uma realidade de todos os contextos de prestação de cuidados, a



assistência a estas pessoas pode tornar-se um desafio para os enfermeiros, se estes não detiverem a formação necessária (Capelas et al., 2018). Todos os contextos devem, assim, reorganizar-se de modo a assegurar uma resposta em CP precoce e efetiva. Mediante esta problemática, reconhecendo que as respostas especializadas são insuficientes para as necessidades crescentes da população na área paliativa, a pertinência deste trabalho justifica-se pela necessidade de avaliar as necessidades formativas dos enfermeiros e o impacto dos programas educacionais na formação destes (Desbiens & Fillion, 2011). Deste modo, começar por caracterizar a competência percebida pelos enfermeiros em CP pode influenciar a integração de uma abordagem paliativa nos vários contextos de atuação, de modo a que a resposta seja adequada à complexidade e às necessidades multidimensionais das pessoas e das suas famílias. Representa também um mecanismo de sensibilização para as áreas em que os enfermeiros mais necessitam de investir na sua formação específica, na área. Clarificada esta problemática, surge, então, na parte II deste relatório o trabalho de investigação, intitulado de “Competência percebida pelos enfermeiros portugueses em Cuidados Paliativos”.



### **3 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA**

No contexto da prestação de cuidados a pessoas com doenças incuráveis ou graves, em fase avançada, progressiva e terminal, bem como aos seus cuidadores e familiares, é fundamental que o enfermeiro desenvolva e adquira competências científicas, técnicas, humanas e culturais específicas nesta área.

A OE tem documentado as competências específicas, consideradas essenciais para proporcionar cuidados diferenciados, adequados às necessidades da pessoa e alinhadas com os diversos contextos de prestação de CP. O desenvolvimento dessas competências, conforme estabelecido no Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho (2018), garante que o enfermeiro esteja preparado para enfrentar os desafios desta área, proporcionando cuidados humanizados de qualidade, em conformidade com as melhores práticas e com as atuais exigências sociais, as quais passo, nesta parte, a analisar criticamente, cada uma *per si*.

#### **3.1 – CUIDA DA PESSOA COM DOENÇA INCURÁVEL OU GRAVE, EM FASE AVANÇADA, PROGRESSIVA E TERMINAL DOS SEUS CUIDADORES E FAMILIARES, EM TODOS OS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA, ALIVIANDO O SEU SOFRIMENTO, MAXIMIZANDO O SEU BEM ESTAR, CONFORTO E QUALIDADE DE VIDA**

O ato de cuidar constitui a essência da *praxis* da enfermagem. É entendido como um conceito central da existência humana que engloba cinco aspetos essenciais, os quais integrei na minha prática ao longo dos dois estágios profissionais: compaixão, como competência moral necessária para compreender o sofrimento do outro; competência, que implica estar devidamente capacitado para o exercício de cuidar do outro; confidencialidade, que assegura o respeito pela intimidade e privacidade do outro; confiança, que envolve a capacidade de acolher a outra pessoa com empatia; e consciência, que exige estar atento aos pormenores e à vulnerabilidade da pessoa e família (Abejas & Dias, 2021).

Os CP representam uma resposta de saúde imprescindível para as pessoas em situação de sofrimento intenso, sendo cuidados dirigidos a qualquer pessoa de todas as idades. São cuidados recomendados para pessoas com doença avançada, grave e incurável, em qualquer fase do processo de evolução da mesma ou do seu tratamento, não se reservando a situações de terminalidade ou fim de vida, e para as suas respetivas famílias. Abrangem tanto doenças oncológicas como doenças não oncológicas, nomeadamente demências, doenças degenerativas, doenças congénitas ou insuficiências de órgão (Wantonoro et al., 2022).



Em consonância com o referido anteriormente, em ambos os contextos de aprendizagem, constatei que a maioria das pessoas acompanhadas pelas equipas tinha como diagnóstico principal uma doença oncológica. Todavia, existiam também pessoas com diagnóstico de doença não oncológica, nomeadamente insuficiência cardíaca, patologias respiratórias e demências e/ou síndromes de fragilidade do idoso.

Diante disto, pude compreender tal como é condizente com Neto (2021), que as trajetórias das doenças são distintas, mas as pessoas com doenças não oncológicas vivenciam necessidades tão ou mais complexas em comparação com as pessoas com doenças oncológicas, o que sublinha a importância de se promover uma intervenção igualmente especializada, com enfoque numa intervenção ativa nas múltiplas vertentes do sofrimento, de modo a que este não seja disruptivo para a pessoa e sua família.

Surge, com base neste argumento, a avaliação da complexidade das pessoas com necessidades paliativas, através do Instrumento de Diagnóstico da Complexidade de CP (IDC-Pal), como uma intervenção necessária nas equipas. Esta escala faz diferenciação entre três grupos: *pessoa não complexa*, *pessoa complexa* e *pessoa altamente complexa*. Este recurso permite adequar a resposta das equipas, em função das necessidades e complexidades das situações (OPCP, 2020).

Neste âmbito, importa investir na referenciação das pessoas que vivenciam doenças avançadas para o nível especializado, que é ainda um problema basilar com tendência para ocorrer tardiamente na trajetória da doença (Baldaia, 2023).

Esta realidade foi particularmente evidente durante o estágio profissional na UCP, mas também na EIHSCP, onde observei que a maioria das pessoas era referenciada para consultadoria no internamento numa fase muito avançada da doença, o que limitava o cuidado às pessoas e famílias que poderiam beneficiar de uma intervenção mais precoce. Observei muitas situações de referenciação no internamento com as pessoas em situação de UDHV, o que dificultava o desenvolvimento de um trabalho sustentado nos quatro pilares. A intervenção da equipa ficava restrita, sobretudo, a medidas exclusivas de controlo sintomático.

O foco da intervenção da equipa nestes casos fundamentava-se, principalmente, na Teoria do Final de Vida Tranquilo, auxiliando a pessoa, a família e seus cuidadores a alcançar uma morte pacífica, baseada nos cinco conceitos fundamentais, definidos pela teórica: não ter dor, experienciar conforto, dignidade e respeito, estar em paz e proximidade com as pessoas importantes. Esta teoria é concordante com os princípios dos CP. O foco não se centra na evidência do morrer, mas na possibilidade de proporcionar uma vivência pacífica e significativa para a pessoa e família no tempo de vida (Zaccara et al., 2020).



Transversalmente aos dois contextos de aprendizagem, o modelo de prestação de cuidados predominantemente observado foi o modelo dicotómico, o que não é concordante com as recomendações atuais. O modelo que atualmente se preconiza é o modelo cooperativo com intervenção nas crises. Este modelo propõe que os CP sejam integrados o mais precocemente possível, e em estreita articulação com o tratamento curativo, uma vez que esta resposta permite melhorar a qualidade de vida ao longo de toda a trajetória da doença incurável, pois não é só na fase terminal ou em situação de UDHV que a pessoa e a família beneficiam de uma abordagem global do seu sofrimento (Mota & Beça, 2021).

Emerge, deste modo, a necessidade urgente da implementação de uma abordagem mais precoce e integrada, que permita uma intervenção eficaz ao nível de todas as dimensões do sofrimento, pois “os CP são tanto mais eficazes quanto mais precocemente integrados no curso das doenças” (Baldaia, 2023, p. 12). Melhorando a referenciação, prevê-se melhorar não só o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas e suas famílias, com impacto na sobrevivência, como também diminuir o número de hospitalizações desnecessárias e a sobreutilização dos serviços de saúde.

O mesmo autor aponta inúmeras barreiras para uma referenciação tardia, destacando-se questões relacionadas: a) com os profissionais de saúde: crenças, falta de literacia e estigma relacionado com os CP, dificuldade em lidar e abordar situações relacionadas com o fim de vida e dificuldade na coordenação dos cuidados; b) com o sistema de saúde: recursos em número limitado e dificuldades na interpretação dos critérios de referenciação; e c) com as pessoas doentes: dificuldade em prever o curso da doença e prognóstico e preconceito da pessoa e/ou sua família sobre os CP (Baldaia, 2023).

A implementação de instrumentos multidimensionais nos vários contextos de prestação de cuidados permite otimizar a identificação precoce das pessoas que necessitam de intervenção diferenciada, garantindo a divulgação e implementação dos critérios de referenciação, pelo que é uma medida recomendada nas instituições de saúde, para que se consiga intervir atempadamente e melhorar a resposta universal em CP (Capelas et al., 2018).

Urge, assim, a necessidade de fomentar a formação dos profissionais de saúde neste tema. A pergunta surpresa, “*Ficaria surpreendido se este doente morresse durante o próximo ano?*” constitui uma ferramenta útil e fiável para a identificação de pessoas com doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, e com prognóstico de vida inferior a um ano. Tendo como ponto de partida esta pergunta, a escala “NECessidades PALiativas” (NECPAL), é um outro instrumento de fácil aplicação que visa identificar pessoas com necessidades paliativas (OPCP, 2020).



Na promoção da sensibilização para a referenciação precoce visa-se igualmente que os profissionais sirvam de *stakeholders*, promovendo ações de formação sobre os princípios dos CP junto da população, que levem ao reconhecimento da literacia em CP como determinante para uma nova compreensão, conhecimento e aceitação destes cuidados por parte da população em tempo útil, sendo urgente recusar aceitá-los como cuidados de “fim de linha” (Soares & Mendes, 2022). A disseminação desta filosofia de cuidados é uma estratégia útil na consciencialização social para a sua importância, promovendo a mudança do paradigma atual e melhorar o acesso a estes cuidados, através da promoção da capacidade de tomarem decisões fundamentadas de forma a que mantenham uma “boa saúde”. Enquadrado nesta necessidade, elaborei em conjunto com a colega que partilhou comigo a experiência do estágio na EIHS CP, dois panfletos direcionados para a população. Um deles, é dirigido às pessoas acompanhadas pela equipa, e engloba informações gerais sobre CP e dados específicos, nomeadamente contactos e horário de funcionamento da equipa (Apêndice 4). O outro panfleto é dirigido à população em geral, e fornece informações sobre os recursos especializados em CP existentes na ULS, onde se enquadram estas pessoas, com informações de como são efetuados os processos de referenciação (Apêndice 5).

A par disto, a RNCP não apresenta capacidade para atender às necessidades crescentes em CP, o que se reflete nos dados nacionais que indicam que apenas 30% das pessoas que necessitam desta tipologia de cuidados tem acesso a CP especializados (Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho, 2018; Neto, 2021). A nível internacional a realidade é idêntica, pois de acordo com a OMS (2020), estima-se que 40 milhões de pessoas necessitam de CP em todo mundo, mas apenas 14% das pessoas a recebem anualmente. Concomitantemente, ainda nem todos os enfermeiros têm formação avançada em CP, pelo que a consolidação destes cuidados na *praxis* do enfermeiro pode afigurar-se como uma tarefa desafiadora. A falta de conhecimentos dos enfermeiros em CP, nomeadamente acerca do seu conceito e do seu âmbito de atuação, como também várias crenças e estigmas acerca dos mesmos, constitui uma das principais barreiras no acesso das pessoas a estes cuidados (Correia et al., 2021). Como tal, é essencial alterar este paradigma, pois a identificação e a referenciação precoce das pessoas em situação paliativa é fundamental para que possam usufruir da efetividade da intervenção precoce em CP. Diante desta inquietude, surgiu a reflexão sobre a pertinência de desenvolver um estudo que permita avaliar a competência dos enfermeiros em CP, identificando as áreas em que estes profissionais se sentem menos competentes, e, desde modo, obter informações para orientar a construção de programas formativos dirigidos aos enfermeiros e sensibilizar estes profissionais sobre a importância do desenvolvimento de ações paliativas em todos os contextos de prestação de cuidados (Feng et al., 2023).



Em seguida, apresenta-se a análise crítica e reflexiva estruturada, de acordo com as unidades de competência explanadas no Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho (2018).

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

Em conformidade com Neto (2021), a filosofia dos CP assenta em quatro pilares fundamentais. Enquanto combinação de cuidados de saúde técnicos, rigorosos e compassivos, a verdadeira essência do cuidar vai além do foco exclusivo no controlo de sintomas. É fundamental uma prática baseada nas quatro dimensões: controlo sintomático, comunicação eficaz, apoio à família e trabalho em equipa, que devem ser observadas com igual importância, não sendo possível desenvolver uma prática assistencial em CP eficaz e com qualidade se alguma delas for subestimada na díade pessoa e família.

À semelhança da evidência de Pires e Gonçalves (2021), constatou-se na prática que a pessoa com doença grave, avançada e incurável apresenta, geralmente, um conjunto de sintomas múltiplos, debilitantes e evolutivos, podendo apresentar simultaneamente mais de seis ou sete sintomas, que se alteram à medida que a doença progride.

Os CP constituem uma resposta de cuidados ativa, coordenada e integrada, que tem como objetivo promover a qualidade de vida da pessoa, através do alívio de sintomas na dimensão física, psicológica, social, espiritual e existencial. Na procura por responder às necessidades das pessoas e suas famílias, os CP procuram preservar a dignidade humana, proporcionar conforto e considerar a pessoa na sua globalidade (Neto, 2022).

De acordo com Neto (2021), a intervenção em CP assenta em cinco aspetos fundamentais: a) a oferta de cuidados globais, centrados na pessoa, tendo em conta a dimensão física, emocional, social, psicológica e espiritual; b) a unidade de cuidados é composta pela díade indissociável pessoa e família; c) a promoção da dignidade e autonomia da pessoa, incluindo-a na construção dos objetivos terapêuticos; d) a conceção terapêutica ativa que procure o alívio do sofrimento; e, em último, e) a preservação de um ambiente de conforto, sendo para tal essencial a criação de relações de qualidade e a comunicação aberta.

À luz destes argumentos, o enfermeiro especialista nesta área específica do cuidar assume o compromisso de prevenir o sofrimento e humanizar os cuidados, melhorando a qualidade de vida da pessoa e família, pelo que transversalmente a ambas os contextos de aprendizagem, a base teórica de cuidados encontrava-se essencialmente sustentada na Teoria do Conforto.

De acordo com Kolcaba, a enfermagem tem um papel primordial no conforto das pessoas, o que é imprescindível perante situações de saúde complexas, com fatores físicos, psicológicos,



sociais e espirituais alterados que culminam num estado de desconforto que transpõe a componente física da dor. O conforto é considerado como um estado último de saúde, logo uma meta ou objetivo do cuidar exigindo do enfermeiro a prestação de cuidados tecnicamente competentes (Kolcaba, 2003).

A autora definiu “conforto” como a satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, ancorados em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Para Kolcaba, o alívio é o estado em que uma necessidade necessita de ser satisfeita para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual e pressupõe a existência de um desconforto prévio; a tranquilidade, é o estado de calma ou de satisfação, ou seja é um estado mais longo que o anterior e não implica que haja um desconforto prévio; a transcendência, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competência ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas (Apóstolo, 2009).

Todos estes conceitos são importantes para se compreender a pessoa na sua unicidade e integralidade. Entende-se que para uma prestação efetiva de cuidados, há que iniciar por uma avaliação das necessidades das pessoas e das suas famílias. Este pressuposto foi alcançado através de observação e da colaboração nos momentos de recolha de informação, que me permitiram desenvolver habilidades na colheita de dados e identificação das necessidades da dade. Para o efeito foram utilizados instrumentos de avaliação diagnóstica, nomeadamente unidimensionais como a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala Numérica (EN), e multidimensionais como a ESAS.

Os instrumentos de avaliação mencionados integraram a base para a identificação das necessidades e avaliação do impacto das intervenções das equipas, garantindo uma avaliação da perceção da pessoa em relação aos seus sintomas (Antunes et al., 2020).

A ESAS é a escala mais utilizada na área dos CP, de particular interesse pela sua aplicabilidade, visto que além dos sintomas físicos e psicológicos (nomeadamente dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar, falta de ar e sono), permite associar outros sintomas, com impacto tal na pessoa, que necessitem de ação por parte da equipa. Preconiza-se que este instrumento de medida seja preferencialmente preenchido por autoavaliação, no entanto o profissional de saúde pode preenchê-lo caso a pessoa não reúna condições para tal (Wong et al., 2020).

Apesar desta escala não estar padronizada no sistema de documentação de ambos os locais onde desenvolvi a componente clínica, o que é uma lacuna, visto que não permite sistematizar os dados nem extrair indicadores importantes, tive sempre o cuidado de a aplicar sem evidenciar a intervenção no *SClinico*®. Esta ferramenta serviu de apoio à minha tomada de



decisão, com o objetivo de aferir a carga sintomática e avaliar a eficácia das medidas terapêuticas aplicadas.

A *Palliative Performance Scale* (PPS) e a *Eastern Cooperative Oncology Group Performance* (ECOG) representam outros instrumentos com os quais tive contacto nos estágios profissionais. Estas escalas são cruciais para avaliar o estado funcional da pessoa e classificar uma estimativa de sobrevivência, seja em termos de semanas ou meses. Estes instrumentos são amplamente usados na área paliativa, revelando-se igualmente como elementos-chave para a tomada de decisão, pois fornecem uma medida objetiva e sistematizada do grau de progressão da doença e da condição geral da pessoa, permitindo que os profissionais de saúde tenham uma visão clara da situação clínica, e assim elaborem planos individuais de cuidados centrados na condição individual de cada pessoa. Ao utilizar estas escalas, os profissionais apresentam uma linguagem comum e universal, o que facilita a coordenação dos cuidados e garante a consistência das abordagens terapêuticas instituídas (Tavares, 2016).

As escalas referidas não se encontram padronizadas nos sistemas de informação, o que constitui uma limitação ao desenvolvimento de práticas de qualidade. Assim, em concordância com o PEDCP (2023-2024) deverá existir por parte das organizações de saúde uma construção e adaptação dos sistemas de informação à realidade dos CP (CNCP, 2023).

A aplicação das escalas supramencionadas permitiu-me elaborar um diagnóstico das necessidades físicas e psicológicas. Não obstante, relativamente aos sintomas sociais e espirituais, apesar das equipas estarem sensíveis para o tema, observei uma lacuna importante na prática, pois estes instrumentos não eram aplicados, sendo esta realidade transversal aos dois contextos de aprendizagem.

A avaliação das necessidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais é um domínio essencial que o enfermeiro especialista deve incluir na sua prática (Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho, 2018). Com base neste argumento desenvolvi na EIHS CP, a par com a colega que partilhou comigo a experiência, um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE), que objetiva a implementação da IPO-S.

O projeto referido visa consciencializar os profissionais sobre a importância da avaliação sistemática das necessidades multidimensionais das pessoas e famílias, pela forma como essas influenciam diretamente na sua qualidade de vida (Neto, 2021). Surge, assim, a oportunidade neste momento de abordar um tema particularmente desafiante na área dos CP que é a espiritualidade e a esperança.

A espiritualidade é descrita como uma experiência humana individual, complexa e subjetiva, visto que através de uma reflexão pessoal a pessoa faz uma avaliação acerca dos seus



aspectos existenciais da vida, ajudando a manter a relação consigo própria, com os outros ou com outras forças superiores, de modo a facilitar o encontro de significados e um sentido ou propósito de vida, sentimentos de ligação e também de paz interior. Isto é, traduz-se como uma fonte de força, de fé e de conforto, conduzindo a uma melhoria da condição de saúde da pessoa e sua família (Davis et al., 2023).

A inclusão das necessidades espirituais na prática em CP é, portanto, considerada uma tarefa complexa, mas igualmente de extrema importância, visto que quando qualquer pessoa se confronta com uma doença sem perspectiva de cura é comumente observado sofrimento espiritual. No entanto, é ainda uma área menosprezada e para a qual os profissionais de saúde necessitam de estar devidamente preparados, de modo a que consigam identificar e intervir no cuidado espiritual, que tem resultados benéficos no controlo da dor, *stress*, emoções negativas e risco de depressão e suicídio (Abusafia et al., 2024).

Considerando estes argumentos, durante ambos os estágios constatei que a forma como cada pessoa manifesta e experiência da sua espiritualidade é única e variável. Se por um lado, para algumas pessoas a espiritualidade é manifestada pela religião em que acreditam, através de meditação ou contacto com seres espirituais, para outras é vivenciada com momentos agradáveis e tranquilos tão simples como explorar a natureza, passear na praia a ouvir o mar ou estar junto da família ou do seu animal de estimação (Miller et al., 2023).

Assim, embora não tenha alcançado tantas pessoas quantas gostaria, pois é necessário uma relação de confiança solidificada para iniciar a intervenção a este nível, consegui desenvolver intervenções na dimensão espiritual, o que foi importante porque me permitiu vivenciar a espiritualidade das pessoas de forma satisfatória como futura enfermeira especialista, percebendo os benefícios ao nível do alívio do sofrimento, maximizando o conforto e bem-estar, nomeadamente: escutar ativamente e mostrar presença, mostrar disponibilidade, encaminhar para o assistente espiritual das equipas quando identificada essa necessidade e vontade, favorecer a fé, respeitando as crenças e práticas religiosas individuais, providenciar momentos de música e leitura, e promover a esperança (Abusafia et al., 2024).

A esperança constitui um conceito multidimensional que em contexto de doença grave, avançada e irreversível se define como uma expectativa positiva de atingir um determinado objetivo. Torna-se, pois, num mecanismo fundamental para lidar de forma construtiva com a doença, qualquer que ela seja. De acordo com o objetivo que cada pessoa coloca na sua situação, se este for realista e atingível será benéfico para a pessoa e melhorará a sua qualidade de vida (Neto, 2022).

Segundo Hammer et al. (2022), os profissionais de saúde que lidam com pessoas a viver o período de fim de vida, são agentes impulsionadores do bem-estar e conforto, e



consequentemente da esperança em particular, assumindo o papel no cuidado relativo à promoção da esperança, de forma a ajudar a pessoa a transcender a situação de doença e a encontrar a força interior que a ajude a recuperar da situação de desesperança, desenvolvendo uma harmonia interior mesmo que a situação evolua para a morte.

Uma forma especial de promover a esperança é através da criação de um legado, o que permite a transmissão de valores, mensagens ou imagens para aqueles que ficam, sendo esta uma intervenção autónoma de enfermagem que se revela com imenso potencial apaziguador para as pessoas e suas famílias, que experienciam o significado e utilidade da sua vida (Julião, 2016).

De acordo com Neto (2022), este legado pode ser feito de diferentes formas: seja através de uma revisão de vida, a escrita de cartas ou de livros, um poema, a realização de álbuns de família ou de filmes, uma caixa de memórias, entre outras. A ajuda e a colaboração dos enfermeiros especialistas em CP tornam-se imprescindíveis, pois estes possuem competências amplas e específicas no âmbito do apoio psicoemocional.

A evidência sublinha que as intervenções menos colocadas em prática em CP são as que se centram no sofrimento existencial e psicológico, apesar de serem altamente valorizadas pelas pessoas. A criação de um legado não é uma prática comum em serviços especializados de CP, mas pelos benefícios que esta intervenção apresenta na gestão de sintomas físicos, psicológicos e espirituais, no bem-estar e também no processo de luto, é essencial o desenvolvimento do tema para motivar os profissionais de saúde à sua implementação na prática (Neto, 2022; Vidal et al. 2018). A criação de um legado permite uma revisão da vida e ajuda a pessoa a refletir sobre o seu significado, recordar momentos de felicidade, conciliar conflitos e arrependimentos, preparando-se para o fim de vida de forma mais pacífica.

As experiências relacionadas com a espiritualidade foram breves, mas enriquecedoras, ajudando-me a compreender esta dimensão como parte integrante dos cuidados. Assim, muito ainda há ao nível dos contextos práticos, inclusive parametrizar a dimensão espiritual no *SClínico*®, todavia no que se refere à esperança, foram várias as oportunidades em que pude junto das pessoas desmistificar o sentido da esperança unicamente associado à cura, e evidenciar o sentido de esperança no que respeita à esperança realista.

Manter uma esperança baseada na verdade nas pessoas em fim de vida tem sido referenciado na literatura como uma medida que é essencial ao bem-estar e à qualidade de vida. Permite, além de se atingirem objetivos tangíveis a curto prazo, promover a redefinição de novas metas com tranquilidade e conforto, dignificando a vida (Neto, 2022).

Na base deste tema recordo-me particularmente de uma situação que vivenciei, na qual pude abordar esta dimensão da esperança realista, e que me marcou pela positiva, pelo que sinto



necessidade de a descrever. A Sra. MC foi uma pessoa que acompanhei durante o estágio na EIHS CP. Ela frequentava a valência de hospital de dia três vezes por semana, por necessitar de cuidados com a ferida maligna localizada na mama, dirigidos ao controlo de sintomas. Com o agravamento da doença e evolução da ferida, embora a Sra. MC estivesse consciente da gravidade da sua condição, nunca a tinha confidenciado à equipa. À medida que desenvolvi uma relação próxima e de confiança com ela, num dia em que assumi de forma autónoma os cuidados, a Sra. MC após alguns momentos de silêncio questionou, enquanto se emocionava, “*Senhora Enfermeira não está melhor pois não?*”, “*Já está tão avançado que já não cura pois não?*”. Naquele instante, confesso que permaneci por breves segundos em silêncio, enquanto refletia rapidamente sobre a abordagem teórica e ética mais apropriada para lidar com aquela questão delicada. Posteriormente, de forma calma e tranquila, comecei por questioná-la sobre o que ela sabia acerca da sua condição e, gradualmente, estabelecemos uma conversa verdadeira e respeitosa. O foco não foi retirar-lhe a esperança, mas sim, redirecioná-la para uma esperança realista, ajustando as suas expectativas à realidade da situação. Durante aquele momento, acabámos inclusive por fazer uma revisão de vida, refletindo sobre os momentos agradáveis e difíceis, e sobre aquilo que ainda lhe dava sentido à vida, que era estar junto da família. No final, a Sra. MC agradeceu pela conversa e eu agradei igualmente por ela ter sentido confiança comigo para se abrir daquela forma. A Sra. MC expressou também a sua gratidão pela constante preocupação da equipa em garantir o seu conforto, mencionando que em outros lugares não havia recebido o mesmo tipo de carinho. Esta experiência foi, sem dúvida, uma das vivências mais marcantes do meu percurso formativo, pois percebi que consegui fazer a diferença na vida daquela pessoa, ajudando-a a viver de forma mais digna e tranquila, sendo esta fonte de realização e significado pessoal e profissional os maiores privilégios e satisfações que se pode ter enquanto Enfermeira.

**ii) 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**

Relativamente à unidade de competência referida, esta foi concretizada através das múltiplas oportunidades que tive, em ambos os estágios profissionais, de após identificar as necessidades da pessoa, iniciar a elaboração de um plano de cuidados personalizado com base nos padrões de documentação disponibilizados nos serviços.



A elaboração destes planos constituiu uma parte importante do meu processo de aprendizagem, que se configura de acordo com a Lei n. 52/2012 de 5 de setembro (2012), como a base da intervenção na díade pessoa e família.

Os planos terapêuticos foram concretizados utilizando como suporte a linguagem da CIPE®, o que permitiu documentar de maneira estruturada e sistematizada no programa *SClínico*® as intervenções realizadas, representando uma mais-valia no processo de acompanhamento e avaliação da evolução da condição clínica das pessoas e suas famílias (ICN, 2020). Atualmente, não utilizo o programa referido no meu contexto de trabalho atual, pelo que não tenho experiência com o mesmo. Não obstante, a utilização deste programa e a aplicação da linguagem CIPE® constituiu uma aprendizagem muito enriquecedora, que me proporcionou uma perspetiva mais ampla sobre a importância de uma documentação rigorosa e da personalização das intervenções, demonstrando como este processo pode otimizar a prestação de cuidados, permitindo uma comunicação mais eficaz entre os profissionais da equipa e a monitorização constante das necessidades individuais de cada pessoa e da sua família.

Nesta ótica, é imprescindível neste momento abordar o controlo sintomático como uma das áreas essenciais dos CP. O controlo sintomático consiste num dos pilares de intervenção complexa, que engloba princípios consensualizados para alcançar o conforto e fundamental para preservar a esperança das pessoas. Deste modo, da observação realizada percebi que o descontrolo sintomático constitui uma das maiores causas de reinternamentos, assim como da necessidade de apoio da teleconsulta (Pires & Gonçalves, 2021).

O pilar referido representa um importante foco de intervenção, pois se não houver um rápido e rigoroso controlo dos sintomas, mais sofrimento desnecessário é causado à pessoa e família, o que conseqüentemente influenciará negativamente a relação estabelecida na tríade. Para tal, um controlo sintomático eficaz deve assentar numa abordagem científica, integral e multidisciplinar. Recomenda-se o seguimento de alguns princípios essenciais, que tive a oportunidade de aperfeiçoar no decorrer das experiências práticas, particularmente: a) avaliar corretamente os sintomas multidimensionais, sendo essencial uma avaliação contínua no tempo a intervalos regulares, e preferencialmente através de escalas, em cada novo episódio ou alteração na intensidade do sintoma, e após a intervenção; b) definir objetivos claros e realistas; c) elaborar um plano de cuidados baseado numa estratégia terapêutica mista, isto é, com recurso a medidas farmacológicas e não-farmacológicas; d) adotar uma atitude preventiva no tratamento, definindo planos com medicação regular e com medicação para utilização em situações de SOS; e) adequar a via de administração, privilegiando a via menos invasiva e mais confortável; e, por último, f) estabelecer os planos em parceria com a pessoa e família, estando atentos aos pormenores (Neto, 2021).



De acordo com o autor supramencionado, os sintomas gastrointestinais como as náuseas, os vômitos e a obstipação, e a anorexia/caquexia, tal como os sintomas respiratórios e a dor representam os sintomas físicos mais prevalentes, e que têm um elevado impacto na perda de autonomia, nas alterações da autoimagem e, conseqüentemente, no bem-estar e conforto.

Da observação realizada nos estágios profissionais, conforme descrito por Aguiar et al. (2021), entendi que as intervenções dirigidas ao controlo sintomático se baseiam numa abordagem multimodal, isto é tanto em técnicas farmacológicas como em técnicas não-farmacológicas, dando primazia às intervenções autónomas de enfermagem. Embora eficazes, seguras e viáveis, as intervenções complementares não anulam a necessidade de intervenções farmacológicas, que são essenciais para a melhoria da qualidade de vida. No âmbito das intervenções não-farmacológicas sublinho as seguintes técnicas que pude aperfeiçoar, e que se revelaram muito úteis para a minha aprendizagem, designadamente: técnicas de massagem terapêutica e outras estratégias de relaxamento, aplicação de quente e/ou frio, apoio emocional com recurso a escuta ativa, utilização de técnicas de distração, bem como de técnicas de respiração, proposta para terapias de meditação e *mindfulness* e realização de ensinamentos detalhados nas diversas áreas de atuação (Veen et al., 2024).

Paralelamente, no que respeita às estratégias farmacológicas, a abordagem no contexto prático foi facilitada através da consideração de um conjunto de princípios: a) a via de administração da terapêutica ser a mais confortável e a menos invasiva possível, priorizando, a via oral ou a via transdérmica; b) os fármacos serem administrados “pelo relógio”, isto é, a horas fixas, de modo a garantir uma cobertura contínua nas 24 horas; c) a prescrição de fármacos para tratamento de episódios de dor irruptiva ser efetuada; d) o tratamento farmacológico ser personalizado, respeitando as preferências individuais de cada pessoa, e ser suportado na escada analgésica da Organização Mundial da Saúde; e, por último, e) é fundamental o enfermeiro estar atento aos detalhes do plano definido (Aguiar et al., 2021).

A utilização de opióides para o controlo de sintomas constitui uma prática amplamente usada em CP, segura e com múltiplos benefícios, pois estes fármacos são considerados de primeira linha, com evidência no tratamento eficaz da dor moderada a grave em pessoas com doença avançada (Aguiar et al., 2021). No decorrer da aprendizagem constatei, em parceria com a equipa médica, a relevância da aplicação da rotação de opióides, através da utilização da tabela de equivalências de analgesia e do ajuste das doses de resgate. Pude também aprimorar conhecimentos acerca das diferentes formas de administração de opióides, como a medicação transdérmica e sublingual. Isso permitiu-me desenvolver o conhecimento necessário para intervir através de medidas de educação em saúde, alinhadas com as recomendações atuais. No contexto do estágio decorrido na EIHSCP, participei no desenvolvimento de dois materiais educativos com informações sucintas, um para cada uma



destas vias de administração (Apêndice 6). Com a elaboração destes panfletos, o objetivo foi fornecer esclarecimentos simples e claros às pessoas e às famílias sobre estas vias de administração, garantindo que estas se sentissem confiantes e capacitadas para cumprir com as recomendações no domicílio. Estes recursos contribuíram para expandir e fortalecer a educação em saúde, através de estratégias que visam corresponder às necessidades da díade (Kristanti et al., 2023).

Em relação ao controlo sintomático, ao longo dos estágios curriculares, foram-me proporcionadas múltiplas atividades específicas que foram fundamentais para o meu desenvolvimento profissional, permitindo-me adquirir a capacitação específica para a prestação de cuidados de enfermagem coesos em contextos especializados. Através destas experiências práticas, pude consolidar conhecimentos essenciais para atuar de forma eficaz em áreas complexas e sensíveis, nomeadamente em temas como: a) cuidados de enfermagem a pessoas com ferida maligna; b) administração de medicação por via SC; c) nutrição e hidratação em fim de vida; d) cuidados de enfermagem a pessoas com xerostomia e mucosite, e) apoio nas paracenteses; e, f) controlo sintomático em situação de UDHV.

No âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa com ferida maligna, tive oportunidade nos dois contextos de desenvolver conhecimentos sobre princípios relacionados com o controlo sintomático na pessoa com ferida complexa de difícil cicatrização, assim como de adquirir estratégias que os profissionais aplicam para gerir sintomas e outros problemas relacionados com a imagem corporal.

De acordo com Vicente et al. (2021), as feridas malignas são uma realidade na área da oncologia com tendência crescente. Reconhecendo que ter uma ferida maligna é considerada uma experiência traumática que causa sofrimento total na pessoa, afetando-a em todas as esferas (física, psicológica, espiritual e social), com perda de identidade, aumento da vulnerabilidade, diminuição da autoestima, medo, vergonha, ansiedade, raiva, constrangimento, estigma social e também sensação de perda de controlo do corpo e da própria vida, tal como na sua família, é fundamental que os enfermeiros especialistas desenvolvam práticas e invistam no desafio que é o controlo sintomático associado à ferida maligna, recordando a filosofia geral dos CP que visa o conforto e a qualidade de vida, e não perspetivando a cura.

Em concordância com a evidência atual, percecionei que as feridas malignas representam uma memória constante que o processo de doença existe, pelo que é um fenómeno muito impactante, que causa grande desconforto e sofrimento na pessoa e na sua família. Considerando a complexidade da vivência de uma ferida maligna, e atendendo a que o processo de cicatrização é altamente improvável, a intervenção principal que desenvolvi no



âmbito da componente clínica centrou-se no melhor controlo dos sintomas, suportado na mnemónica HOPES como uma estratégia útil. Esta estratégia permite pensar sobre os sintomas mais comumente presenciados: *Haemorrhage* (hemorragia), *Odour* (odor), *Pain/Pruritus* (dor/prurido), *Exudate* (exsudato) e *Superficial Infection* (infecção superficial). A sua aplicação permitiu-me a realização de um plano individualizado para cada situação, com vista a obter o menor impacto possível da ferida maligna na pessoa e na sua respetiva família, sendo que as medidas desenvolvidas em ambos os contextos se encontram alinhadas com a literatura atual (Vicente et al., 2021).

Uma das atividades que ocorreu para a concretização desta aprendizagem, a par da competência comum das aprendizagens profissionais, passou pela elaboração de um *journal club* sobre intervenções dirigidas ao controlo da dor incidental em pessoas com ferida maligna. A experiência referida foi importante, pois permitiu-me desenvolver um dos métodos de aprendizagem colaborativa, que promove a discussão e produz novo conhecimento e novas perspetivas, incorporando a evidência científica na prática clínica. Através deste trabalho, desenvolvi habilidades de pesquisa científica, avaliação e comunicação de conhecimento científico, com o intuito de acompanhar a atualidade da investigação em enfermagem. Este método contribuiu para melhor a minha autoconfiança e o meu espírito crítico na gestão da dor da pessoa com ferida maligna, que é uma complicação comumente associada a estadios de doença avançada, por vezes já com tentativas múltiplas de tratamento incuráveis (Moreira et al., 2022).

A via SC é considerada como uma via muito útil na área dos CP, em detrimento da via endovenosa, quando a via oral não é uma opção disponível. Em ambos os contextos da componente clínica, mas predominantemente no internamento, foram-me proporcionadas múltiplas oportunidades para treinar e aprimorar esta técnica, que se apresenta bem disseminada na área, por ser considerada segura, eficaz, menos invasiva e por conseguinte, mais confortável para as pessoas, verificando-se a ocorrência de efeitos colaterais mínimos (Morna et al., 2022).

No entanto, reconhecendo que é uma técnica para a qual os enfermeiros dos serviços de internamento demonstram algum desconhecimento, identifiquei em conjunto com a colega que partilhou comigo a experiência do estágio profissional na EIHS CP, a necessidade de elaborar um guia informativo sobre a administração de fármacos por via SC para divulgar pelos enfermeiros aos quais a equipa presta assistência. Como já foi abordado anteriormente, uma das atividades da equipa passa por dar resposta aos pedidos de colaboração internos solicitados pelos internamentos. Assim, visto ser uma prática comum a colocação de cateter subcutâneo para administração de terapêutica por essa via, e muitos enfermeiros quando



questionados referiam não se sentir confortáveis com o procedimento, decidimos elaborar este documento, de modo a garantir práticas mais seguras e eficazes (Apêndice 7).

A preparação de terapêutica para administração por perfusão contínua, através de *Disposable Infusion Balloon* (DIB) ou por seringas infusoras, foi outra atividade que aprimorei, principalmente no internamento. Através desta experiência, pude compreender o funcionamento dos materiais, assim como a sua correta preparação e aplicação, reconhecendo a necessidade de destreza técnica para utilizar estes dispositivos. Esta técnica é usualmente utilizada em CP, revelando-se bastante útil no controlo sintomático eficaz, na medida em que permite a administração de fármacos a uma velocidade constante e o controlo de vários sintomas em simultâneo. A par disso, a existência destes dispositivos nas equipas especializadas de CP representa um ponto muito positivo, pois dada a sua praticidade, por serem equipamentos pequenos, portáteis e de fácil manuseamento, permitem às pessoas deslocarem-se para o domicílio sem terem que interromper o tratamento (Morna et al., 2022).

Relativamente à hipodermóclise, as oportunidades no âmbito da prática clínica foram escassas, sendo que por reconhecer os benefícios desta técnica, gostaria de ter tido mais experiências práticas. No entanto, sendo esta uma intervenção de destaque na área, senti a necessidade de desenvolver uma pesquisa teórica sobre o procedimento, garantindo a minha assertividade na sua implementação, fundamentada em conhecimento científico.

A nutrição e a hidratação na área dos CP representam um tema de extrema pertinência, que exige uma abordagem cuidadosa e personalizada, dado o impacto que apresenta nas pessoas e nas suas famílias. Conforme citado por Alves et al. (2021), à medida que a doença evolui, a pessoa, a família e os profissionais de saúde enfrentam uma degradação contínua da condição clínica da pessoa, o que conduz a repercussões no desempenho das suas atividades de vida diárias, motivadas pela astenia e fadiga crescentes, mobilidade mais reduzida, maior restrição ao leito, períodos de maior sonolência, alterações do estado de consciência e incapacidade de alimentação.

Em ambos os contextos da componente clínica tive a oportunidade de observar esta realidade e perceber, junto das famílias, que a nutrição e a hidratação, que tendem a agravar-se na fase de UDHV, representam uma grande preocupação, na medida em que associam a diminuição da ingestão alimentar à deterioração da situação clínica da pessoa. Nestas situações, fui frequentemente abordada pelas famílias, que me questionavam sobre a administração de fluidoterapia ou até sobre a realização de medidas invasivas, nomeadamente a utilização de uma sonda nasogástrica para nutrição e/ou hidratação. Foi nestes momentos que tive oportunidade de desenvolver uma abordagem comunicacional com especial atenção e perícia, explicando junto das pessoas e famílias o que a literatura evidencia acerca deste



tema. Estas alterações são usualmente observadas quando a doença se encontra numa fase muito avançada, pelo que a pessoa não está a agravar o seu estado de saúde porque não está a alimentar-se. No entanto, não se alimenta como consequência da progressão da doença. Deste modo, submeter as pessoas a intervenções invasivas não tem benefício e não vai impedir o desfecho clínico, podendo mesmo causar maior desconforto com aumento dos ruídos respiratórios e edemas. Iniciar esta intervenção precocemente com a pessoa e respetiva família é uma medida a ser considerada pelos profissionais de saúde, que vai permitir uma adaptação progressiva para as perdas expectáveis com o agravamento das doenças graves e incuráveis (Alves et al., 2021).

As alterações da mucosa oral, em particular, a xerostomia e a mucosite constituem uma realidade comumente observada na área paliativa, tendo sido possível desenvolver atividades enriquecedoras neste âmbito. Relativamente à xerostomia, a sua avaliação era sustentada na observação e em questões relacionadas com: a) a sensação frequente de boca seca; b) a necessidade de humedecer a cavidade oral, especialmente durante a noite; c) a sensação da língua que se cola ao palato duro; e d) a capacidade de comer uma bolacha sem a necessidade de beber água (Guedes et al., 2021).

As mucosites surgem, habitualmente, como efeito secundário muito frequente dos tratamentos antineoplásicos. Embora muitas vezes subestimadas nos contextos práticos, estas condições assumem uma relevância diferente em CP, pois influenciam a qualidade de vida das pessoas, gerando dor e desconforto significativo, necessitando, por isso, de serem valorizadas pelos profissionais de saúde (Guedes et al., 2021).

Neste contexto, tive a oportunidade de aplicar e desenvolver competências no que se refere à avaliação da mucosite, através da escala de avaliação do grau de gravidade de mucosite da OMS, que se traduz como uma intervenção essencial, que permite gerir os cuidados para prevenção e tratamento das alterações relacionadas com a cavidade oral.

A evidência sublinha a necessidade de investir numa estratégia mista com medidas farmacológicas tópicas (bochechos com manipulado de lidocaína e bicarbonato de sódio, nistatina, e/ou ampolas de Caphosol®) e não-farmacológicas (ensinos nos momentos das consultas para a implementação de medidas simples, tais como manter a higiene da cavidade oral diariamente, assim como a mucosa oral hidratada e húmida, através do uso de rebuçados ou pastilhas elásticas, cubos de gelo ou pedaços de fruta congelada). No caso da mucosite, é também importante adequar a dieta em termos de textura e temperatura (Guedes et al., 2021). Todos estes ensinos eram ministrados durante as consultas, sendo que reconhecendo a sua importância no conforto, desenvolvi um material educativo com breves informações sobre os cuidados com a cavidade oral e a forma correta de aplicar os tratamentos



farmacológicos (Apêndice 8), com intuito de entregar nos momentos das consultas, de modo a capacitar as pessoas para os cuidados no domicílio, garantindo que a informação era claramente entendida (Kristanti et al., 2023).

Seguindo com a reflexão sobre a importância do controlo sintomático no conforto e na qualidade de vida das pessoas que acompanhei, propus-me a assistir a equipa médica na realização de procedimentos como paracenteses evacuadoras, os quais era desenvolvidos com a finalidade de aliviar sintomas, procedimento esse que já me era familiar com a minha prática atual, mas que pude aperfeiçoar numa perspetiva de assistência paliativa, demonstrando ser uma técnica segura e eficaz, com efeitos bastantes positivos para as pessoas, constituindo-se como uma mais-valia no meu percurso (Carvalho, 2016).

O controlo de sintomas em situação de UDHV é também uma atividade essencial em CP, área na qual pude aprimorar as minhas habilidades. No decorrer dos estágios, especialmente na UCP, tive oportunidade de desenvolver diversas atividades, as quais considero terem sido fundamentais para adquirir competências específicas de atuação neste domínio. Esta fase surge na sequência da evolução de uma doença avançada, e tem geralmente duração de 1 a 14 dias (Francisco & Barbedo, 2021). À semelhança do que se encontra descrito pelo mesmo autor, como também pude observar na prática, esta fase é particularmente desafiadora, na medida em que exige cuidados específicos. Assim, durante a experiência prática, tive oportunidade de desenvolver conhecimentos relativamente a sintomas que são frequentes e particulares desta fase, nomeadamente, o estertor respiratório, que representa uma prevalência de 45%.

O estertor respiratório é um fenómeno descrito por Francisco e Barbedo (2021), como um ruído “produzido pela passagem de ar através das secreções e saliva acumuladas na orofaringe, laringe e traqueia, como consequência da diminuição do tônus muscular e do reflexo de deglutição” (p. 146).

De acordo com Silva (2019), na maioria das situações as próprias pessoas não se apercebem deste sintoma, mas para a família, o estertor pode ser bastante incomodativo. Por isso, aliviar este sintoma constitui uma intervenção fundamental para tranquilizar a família ao mesmo tempo que se explica as causas da respiração ruidosa e se reforça que as medidas implementadas visam manter a pessoa o mais confortável possível.

Portanto, alinhado com o autor supracitado, desenvolvi intervenções que estão descritas como eficazes na minimização do sofrimento relacionado com o estertor respiratório, são elas dentro das medidas farmacológicas a administração de anticolinérgicos, sendo a butilescopolamina e a atropina os fármacos de eleição e de diuréticos quando a condição clínica da pessoa o permite. Quanto às intervenções não-farmacológicas, recomenda-se o



posicionamento da cabeceira a 45° em decúbito lateral com a cabeça ligeiramente inclinada para a frente, evitando o decúbito dorsal, a suspensão ou ajuste da administração de fluídos e evitar a aspiração de secreções, efetuando somente em situações extremas, pois pode desencadear o vômito, e também esta descrita como uma intervenção que pode estimular a produção de mais secreções (Silva, 2019).

As atividades supracitadas, todas elas direcionadas para situações clínicas específicas, complexas e desafiadoras, proporcionaram-me uma compreensão mais profunda das necessidades das pessoas com doenças graves, incuráveis e avançadas e suas famílias, e como os enfermeiros especialistas desempenham um papel crucial na gestão destes sintomas. Cada uma destas experiências contribuiu para aprimorar habilidades técnicas e conceituais, ampliando a minha visão sobre a importância de um cuidado diferenciado.

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

A família é uma unidade que se caracteriza pelas relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de desenvolvimento, estrutura e funcionalidade. Entende-se assim, que a existência de uma doença incurável no seio de uma família afeta não só a pessoa que a vivencia, como todos os elementos que a compõem, cuidadores, amigos ou outros conviventes significativos (Querido et al., 2016).

Face a isto, durante os estágios profissionais foi possível perceber que as famílias são verdadeiramente afetadas pelos desafios da doença. Para além do sofrimento físico, psicoemocional e espiritual que existe para a pessoa, há um confronto com uma necessidade de várias alterações na dinâmica familiar, no âmbito da atividade laboral, das rotinas diárias, mudança de papéis e alterações sociais, observadas como estratégias de *coping*, por forma a conseguirem lidar com a problemática instalada (Fernandes, 2016).

No âmbito da prática especializada que desenvolvi, a família foi sempre envolvida no plano de cuidados definido para cada situação. Todas as necessidades da família foram valorizadas, à semelhança com as da pessoa, tendo-lhe sido proporcionado o apoio contínuo e as condições adequadas, através de competências relacionais e métodos educativos, para poderem assumir o papel de cuidador informal, e assim serem capazes de prestar cuidados seguros e satisfatórios. Os materiais educativos desenvolvidos para a pessoa e família, já anteriormente abordados, representam um exemplo prático da parceria estabelecida. Simultaneamente, os momentos de contacto com a equipa, quer no âmbito da EIHSPP como da UCP, eram utilizados para prestar assistência ativa à pessoa, mas também à família,



intervindo antecipadamente para que esta se sentisse mais apta a lidar com os desafios que eram expectáveis surgirem com o agravamento da doença, tal como nas tarefas de resolução do luto, conforme se aborda na competência seguinte.

Paralelamente, um dos métodos utilizados para concretizar esta unidade de referência, e que espelha a inclusão da família nos cuidados, foi a Conferência Familiar (CF). Ainda que sem a presença de todos os elementos da equipa, esses momentos foram muito enriquecedores, na medida em que na presença do médico e enfermeiro proporcionou-se um espaço terapêutico, com a finalidade de proporcionar um diálogo entre a pessoa, família e profissionais. Observei a importância da comunicação eficaz, honesta e transparente na percepção da extensão da perda e das suas implicações no processo de luto. Presenciei que foram validadas as emoções da família com empatia, permitindo-lhes expressar livremente a sua tristeza, raiva, culpa e angústia associadas ao luto, sendo-lhes oferecido apoio emocional e aconselhamento profissional para enfrentar a perda de forma adaptativa.

Como é evidenciado por Girão (2022), a CF consiste numa intervenção terapêutica estruturada que, quando bem planeada, constitui uma ferramenta eficaz que permite maximizar a qualidade dos cuidados prestados. Segundo o autor supracitado, a CF é utilizada com vários objetivos, nomeadamente: comunicar más notícias (diagnóstico, tratamento e prognóstico), transmitir informação, clarificar os objetivos dos cuidados e opções terapêuticas, esclarecer preocupações, antecipar e avaliar as necessidades e planificar os cuidados. Esta estratégia proporciona oportunidades para a tomada de decisão partilhadas, além de se proporcionar apoio psicossocial e no luto.

No decorrer das experiências práticas, percebi o quão importante era o papel dos profissionais que lideram as CF. Sublinha-se a pertinência destes terem um conjunto de competências e habilidades, com destaque para a comunicação, que deve ser aberta, clara e empática. Constatei que esta é uma técnica fundamental, com benefícios para todos os envolvidos no processo, mesmo no que se refere ao processo de luto. As situações em que mais está indicada a sua realização enquadram-se com o agravamento da condição clínica e a proximidade com a finitude, mas não se restringindo exclusivamente a estas situações, mas sempre que a equipa considerar importante (Girão, 2022).

Em suma, o ganho que advém para todos da sua aplicabilidade, principalmente no que se refere à promoção da qualidade de vida e da prestação de cuidados de excelência, justificam a implementação desta ferramenta terapêutica.

#### **iv) Desenvolve a intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio**



Em CP existem flutuações nas necessidades e na complexidade das situações ao longo de cada trajetória de doença, pelo que só uma equipa transdisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, psicólogos, assistentes sociais, assistentes espirituais ou outros profissionais, preferencialmente com formação específica na área, pode assegurar a resposta dinâmica necessária (Teoli et al., 2023).

Neste contexto, foram-me proporcionadas oportunidades em ambos os contextos para desenvolver esta unidade de competência. Através da experiência clínica nos estágios profissionais, pude validar que as equipas são constituídas conforme o que está preconizado.

O trabalho em equipa foi notório nos dois contextos, sobretudo, através das reuniões que eram estabelecidas entre os profissionais, o que permitia uma troca de saberes entre todos, em prol das pessoas e suas famílias, melhorando a qualidade dos cuidados. Nestes momentos, constatei que cada grupo profissional tem o seu papel de destaque na equipa, sendo que todos os contributos são complementares e assumidos por todos com igual relevância. Este pensamento encontra-se alinhado com Bernardo et al. (2016) que afirmam que, “o homem encontra na sua vida diária problemas cada vez mais complexos, cujas soluções requerem um somatório de ideias e esforços tornando-se indispensável que um grupo de profissionais trabalhe em equipa” (p. 907). Em CP, a operacionalização do trabalho em equipa permite a identificação das necessidades multidimensionais da pessoa e da família. É por isso fundamental a existência de uma abordagem transdisciplinar, em que os vários grupos de profissionais partilham um projeto assistencial comum, de modo a elaborarem em conjunto o plano de intervenção, tal como um compromisso com a qualidade de vida, enfatizando-a e ajudando a pessoa e a família a aproveitar o melhor de cada dia (Neto, 2022).

Conforme descrito por Lo Iacono et al. (2024), os enfermeiros desempenham um papel essencial nas equipas, dado que ocupam uma posição privilegiada devido ao tempo de permanência que têm junto da pessoa e da família. Esta proximidade confere-lhes uma visão mais abrangente sobre as necessidades de cuidados. Neste sentido, reconheço como lacuna comum aos dois contextos, a inexistência de um enfermeiro de referência, método que teria múltiplos benefícios na personalização e na qualidade da atividade assistencial. A implementação deste método assegura que a pessoa e família tenham uma figura de contacto consistente ao longo do processo, favorecendo o desenvolvimento de uma relação de confiança mais sólida. Relativamente à equipa, este elemento representa o elo facilitador, favorecendo cuidados de qualidade e a satisfação das pessoas e das suas famílias (Ventura-Silva et al., 2021).



Ainda relacionado com esta dimensão, identifiquei a presença do psicólogo nas equipas a tempo parcial como um aspeto menos positivo, o qual foi transversal a ambos os contextos. Dada a complexidade das situações e carga de sintomas psicológicos que a vivência de uma doença grave impõe tanto aos profissionais como às pessoas e às suas famílias, é essencial que estes profissionais que apoiam nestas dimensões do cuidar integrem as equipas especializadas em CP a tempo inteiro, para que possam desenvolver uma intervenção mais integral e completa, promovendo o bem-estar de todos os envolvidos no plano terapêutico (Antunes et al., 2020).

### 3.2 – ESTABELECE RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM A PESSOA COM DOENÇA INCURÁVEL OU GRAVE, EM FASE AVANÇADA, PROGRESSIVA E TERMINAL, E SEUS CUIDADORES/ FAMILIARES, PROPORCIONANDO SUPORTE NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ÀS PERDAS SUCESSIVAS, À MORTE E NO ACOMPANHAMENTO NO LUTO

A relação terapêutica está descrita de acordo com a Bishaw et al. (2024), como uma parceria estabelecida com a pessoa, no âmbito do exercício profissional de enfermagem, que se caracteriza pelo respeito e valorização da sua unicidade, colocando-a no centro dos cuidados e da tomada de decisão, investindo nos seus desejos e preferências pessoais. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se com o decorrer de um processo dinâmico e de inter-relação, envolvendo as pessoas significativas, como a família ou outras pessoas de referência, o qual visa ajudar a pessoa na construção do seu plano de cuidados.

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

No que concerne à unidade de competência supracitada devo referir que apesar de reconhecer a sua importância, foi aquela sobre a qual menos atividades foram desenvolvidas, não por depender da minha vontade, mas de outros fatores relacionados com os contextos de aprendizagem. No entanto, devo sublinhar que aproveitei todas as oportunidades que se proporcionaram sobretudo porque o acompanhamento de vivências no processo do luto faz parte da experiência humana e assume-se como especialmente relevante na área dos CP.

O luto refere-se a uma resposta natural a uma perda significativa, marcada por emoções intensas e complexas, e é sempre individual e única. Constitui um processo de adaptação normativo perante uma experiência de perda de vínculo afetivo, que desencadeia um processo dinâmico de mudança na esfera física, psicológica, comportamental, espiritual e sociocultural das pessoas que o experienciam (Pimenta & Capelas, 2019).



Para além da sobrecarga de sintomas físicos que se reflete na autonomia, a pessoa que vivencia um processo de doença complexa enfrenta perdas de papéis sociais e económicos, alterações laborais e de estatuto social, alterações da imagem corporal e perdas de relações significativas. Simultaneamente, são múltiplos os sentimentos e emoções negativas vivenciados, que vão desde a tristeza e o medo pela antecipação da separação em relação aos seus conviventes significativos, até à revolta, angústia e preocupação por não conseguir estar presente em ocasiões futuras especiais ou por não poder continuar a proteger as pessoas de quem mais gostam (Cortês et al., 2021).

O luto considera-se normativo e/ou preparatório quando as pessoas possuem recursos informais e internos suficientes, tal como a resiliência necessária para se adaptar à perda que enfrenta. Neste caso, as pessoas ultrapassam os sentimentos negativos iniciais e passam a encarar, gradualmente, a perda como uma realidade. No entanto, em outras pessoas mais vulneráveis, pode existir risco de se desenvolver um luto prolongado/complicado, quando a gestão pessoal não é só por si suficiente para ultrapassar os obstáculos, o que levará a problemas físicos e psicoemocionais, com necessidade de intervenção especializada (Sousa et al., 2022). Este tipo de luto pode persistir por mais de seis meses e é caracterizado como uma perturbação psicológica grave e crónica, que se encontra associada a intenso sofrimento experienciado pela perda, sensação de falta de sentido de vida, dificuldade em aceitar a perda, bem como pensamentos intrusivos emocionalmente perturbadores para a pessoa, que levam a um comprometimento funcional.

O processo de luto pode ser mais ou menos disfuncional, pelo que tive a oportunidade de identificar esse diagnóstico no *SClínico*®, o qual se encontrava padronizado em ambos contextos onde desenvolvi os estágios profissionais, e mitigar o risco do luto complicado.

De acordo com Pimenta e Capelas (2019), a intervenção por parte das equipas no processo de luto é uma necessidade tão importante quanto as outras, pelo que urge a necessidade de haver um investimento dos profissionais de saúde que trabalham no âmbito dos CP na consecução e liderança de projetos de acompanhamento no luto, com vista a prevenir complicações.

Em ambos os contextos pude cooperar com as intervenções dos profissionais dirigidas às pessoas que vivenciam o processo de doença, assim como as suas famílias. Além das várias ações que já foram sido refletidas ao longo deste relatório, como o apoio na dimensão emocional e espiritual e a referenciação para apoio psicológico, pude também cooperar em outras intervenções, que se alinham com as recomendações atuais, na medida em que estavam implementados projetos sobre o luto. A abordagem destes projetos apresentava-se suportada no Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos, conforme



preconiza a Norma n.º 003/2019 de 23 de abril da DGS. Neste enquadramento, importa sublinhar que estes projetos eram essencialmente liderados por enfermeiros, que detêm um papel de mediadores e facilitadores neste processo. Os psicólogos eram igualmente outros profissionais interventivos nas atividades do luto. A implementação deste modelo na fase inicial quando a pessoa e a família começam a viver o luto antecipatório prevê a identificação de três tipos de atuação, segundo a estratificação do nível de risco identificado. Essa avaliação é obtida com base nos fatores de risco identificados (raiva, acusação ou culpa, sentimento de ter sido responsável, relações atuais e capacidade de adaptação ao luto), com necessidade progressiva da seguinte atuação das equipas: a intervenção universal - *baixo risco*: necessidade de se providenciar informação sobre o luto; intervenção seletiva – *moderado risco*: necessidade de referenciação para o apoio psicológico; e, por fim, intervenção indicativa – *elevado risco*: necessidade de consultas de luto (DGS, 2019). Segundo a norma anteriormente referida, a disponibilização de folheto sobre o luto é uma medida transversal a qualquer nível de risco identificado no instrumento da PLP-PG 13.

Paralelamente com o modelo cooperativo com intervenção nas crises, que refere que a família deve ser apoiada nas tarefas de resolução não só no luto antecipatório, assim como no luto pós-perda, na UCP colaborei no envio da carta de condolências, que é efetuado até 72 horas após o óbito e nas monitorizações telefónicas que ocorrem ao primeiro e sexto meses, estando estas intervenções suportadas no questionário de avaliação da perturbação de luto prolongado-PG-13 (DGS, 2019).

Em paralelo com estes projetos, desenvolvi igualmente, nos momentos de contacto presencial, intervenções que estão igualmente descritas na literatura como importantes na gestão do luto, em especial, a escuta ativa, o toque terapêutico, a presença autêntica e uma atitude empática e compassiva (Sousa et al., 2022).

**ii) Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/familiares e iii) negocea objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordados dentro do ambiente terapêutico**

A propósito desta unidade de competência, como já referido anteriormente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, e considerando a definição de relação terapêutica acima apresentada, na *praxis* desenvolvida em ambos os contextos de aprendizagem existiu da minha parte um respeito mútuo na relação estabelecida com a pessoa, família ou convivente significativo. Integrei no acompanhamento à pessoa em situação paliativa e sua família atitudes como honestidade, abertura para ouvir e falar, delicadeza no comportamento,



discussão das alternativas de tratamento, explicação sobre prioridades e objetivos, e aceitação da recusa da intervenção e/ou tratamento. Com base nestas atitudes pude desenvolver favoravelmente a promoção de parcerias com a díade, respeitando as suas vontades, e proporcionado um tratamento digno. Concomitantemente, consegui dar resposta à necessidade de negociar objetivos e metas de cuidados, mutuamente acordados dentro do ambiente terapêutico. O desenvolvimento de relações terapêuticas favoráveis ajudou-me a estabelecer com a pessoa e sua família a confiança necessária para intervir de modo a capacitar a pessoa e a família para a tomada de decisão, auxiliando-as a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida (Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Neste contexto, recordo-me particularmente de uma experiência que vivenciei na EIHSCP em que estes pressupostos foram evidentes, tal como o princípio do duplo efeito, que preza a conduta ética ao decidir por intervenções que causam bons e maus efeitos. A situação a que me refiro remete para o Sr. LA, um homem com diagnóstico de melanoma avançado, que apresentava dor intensa de difícil controlo. Por conseguinte, foi negociada com o Sr. LA a possibilidade de recorrer a períodos de sedação paliativa, de modo a diminuir o seu sofrimento e melhorar a sua qualidade de vida.

A sedação paliativa consiste na administração de fármacos para diminuir o nível de consciência em pessoas com sintomas refratários ao plano terapêutico convencional, sendo os sintomas mais comuns a dor, a dispneia, o *delirium* e as convulsões (Monteiro et al., 2021).

A sedação paliativa constitui uma intervenção clínica que envolve várias considerações do ponto de vista ético. No caso do Sr. LA, após o devido esclarecimento sobre os objetivos, riscos e benefícios associados à sedação, foi realizada uma negociação partilhada com o próprio quanto à sua administração. O Sr. LA demonstrou compreensão sobre a proposta terapêutica, tendo-a consentido de forma esclarecida, reconhecendo o seu potencial para o alívio da dor. Paralelamente, foi-lhe apresentada a possibilidade de reduzir a dosagem sedativa nos dias em que recebesse visitas dos familiares, de forma a permitir uma maior interação. Não obstante, o Sr. LA recusou essa opção, referindo que todas as suas pessoas significativas estavam esclarecidas sobre a situação clínica, e que, para si, a prioridade era mitigar o sofrimento. A sua vontade foi respeitada em todo o processo de tomada de decisão, de acordo com o princípio do respeito pela autonomia e dos cuidados centrados na pessoa.

Torna-se fundamental, neste momento, abordar a comunicação como um pilar essencial da prática relacional que estabeleci com as pessoas, pois foi uma das formas de desenvolver e reforçar a relação terapêutica.



Segundo Monho et al. (2020), a comunicação afigura-se como um dos instrumentos básicos na enfermagem, que se caracteriza como um processo essencial e complexo de partilha de informação, atitudes e emoções sendo um veículo central na abordagem terapêutica. Existem três competências básicas e fundamentais na comunicação, que a tornam um processo eficaz, nomeadamente: a escuta ativa, isto é demonstrar interesse, vontade e tempo para querer saber o que a pessoa/família nos pretende transmitir; a compreensão empática, no sentido de mostrar que percebemos as emoções vivenciadas, respeitando-as; e, por fim, o *feedback*, efetuado de forma a perceber se a mensagem transmitida pelo emissor foi compreendida de forma correta pelo recetor.

A literatura salienta que comunicar eficazmente em CP constitui uma tarefa maior que apenas transmitir informação. Tal como afirma Teoli et al. (2023), para além de informar, engloba aspetos mais exigentes como a compreensão e o apoio mútuo, a realização de conversas difíceis e a partilha de desejos, preferências e medos. Para isto, é necessário dedicar tempo e vontade de escutar para que a pessoa confie e se sinta segura e tranquila na relação estabelecida.

Durante os dois momentos do estágio tive várias oportunidades de desenvolver estes aspetos comunicacionais. Esta tarefa revelou-se uma das dimensões mais desafiantes da prática clínica, não apenas pela sua complexidade, mas também pela sua natureza dinâmica e subjetiva. Compreender o domínio teórico, por si só, não é suficiente para garantir um processo eficaz, uma vez que cada interação é única e depende de múltiplos fatores contextuais, emocionais e relacionais. Uma estratégia que se revela eficaz numa determinada situação pode não o ser noutra, exigindo, assim, uma adaptação constante por parte do profissional. Esta tomada de consciência reforçou a importância do desenvolvimento contínuo desta competência, que requer prática reflexiva, sensibilidade e capacidade de ajustamento permanente.

Neste contexto, consegui utilizar ferramentas de comunicação adequadas, com as pessoas e suas famílias, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas, mas alinhado com a literatura experienciei que comunicar eficazmente representa um ato de profunda complexidade. Comunicar vai muito além do que é dito, pois devem igualmente ser contemplados outros aspetos de comunicação não verbal como a postura, o olhar e a escuta ativa, técnicas essas que fui aprimorando com o tempo decorrido dos ensinamentos clínicos, entregando-me às experiências de forma empática e compassiva (Querido et al., 2016). Tanto numa vertente presencial, assim como através da colaboração na teleconsulta na EIHS CP, foram-me proporcionados vários momentos para desenvolver estas habilidades comunicacionais, que me permitiram compreender a



complexidade das situações e aprender sobre a melhor abordagem a implementar, conseguindo desenvolver uma competência tão fundamental nesta área.

A comunicação de más notícias é um ato de profunda complexidade. É das tarefas mais difíceis que os profissionais vivenciam na sua prática. Assim, foram vários os momentos em que foi necessário abordar temas difíceis, pelo que sabendo que não existem receitas para efetuar a transmissão de más notícias, visto que cada experiência é vivida por cada um de forma subjetiva e única, a estratégia que adotei foi integrar na minha prática linhas orientadoras, de que é exemplo o protocolo de SPIKES (Ferreira et al., 2021).

Este modelo foi desenvolvido por Buckman e é uma das estratégias passíveis de serem utilizadas pelos profissionais em CP, pela simplicidade e eficácia da sua aplicabilidade nas seis etapas preconizadas: a) *Setting*, primeira fase, relativa à preparação do local, ambiente e circunstâncias, revêem-se registos e informação clínica, estabelecem-se objetivos para a reunião; b) *Perception*, quando se procura conhecer a informação que a pessoa apresenta acerca da situação clínica; c) *Invitation*, momento em que se explora o que a pessoa deseja saber e se convida a pessoa para conhecer a notícia, sendo fundamental perceber até que limite a pessoa deseja saber; d) *Knowledge*, é reservada para a fase em que transmite a informação, que deve ser de forma sucinta e clara; e) *Empathy*, caracteriza-se pelo momento em que se valida as emoções e se é empático, demonstrando que se entende a presença de sentimentos tais como choro, silêncio ou raiva, proporcionando o tempo e o espaço necessário para a expressão desses emoções, e em último; f) *Strategy*, em que o objetivo é terminar com a garantia de que a informação foi corretamente entendida, fazendo-se uma síntese dos aspetos abordados mais relevantes e definem-se os próximos passos e os planos a desenvolver futuramente (Teoli et al., 2023).

#### **iv) 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**

Clarificando a unidade de competência referida, na ótica dos profissionais, em nenhum contexto observei a existência de projetos neste âmbito. No entanto, destaco a importância de intervenções de autoconhecimento e autocuidado profissional, pois a confrontação frequente dos profissionais com o sofrimento e a morte acarreta desgaste, sendo por fundamental o desenvolvimento de intervenções com objetivo de prever situações de sobrecarga de luto profissional (Li et al., 2025). Percecionei e experienciei que casos de doenças em pessoas mais jovens têm inevitavelmente um maior impacto nas pessoas que as rodeiam assim como nos profissionais de saúde, tal como quando existem filhos menores,



pelo que estas situações de maior exigência e exposição contínua a uma sobrecarga psicológica podem conduzir a situações de *burnout*. A evidência sublinha que desenvolver formação, suporte e treino emocional em grupos de apoio de pares e sessões de *debriefing* podem capacitar os enfermeiros a gerir melhor estas situações (Gómez-Urquiza et al., 2020).

No que se refere aos cuidadores, constatei a existência de familiares em sobrecarga, devido ao esforço físico realizado no auxílio prestado à satisfação das atividades de vida diária, às exigências emocionais em lidar com o sofrimento multidimensional do seu familiar, às responsabilidades contínuas, às alterações de papéis e ao impacto financeiro associado aos custos com os cuidados e perda de suporte financeiro, assim como à falta de redes de apoio ou recursos adequados na sociedade. O cuidador deve ser encarado nas equipas não só como um parceiro na prestação de cuidados, mas também como um alvo dos cuidados. Face a isto, sabendo que a sobrecarga do cuidador representa um problema importante, constatei a existência de uma lacuna transversal a ambos os contextos, no que se refere à aplicação de ferramentas padronizadas, designadamente a Escala de Sobrecarga de Zarit, que visa identificar os fatores que conduzem à exaustão, para à posteriori, se desenvolverem respostas adequadas às múltiplas e complexas necessidades identidades (Cortês et al., 2021).

No âmbito desta unidade de competência, colaborei com as equipas em atividades relacionadas com a gestão de respostas ao nível dos sistemas de saúde e sociais da comunidade, designadamente: a) proporcionar suporte psicoemocional, através do encaminhamento para o psicólogo; b) encaminhar para o serviço social, no caso de necessidade de ajudas técnicas, como colchão de pressão alternada, cama articulada, gestão do regime medicamentoso/alimentação/higiene e auxílio com benefícios fiscais que têm direito de usufruir a nível nacional ou outros; e também c) esclarecer acerca da oportunidade dos cuidadores usufruírem do período de descanso de cuidador na RNCCI, pedido esse que não pode ser efetuado através das equipas de CP, mas exclusivamente pelo médico de família.

Terminada a reflexão sobre as competências comuns e específicas do EEEMC-EPSP, reconheço que os enfermeiros especialistas são profissionais que desempenham um papel fundamental no seio das equipas especializadas, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Ao longo dos estágios profissionais, tive oportunidade de consolidar uma panóplia importante de competências pessoais e profissionais, que me permitirão desenvolver uma abordagem diferenciada na prestação de cuidados a pessoas com necessidades paliativas, assim como às suas famílias.

A parte seguinte (parte II) destina-se à apresentação do trabalho de investigação, que foi desenvolvido a par com o decorrer das experiências práticas, o qual se encontra intitulado de “Competência percebida pelos enfermeiros portugueses em Cuidados Paliativos”.



## PARTE II – COMPETÊNCIA PERCEBIDA PELOS ENFERMEIROS PORTUGUESES EM CUIDADOS PALIATIVOS

### 1 – RESUMO

**Enquadramento:** Numa sociedade em que se assiste a um número crescente de pessoas com doenças avançadas que requerem uma intervenção dos Cuidados Paliativos (CP), esta filosofia de cuidados é considerada uma prioridade nos serviços de saúde. A *Palliative Care Nursing Self Competence Scale* (PCNSCS) constitui uma escala útil para avaliar a competência percebida pelos enfermeiros em CP, permitindo identificar as áreas de formação prioritárias e, por conseguinte, melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

**Objetivo:** Adaptar a *Palliative Care Nursing Self-Competence Scale* (PCNSCS) para português europeu, avaliar as suas propriedades psicométricas e caracterizar a competência percebida pelos enfermeiros portugueses em CP.

**Métodos:** Estudo descritivo-correlacional, de natureza quantitativa. Amostragem não-probabilística de conveniência constituída por 413 enfermeiros portugueses. Os dados foram colhidos entre dezembro de 2024 e fevereiro de 2025, através de um instrumento composto por dados sociodemográficos e profissionais dos participantes e pela versão portuguesa da *Palliative Care Nursing Self-Competence Scale* (PCNSCS-PT). Procedeu-se à análise fatorial exploratória (AFE;  $n=250$ ) e à análise fatorial confirmatória (AFC;  $n=391$ ), com recurso ao SPSS (versão 29) e ao AMOS (versão 22).

**Resultados:** O estudo integrou 413 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 22 e os 65 anos que desenvolvem a sua atividade profissional maioritariamente em cuidados hospitalares não especializados (65,9%). Em média, identificou-se uma competência global razoável em CP. Relativamente às dimensões, verificou-se que os enfermeiros se apresentam mais confiantes nas dimensões dos *Cuidados em fim de vida*, *Atividades funcionais*, *Controlo de sintomas* e *Necessidades pessoais dos profissionais*, necessitando de maior formação ao nível das *Necessidades de Conforto*, *Comunicação e relação interpessoal*, *Necessidades espirituais* e *Necessidades psicossociais*. A competência percebida pelos enfermeiros relaciona-se positivamente com as habilitações académicas, as habilitações profissionais, o contexto laboral, o serviço onde exercem a sua atividade profissional e tempo de exercício profissional.

**Conclusões:** O estudo permitiu adaptar a PCNSCS-PT disponibilizando aos enfermeiros um instrumento de medida fiável e válido para avaliar a competência percebida pelos enfermeiros em CP. É necessário investir na formação global em CP, e nomeadamente nas dimensões das *Necessidades psicossociais*, *Necessidades espirituais*, *Comunicação e relação*



*interpessoal e Medidas de conforto*, por forma a capacitar os enfermeiros para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa com necessidades paliativas e família.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos; Competência clínica; Enfermeiros; Psicometria.

## 2 – ABSTRACT

**Background:** In a society where an increasing number of people with advanced illnesses require palliative care (PC) intervention, this philosophy of care is considered a priority in health services. The Palliative Care Nursing Self-Competence Scale (PCNSCS) is a useful scale for assessing nurses' perceived competence in PC, making it possible to identify priority training areas and therefore improve the quality of nursing care.

**Aim:** To adapt the Palliative Care Nursing Self-Competence Scale (PCNSCS) into European Portuguese, assess its psychometric properties and characterise Portuguese nurses' perceived competence in PC.

**Methods:** Quantitative descriptive-correlational study. Non-probabilistic convenience sample of 413 Portuguese nurses. Data was collected between December 2024 and February 2025 using an instrument comprising participants' sociodemographic and professional data and the Portuguese version of the Palliative Care Nursing Self-Competence Scale (PCNSCS-PT). Exploratory factor analysis (EFA; n=250) and confirmatory factor analysis (CFA; n=391) were carried out using SPSS (version 29) and AMOS (version 22).

**Results:** The study included 413 nurses, aged between 22 and 65, who work mostly in non-specialised hospital care (65.9%). On average, reasonable overall competence in PC was identified. Regarding the dimensions, it was found that the nurses were more confident in the dimensions of End-of-life care, Functional activities, Symptom control and Professional needs, while they needed more training in Comfort needs, Communication and interpersonal relationships, Spiritual needs and Psychosocial needs. The competence perceived by nurses is positively related to academic qualifications, professional qualifications, work context, the service where they work and length of professional practice.

**Conclusions:** The study made it possible to adapt the PCNSCS-PT, providing nurses with a reliable and valid measuring instrument to assess nurses' perceived competence in PC. It is necessary to invest in global training in PC, particularly in the dimensions of psychosocial needs, spiritual needs, communication and interpersonal relationships and comfort measures,



in order to train nurses to provide quality nursing care to people with palliative needs and their families.

**Keywords:** Palliative care; Clinical competence; Nurses; Psychometrics.

### 3 – INTRODUÇÃO

A exigência dos cuidados de enfermagem tem aumentado à medida que os padrões de saúde e doença das populações se têm alterado. A par com o envelhecimento demográfico, assistimos a um aumento do número de pessoas com doenças neurológicas, oncológicas e de insuficiência de órgão. Diante este novo paradigma, urge a necessidade de investir no desenvolvimento técnico-científico dos enfermeiros que prestam cuidados a pessoas com doenças limitadoras da vida, por forma a corresponderem às suas necessidades multidimensionais, tal como das suas famílias (Sawatzky et al., 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020), estima-se que 40 milhões de pessoas necessitem de Cuidados Paliativos (CP) em todo o mundo, sendo que apenas 14% das pessoas que necessitam de CP especializados os recebem anualmente. Em Portugal, os dados indicam que apenas 30% das pessoas têm acesso a estes cuidados (Neto, 2021).

Nesta perspetiva, os CP assumem uma maior relevância, sendo fundamental a formação de profissionais de saúde para prestar cuidados mais eficientes e eficazes na promoção do conforto e da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias (Feng et al., 2023).

Os enfermeiros são os profissionais que mais tempo passam junto das pessoas, pelo que se evidenciam como os profissionais que apresentam um papel de destaque na concretização destes cuidados (Feng et al., 2023). Por conseguinte, conhecer a competência dos enfermeiros em CP constituiu um elemento essencial para promover a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde nesta área específica de intervenção (Parajuli et al., 2022).

Desconhecendo-se a existência de um instrumento validado a nível nacional para avaliar a competência dos enfermeiros em CP, desenvolveu-se esta investigação, na qual se realizou a adaptação cultural da *Palliative Care Nursing Self-Competence Scale* para português europeu (PCNSCS-PT) e a avaliação das suas propriedades psicométricas, com o propósito de caracterizar a competência percebida pelos enfermeiros portugueses em CP.



#### 4 – REVISÃO DA LITERATURA

As alterações na trajetória das doenças geraram a necessidade dos enfermeiros se especializarem na prestação de cuidados personalizados à pessoa em situação paliativa e à sua família (Lo Iacono et al., 2024).

As situações graves e evolutivas estão frequentemente associadas a um declínio progressivo, caracterizado por uma carga sintomática significativa e incapacidade funcional ou cognitiva, o que conduz a pessoa doente a uma dependência crescente da família e dos cuidados de saúde (Sawatzky et al., 2019).

Neste sentido, a necessidade da implementação de uma abordagem paliativa em todos os contextos onde se prestam cuidados de enfermagem a pessoas com doenças incuráveis, graves e progressivas, bem como às suas famílias, é relevante, ainda que possam não necessitar de cuidados especializados no imediato (Feng et al., 2023).

De acordo com Feng et al. (2023) e Sawatzky et al. (2019), é prioritário difundir a filosofia dos CP ao nível dos múltiplos contextos de prestação de cuidados, não se reservando exclusivamente aos serviços especializados de prestação de CP. Este princípio coaduna-se também com o que se preconiza acerca dos níveis de CP no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2023-2024 (CNCP, 2023).

Os CP são cuidados de saúde ativos que se centram no tratamento de sintomas físicos, nomeadamente a dor e outros sintomas disruptivos, mas vai além destes, englobando não só as necessidades físicas, mas similarmente as necessidades sociais, emocionais e espirituais. Assumem-se como uma filosofia de cuidados holísticos e humanizados, centrados na resposta a uma multiplicidade de necessidades, preferências e valores das pessoas com doença grave, incurável e avançada, cujo risco de vida é iminente, e onde o sofrimento é frequente, sendo considerado o foco de cuidado da equipa multidisciplinar (OMS, 2020).

Estes cuidados direccionam-se para pessoas de todas as idades, com doença oncológica e não-oncológica, integrando muito para além da pessoa em fim de vida ou da pessoa com doença terminal. Esta filosofia de cuidados responde a uma necessidade de saúde pública, constituindo-se como um direito humano fundamental, pelo impacto benéfico que tem nas pessoas com necessidades paliativas e família, promovendo a melhoria da sua qualidade de vida, conforto e bem-estar multidimensional (Neto, 2021).

A implementação dos CP constitui assim, uma resposta indispensável para as pessoas com intenso sofrimento, decorrente de uma doença grave e/ou avançada, progressiva e terminal.

Nesta perspetiva, os enfermeiros devem estar preparados para esta realidade. De acordo com Parajuli et al. (2022), quando os enfermeiros não se sentem confiantes numa área de atuação



específica, não estão preparados para corresponder às necessidades de cuidados, influenciando a qualidade assistencial e a satisfação das pessoas e famílias. Em concordância, Feng et al. (2023) revelam que os enfermeiros que apresentam níveis mais elevados de competência percebida na área dos CP têm igualmente melhores comportamentos específicos no que se refere a este cuidado centrado nas pessoas.

Considerando que a competência percebida pelos enfermeiros em CP influencia diretamente a integração de uma abordagem paliativa nos contextos onde exercem a sua atividade profissional e a forma de responder às necessidades multidimensionais da pessoa e família, e admitindo as necessidades crescentes de CP, justifica-se assim, a necessidade de caracterizar essa competência, sendo a PCNSCS um instrumento útil para o efeito.

A PCNSCS foi desenvolvida por Desbiens e Fillion (2011) no Canadá. Este instrumento está sustentado na Teoria Social Cognitiva de Bandura, e enfatiza que a aquisição e o desenvolvimento de competências são influenciados pela percepção que cada pessoa apresenta acerca da sua aptidão na área (Desbiens & Fillion, 2011).

Em suma, caracterizar a competência dos enfermeiros em CP permite identificar as áreas em que estes profissionais mais necessitam de investir na sua formação e conseqüentemente melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem nesta área de intervenção diferenciada.

## **5 – METODOLOGIA**

### **Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, de natureza quantitativa, que engloba a análise psicométrica e validação da PCNSCS para português europeu.

Na primeira fase, foi efetuado o processo de tradução e adaptação cultural da PCNSCS de acordo com as recomendações de Beaton et al. (2000) e na segunda, realizou-se um estudo descritivo-correlacional, com análise das propriedades psicométricas da versão PCNSCS-PT.

### **Questão de Investigação**

Qual a competência percebida pelos enfermeiros portugueses em Cuidados Paliativos?

### **Objetivos e hipóteses**

Os objetivos do presente estudo são adaptar a *Palliative Care Nursing Self-Competence Scale* (PCNSCS) para português europeu, avaliar as suas propriedades psicométricas e caracterizar a competência percebida pelos enfermeiros portugueses em CP, relacionando-a com as variáveis do contexto, serviço e número de anos de exercício profissional, habilitações académicas e habilitações profissionais dos participantes.



As hipóteses às quais se pretende dar resposta com este estudo são:

**Hipótese 1:** Existe diferença entre a competência percebida pelos enfermeiros portugueses em CP de acordo com o contexto onde desempenham as suas funções.

**Hipótese 2:** Existe diferença entre a competência percebida pelos enfermeiros portugueses em CP de acordo com o serviço onde exercem a sua atividade profissional.

**Hipótese 3:** Há relação entre a competência percebida pelos enfermeiros portugueses em CP e os anos de exercício profissional.

**Hipótese 4:** Existe diferença entre a competência percebida pelos enfermeiros portugueses em CP de acordo com as habilitações académicas.

**Hipótese 5:** Existe diferença entre a competência percebida pelos enfermeiros portugueses em CP de acordo com as habilitações profissionais.

### **População, amostra e critérios de inclusão/exclusão**

A população-alvo do estudo foi constituída pelos enfermeiros que exercem a sua atividade profissional em Portugal, em instituições públicas ou privadas.

Amostra não-probabilística de conveniência, tendo como critérios de inclusão *ser enfermeiro com exercício profissional ativo na prestação direta de cuidados a pessoas em situação paliativa, a exercer a sua atividade profissional em instituições de saúde públicas ou privadas portuguesas* e como critérios de exclusão *ser enfermeiro que não está envolvido na prestação direta de cuidados à pessoa em situação paliativa*.

A amostra global foi constituída por 413 participantes. Para o cálculo da dimensão da amostra para a Análise Fatorial Exploratória (AFE), foi utilizado um rácio de cinco respostas por item, tendo sido constituída por 250 participantes (Bryman & Cramer, 1992). Para a Análise Fatorial Confirmatória (AFC), a amostra total foi de 413 enfermeiros, após extensão do período de colheita de dados. Contudo, a amostra total da AFC foi constituída por 391 enfermeiros, devido à existência de 22 questionários com dados omissos, que foram excluídos.

### **Colheita de dados**

A colheita de dados foi efetuada em Portugal continental e nos arquipélagos dos Açores e da Madeira, entre dezembro de 2024 e fevereiro de 2025, utilizando um questionário online divulgado através do *GoogleForms®*. A amostra foi obtida por meio de um processo não-probabilístico, de conveniência. O questionário foi enviado para os enfermeiros que exercem a sua atividade em contextos onde se prestam cuidados a pessoas em situação paliativa, que por sua vez o partilharam através das suas redes de contactos com outros enfermeiros (Apêndice 9). Foram igualmente utilizadas as plataformas virtuais e a Associação Portuguesa



de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica para divulgação do questionário.

### **Instrumento**

A PCNSCS é um instrumento que avalia a competência percebida pelos enfermeiros sobre CP, sendo que os 50 itens que compõem a escala estão distribuídos por 10 domínios: necessidades físicas - dor; necessidades físicas - outros sintomas; necessidades psicológicas; necessidades sociais; necessidades espirituais; necessidades relacionadas com o estado funcional; questões éticas e jurídicas; colaboração e comunicação interprofissional; questões pessoais e profissionais relacionadas com os cuidados de enfermagem e cuidados dos últimos dias e horas de vida.

A resposta dos participantes foi expressa numa escala do tipo likert de 5 pontos: *1 - Totalmente incapaz, 2 - Incapaz, 3 - Moderadamente capaz, 4 - Capaz e 5 - Totalmente capaz*, sendo que pontuações superiores representam uma maior competência percebida pelos enfermeiros nos domínios em análise.

O instrumento de colheita de dados era composto por duas partes distintas: a primeira, integrava questões para a caracterização sociodemográficas e profissional dos participantes (sexo, idade, habilitações académicas, contexto, área de atuação profissional atual e anos de experiência profissional); e a segunda, a PCNSCS-PT, após processo de adaptação cultural proposto por Beaton et al. (2000).

Na etapa 1, a tradução foi efetuada por dois elementos que traduziram a PCNSCS da língua inglesa para a língua portuguesa (enfermeiro - T1 e não enfermeiro - T2). Seguiu-se a etapa 2, com a síntese das duas traduções realizada pelos investigadores (T-12).

A etapa 3 da retradução do português para o inglês foi realizada por dois tradutores (enfermeiro - RT1 e não enfermeiro - RT2), com domínio da língua inglesa, a partir da tradução anterior (T-12), obtendo-se uma retradução final única (RT-12). Nas etapas anteriores não se verificaram discrepâncias significativas.

Na etapa 4, organizou-se uma reunião de peritos/*debriefing* cognitivo, entre professores da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC) e investigadores da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), com o objetivo de consolidar todas as versões do questionário e construir a versão pré-final.

Por fim, na etapa 5, realizou-se um pré-teste com uma amostra de enfermeiros, estudantes de dois cursos de mestrado, da ESEnC, no sentido de garantir que os itens eram compreensíveis. Nesta fase também não se encontraram discrepâncias de conteúdo, obtendo-se assim a versão final da escala (etapa 6).



## Análise de dados

A avaliação das propriedades psicométricas do instrumento foi conduzida com recurso aos *softwares* IBM SPSS (versão 29) e AMOS (versão 22).

Foram calculadas as estatísticas descritivas para cada item, assim como a sua distribuição amostral (média, desvio padrão, assimetria e curtose). Foram considerados os valores de assimetria  $|Sk| < 3$  e de curtose  $|Ku| < 7$  para uma distribuição normal. Para avaliar a estrutura do modelo de medida da PCNSCS-PT, foi inicialmente elaborada uma AFE sobre a matriz de correlação. Os fatores foram extraídos utilizando o método dos componentes principais com rotação Varimax. Foram retidos os fatores com valor próprio superior a 1, bem como o Scree Plot e a percentagem de variância retida, seguindo a recomendação de triangulação de critérios para evitar a retenção de fatores inadequados para a descrição da estrutura original do instrumento (Marôco, 2021). Foram consideradas cargas cruzadas superiores a 0,4 e, posteriormente, foi avaliada a magnitude das cargas entre os fatores, tendo em conta a componente em que o item apresenta a carga mais forte.

De seguida, foi efetuada uma AFC para verificar se a informação se ajustava com o modelo em estudo. A presença de *outliers* foi avaliada através da distância de Mahalanobis ao quadrado ( $D^2$ ). Para ajustar o modelo, foram realizadas modificações sustentadas nos índices de modificação (IM) ( $IM > 11$ ;  $p < 0,001$ ) produzidos pelo *software* AMOS. Foram utilizados diferentes índices para avaliar a qualidade do ajustamento do modelo, com valores de  $\chi^2/df < 5$ , *Comparative Fit Index* (CFI) e *Good-ness of Fit Index* (GFI)  $> 0,90$ , *Tucker-Lewis Index* (TLI)  $> 0,90$ , *Root Mean Square Error* (RMSEA)  $< 0,08$  como aceitável, sendo que o menor índice de validação cruzada esperado de máxima verossimilhança (MECVI) indica o modelo com a melhor validade externa (Byrne, 2010; Marôco, 2021).

A fiabilidade do instrumento e a consistência interna foram avaliadas utilizando o Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), sendo considerados adequados valores superiores a 0,70 (Marôco, 2021).

A validade do construto foi avaliada através da validade fatorial, da validade convergente e da validade discriminante. A validade fatorial é adequada quando as cargas fatoriais são iguais ou superiores a 0,50 e a fiabilidade individual é igual ou superior a 0,25. A validade convergente foi avaliada através do cálculo da Variância Média Extraída (AVE), sendo a superior ou igual a 0,50 a que indica a validade convergente. A validade discriminante foi estabelecida com dois testes: o teste de diferença  $\chi^2$  entre o modelo restrito, assumindo correlação perfeita entre os fatores, e o modelo com correlação livre entre os fatores, sendo que um teste significativo indica que os fatores medem construtos diferentes, visto que não estão perfeitamente correlacionados e garantindo que a AVE de cada um dos dois fatores é igual ou superior ao quadrado da correlação entre eles (Marôco, 2021).



## **Procedimentos formais e éticos**

O estudo foi realizado após ter sido obtida a autorização dos autores que desenvolveram a versão original da escala (Anexo 3) e parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA: E (Parecer n.º P1067\_09\_2024) (Anexo 4).

Na aplicação do questionário foi garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, através da atribuição de um código numérico a cada participante. Foi obtido o consentimento informado, livre e esclarecido de todos os participantes, conforme se apresenta no Apêndice 10. Os participantes só avançavam no preenchimento do questionário após aceitarem participar.

## **6 – RESULTADOS**

### **Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra**

A amostra foi constituída por 413 enfermeiros, dos quais 375 eram mulheres (90,8%) e 38 homens (9,2%), com uma média de idade de 39 anos (DP=9; min.=22; max.=65). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes eram casados (45,8%) ou solteiros (32,7%).

Dos participantes, 73,1% não tinham formação pós-graduada, 2,2% tinham pós-graduação em oncologia, e 24,7% tinham pós-graduação na área dos CP, sendo que a maioria detinha o grau de licenciado (72,4%).

Relativamente às variáveis profissionais, a maioria dos enfermeiros detinham a categoria profissional de enfermeiro (71,2%) e 28,8% de enfermeiro especialista. Em média, exerciam a sua atividade profissional há 16 anos (DP=9; min.=0,3; max.=44), dos quais 8,4 anos no seu local de trabalho atual (DP=7,4; min.=0; max.=33), e a maioria exercem a sua atividade em contexto não oncológico (65,4%) (Tabela 1).

Os enfermeiros que participaram no estudo trabalhavam em diversos contextos clínicos, designadamente: ERPI/RNCCI (10,2%), cuidados primários não especializados (3,6%), cuidados primários especializados (1,5%), cuidados hospitalares não especializados (65,9%) e cuidados hospitalares especializados (18,2%).

**Tabela 1.**

*Características sociodemográficas e profissionais dos participantes (n=413).*

Variável		N (%)	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	N Omisso (%)
Idade (anos)		413 (100)	39,40	9,47	22	65	0 (0)
Experiência profissional (anos)		413 (100)	16,24	9,29	0,33	44	0 (0)
Experiência no serviço (anos)		413 (100)	8,40	7,44	0	33	0 (0)

Variável		N (%)	N Omisso (%)
Sexo	Masculino	38 (9,2)	0 (0)
	Feminino	375 (90,8)	
Estado Civil	Solteiro	135 (32,7)	0 (0)
	União de fato	63 (15,3)	
	Casado	189 (45,8)	
	Divorciado	24 (5,8)	
	Viúvo	2 (0,5)	
Habilitações académicas	Bacharelato	1 (0,2)	0 (0)
	Licenciatura	299 (72,4)	
	Mestrado	110 (26,6)	
	Doutoramento	3 (0,7)	
Habilitações profissionais	Nenhuma	302 (73,1)	0 (0)
	Pós-graduação Oncologia	9 (2,2)	
	Pós-graduação CP	102 (24,7)	
	Ambas	0 (0)	
Contexto	Não Oncológico	270 (65,4)	0 (0)
	Oncológico	143 (34,6)	
Serviço	ERPI/RNCCI	42 (10,2)	3 (0,7)
	Cuidados primários não especializados	15 (3,6)	
	Cuidados primários especializados	6 (1,5)	
	Cuidados hospitalares não especializados	272 (65,9)	
	Cuidados hospitalares especializados	75 (18,2)	
Categoria profissional	Enfermeiro	294 (71,2)	0 (0)
	Enf. especialista	119 (28,8)	

Nota. N = amostra

### **Análise Fatorial Exploratória**

O teste de adequação da amostra da AFE para a amostra de 250 enfermeiros revelou que a distribuição era adequada para a redução de dados com base no critério de Kaise-Meyer-Olkin (KMO) de 0,943 e no teste de esfericidade de Bartlett com significância estatística ( $p < 0,001$ ).

Foi realizada a AFE através do método de rotação Varimax, tendo-se obtido oito fatores com valor próprio superior a 1, que explicam 66,66% da variância total (Tabela 2). Os valores obtidos revelaram, conforme Marôco (2021), serem aceitáveis para prosseguir o estudo.



Após obtenção dos 8 fatores foi efetuada a sua designação sustentada no referencial teórico do estudo: *Necessidades psicossociais* (Fator 1), *Comunicação e relação interpessoal* (Fator 2), *Controlo de sintomas* (Fator 3), *Necessidades pessoais dos profissionais* (Fator 4), *Cuidados em fim de vida* (Fator 5), *Necessidades espirituais* (Fator 6), *Medidas de conforto* (Fator 7) e *Atividades funcionais* (Fator 8).

Todas as comunalidades associadas aos itens foram elevadas (0,497-0,803), revelando que os oito fatores retidos são adequados para descrever a estrutura correlacional do instrumento ao nível das suas dimensões.

O Fator 1 apresentou o valor mais elevado, explicando 42,32% da variância, e é constituído por 18 itens que correspondem às necessidades psicossociais. O Fator 2 explicou 6,46% da variância e incluiu 7 itens que se referem à comunicação e relação interpessoal. O Fator 3 explicou 5,17% da variância, e englobou 7 itens que dizem respeito ao controlo de sintomas. O Fator 4 explicou 3,33% da variância, e foi composto por 4 itens que correspondem às necessidades pessoais dos profissionais. O Fator 5 explicou 2,81% da variância total, e incluiu 4 itens sobre os cuidados em fim de vida. O Fator 6 explicou 2,39% da variância total, e integrou 3 itens que correspondem às necessidades espirituais. O Fator 7 explicou 2,12% da variância total, e englobou 4 itens acerca das medidas de conforto. Por último, o Fator 8 explicou 2,08% da variância total, e incluiu 3 itens que dizem respeito às atividades funcionais.

Relativamente à consistência interna, a PCNSCS-PT apresentou uma excelente consistência interna global ( $\alpha=0,971$ ) e os seguintes valores para cada fator: Fator 1 (18 itens,  $\alpha=0,956$ ), Fator 2 (7 itens,  $\alpha=0,916$ ), Fator 3 (7 itens,  $\alpha=0,863$ ), Fator 4 (4 itens,  $\alpha=0,799$ ), Fator 5 (4 itens,  $\alpha=0,879$ ), Fator 6 (3 itens,  $\alpha=0,833$ ), Fator 7 (3 itens,  $\alpha=0,787$ ), e Fator 8 (3 itens,  $\alpha=0,799$ ). Assim, pode-se dizer que os valores demonstram uma consistência interna apropriada à consecução do estudo.

## Tabela 2.

*Cargas fatoriais de cada item nos oito fatores retidos, valores próprios e percentagem da variância explicada, após AFE com extração de fatores através do método de rotação de Varimax (n=250).*

Item	Fator								C
	1	2	3	4	5	6	7	8	
I1			0,587						0,577
I2			0,646						0,536
I3			0,640						0,530
I4							0,484		0,497
I5			0,503						0,543



I6			0,637					0,724
I7							0,509	0,705
I8			0,502					0,616
I9			0,707					0,642
I10							0,587	0,622
I11	0,497							0,597
I12	0,619							0,571
I13	0,727							0,738
I14	0,779							0,744
I15	0,735							0,642
I16	0,569							0,629
I17	0,537							0,634
I18	0,601							0,682
I19	0,655							0,708
I20	0,475							0,556
I21						0,672		0,675
I22						0,610		0,692
I23	0,714							0,673
I24	0,718							0,710
I25						0,544		0,652
I26							0,379	0,671
I27	0,648							0,694
I28							0,568	0,673
I29							0,578	0,653
I30	0,624							0,726
I31	0,510							0,563
I32	0,708							0,567
I33	0,631							0,658
I34		0,542						0,607
I35		0,525						0,688
I36		0,612						0,658
I37		0,809						0,792
I38		0,823						0,805
I39		0,789						0,801
I40		0,746						0,803
I41				0,594				0,533
I42				0,681				0,686
I43				0,793				0,773
I44				0,699				0,700
I45	0,581							0,617
I46					0,697			0,785
I47					0,679			0,781



I48					0,732				0,763
I49					0,685				0,684
I50							0,476		0,680
Valor próprio	21,15	3,23	2,58	1,66	1,40	1,19	1,06	1,04	
Variância explicada	42,31%	6,46%	5,17%	3,32%	2,81%	2,39%	2,12%	2,08%	
Variância explicada cumulativa	42,31%	48,77%	53,94%	57,26%	60,07%	62,46%	64,58%	66,66%	
Fiabilidade $\alpha$ global=0,971	0,956	0,916	0,863	0,799	0,879	0,833	0,787	0,799	

Nota. AFE = Análise Fatorial Exploratória; I = Item;  $\alpha$  = Alpha de Cronbach; C = Comunalidade.

### Análise Fatorial Confirmatória

A AFC foi conduzida para validar a estrutura identificada na AFE. Assim, alargou-se o período de colheita de dados e obteve-se um total de 413 participantes.

Das 413 respostas obtidas, foram eliminadas 22 participações por apresentarem dados omissos, tendo a AFC sido conduzida com um  $n=391$ .

Baseado nos dados obtidos da AFE, o modelo revelou baixos índices de ajustamento ( $\chi^2/df=2,552$ , CFI=0,878, GFI=0,762, TLI=0,869, RMSEA=0,063, MECVI=8,259).

Todos os itens apresentaram valores de normalidade adequados, mas nove observações com  $D^2$  elevado foram considerados *outliers*, tendo-se verificado evidência de uma ligeira melhoria nos índices de ajustamento (Tabela 3).

A análise dos IM mostrou uma forte correlação entre os erros de medição dos itens 11 e 12 no Fator 1 (IM=46,30), 17 e 18 no Fator 1 (IM=45,48), 16 e 18 no Fator 1 (IM=37,38), 14 e 15 no Fator 1 (IM=35,34), 14 e 14 no Fator 1 (IM=29,94), 27 e 30 no Fator 1 (IM=27,12), 12 e 13 no Fator 1 (IM=23,06), 31 e 33 no Fator 1 (IM=21,65) e 20 e 30 no Fator 1 (IM=20,05).

Seguindo uma estratégia conservadora, os dados foram reanalisados excluindo estas observações, e após correlação dos erros com evidência de um bom ajuste, para a versão da PCNSCS-PT que foi obtida com 50 itens e 8 fatores com correlação adequada entre eles, para a maioria dos índices de ajustamento ( $\chi^2/df=2,043$ , CFI=0,920, GFI=0,809, TLI=0,913, RMSEA=0,052, MECVI=6,941). Este processo confirmou que a escala é um instrumento fiável para medir a competência percebida pelos enfermeiros em CP.

**Tabela 3.**

*Índices de ajustamento dos modelos de medição.*

	$\chi^2/df$	CFI	GFI	TLI	RMSEA	MECVI
Modelo original (estrutura empírica)	2,552	0,878	0,762	0,869	0,063	8,259
Modelo refinado (9 outliers)	2,259	0,903	0,785	0,895	0,057	7,578
Modelo refinado (índices de modificação)	2,043	0,920	0,809	0,913	0,052	6,941

Nota.  $\chi^2/df$  = Chi-square/Degrees of freedom; CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; MECVI = Maximum-Likelihood Expected Cross-Validation Index.

A análise da validade de constructo incluiu os componentes de validade fatorial, validade convergente e discriminante. As cargas fatoriais padronizadas variaram de 0,84 (Fator *Atividades Funcionais*) a 1,39 (Fator *Necessidades psicossociais*) e a fiabilidade individual de cada item também foi adequado, variando entre 0,06 (Fator *Cuidados em fim de vida*) a 1 (Fator *Cuidados em fim de vida*).

Quanto à validade convergente, a AVE mostrou-se, em todos os fatores, abaixo do recomendado. No que diz respeito à validade discriminante, os testes de diferença  $\chi^2$  mostraram que a correlação entre cada um dos fatores foi significativamente diferente de 1 ( $p < 0,05$ ), o que indica a validade discriminante dos fatores. No entanto, o AVE foi menor que o quadrado da correlação entre os fatores (Tabela 4).

**Tabela 4.**

*Análise da confiabilidade de construto, validade convergente e validade discriminante.*

Fatores	N. ° itens	CR	$\alpha$	AVE	$\rho^2$
Fator 1	18	0,923	0,956	0,404	0,563 - 0,766
Fator 2	7	0,869	0,916	0,494	0,577 - 0,742
Fator 3	7	0,801	0,863	0,369	0,502 - 0,746
Fator 4	4	0,787	0,799	0,484	0,502 - 0,584
Fator 5	4	0,792	0,879	0,488	0,515 - 0,655
Fator 6	3	0,639	0,833	0,373	0,515 - 0,766
Fator 7	4	0,590	0,787	0,266	0,511 - 0,746
Fator 8	3	0,514	0,799	0,267	0,543 - 0,727

Nota. CR = Composite Reliability;  $\alpha$  = Alpha de Cronbach; AVE = Average Variance Extracted;  $\rho^2$  = Square of the correlation between factors.



Todos os fatores apresentaram valor da AVE < 0,50, e a consistência interna foi adequada em cinco dos oito fatores.

Nestas situações, sugere-se suprimir as variáveis mensuradas dos construtos que apresentam a AVE < 0,50, com o objetivo de aumentar o seu valor, eliminando as variáveis com cargas fatoriais de menor valor conforme preconizado por Hair Jr. et al., (2009). Porém, a confiabilidade compósita também é um indicador de validade convergente e ambos devem ser analisados conjuntamente. Apesar da AVE, para estes fatores, ter apresentado valores abaixo da referência, ao mesmo tempo mostrando indicadores próximos do aceitável, decide-se pela manutenção do modelo, inferindo que todas as medidas são consistentes e representam o mesmo construto latente.

### Competência percebida pelos enfermeiros sobre Cuidados Paliativos

A competência percebida pelos enfermeiros em CP a nível global obteve um valor médio de 188,06 pontos (DP=30,04; min.=74,00 e máx.=250,0), sendo que em cada um dos fatores verificam-se, conforme se apresenta na tabela padronizada, os seguintes valores: *Cuidados em fim de vida* (M=4,22; DP=0,72); *Atividades funcionais* (M=3,97; DP=0,71); *Controlo de sintomas* (M=3,95; DP=0,60); *Necessidades pessoais dos profissionais* (M=3,92; DP=0,69); *Medidas de conforto* (M=3,88; DP=0,69); *Comunicação e relação interpessoal* (M=3,84; DP=0,76); *Necessidades espirituais* (M=3,60; DP=0,82) e *Necessidades psicossociais* (M=3,49; DP=0,71).

#### Tabela 5.

Tabela padronizada da estatística descritiva dos fatores (n=413).

PCNSCS-PT	N (%)	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	N Omisso (%)
Global	391 (97,8)	188,06	30,04	74,00	250,00	22 (2,2)
PCNSCS – Competências (individual)	N (%)	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	N Omisso (%)
NPS	405 (99,2)	3,49	0,71	1,22	5,00	8 (0,8)
CRI	408 (99,5)	3,84	0,76	1,00	5,00	5 (0,5)
CS	413 (100)	3,95	0,60	1,00	5,00	0 (0)
NP	410 (99,7)	3,92	0,69	1,00	5,00	3 (0,3)
CFV	410 (99,7)	4,22	0,72	1,00	5,00	3 (0,3)
NESP	411 (99,8)	3,60	0,82	1,00	5,00	2 (0,2)
MC	413 (100)	3,88	0,69	1,50	5,00	0 (0)
AF	411 (99,8)	3,97	0,71	1,00	5,00	2 (0,2)

Nota. N = amostra; NPS= necessidades psicossociais; CRI= comunicação e relação interpessoal; CS=controlo de sintomas; NP=necessidades pessoais dos profissionais; CFV=cuidados em fim de vida; NE=necessidades espirituais; MC=medidas de conforto; AF=atividades funcionais.

**Tabela 6.**

Matriz de relações entre as variáveis e as dimensões da PCNSCS-PT (n=413).

r de Spearman (r; p)	PCNSCS - Dimensões								
	Competência global	NPS	CRI	CS	NP	CFV	NESP	MC	AF
Contexto	(-5,98; <0,001)	(-5,27; <0,001)	(-5,62; <0,001)	(-6,13; <0,001)	(-3,06; 0,002)	(-4,14; <0,001)	(-5,67; <0,001)	(-5,08; <0,001)	(-5,26; <0,001)
Serviço	(17,44; <0,001)	(15,96; <0,001)	(13,51; <0,001)	(17,50; <0,001)	(7,61; <0,001)	(17,73; <0,001)	(7,86; <0,001)	(15,36; <0,001)	(10,04; <0,001)
Experiência profissional	(0,175; 0,001)	(0,189; 0,001)	(0,155; 0,002)	(0,209; 0,001)	(0,081; 0,103)	(0,070; 0,156)	(0,162; 0,001)	(0,189; 0,001)	(0,132; 0,007)
Habilitações académicas	(10,04; <0,001)	(12,42; <0,001)	(9,88; <0,001)	(6,09; <0,001)	(7,27; <0,001)	(3,67; 0,012)	(3,83; 0,010)	(5,31; 0,001)	(5,51; 0,001)
Habilitações profissionais	(26,48; <0,001)	(29,42; <0,001)	(21,21; <0,001)	(28,28; <0,001)	(7,54; <0,001)	(14,61; <0,001)	(11,46; <0,001)	(24,39; <0,001)	(16,30; <0,001)

Nota. NPS = necessidades psicossociais; CRI = Comunicação e relação interpessoal; CS = Controlo de sintomas; NP = Necessidades pessoais dos profissionais; CFV = Cuidados em fim de vida; NESP = Necessidades espirituais; MC = Medidas de conforto; AF = Atividades funcionais; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

### Hipótese 1: Existe diferença entre a competência percebida pelos enfermeiros em CP de acordo com o tipo de contexto onde desempenham as suas funções.

As estatísticas do teste *t de student* variaram de  $-3,06$  a  $-6,13$  ( $t \approx 411$ ), sinalizando que, em média, os enfermeiros de unidades oncológicas se sentem mais preparados em todas as áreas avaliadas, sendo que a dimensão *Necessidades pessoais dos profissionais* apresenta um efeito mais discreto ( $t = -3,06$ ;  $p = 0,002$ ) e a dimensão *Controlo de Sintomas* evidencia a discrepância mais acentuada ( $t = -6,13$ ;  $p < 0,001$ ), o que reforça o papel central da experiência oncológica na gestão de dor e de sintomas complexos.

Estes resultados indicam que o tipo de contexto profissional influencia de forma consistente a perceção de competência dos enfermeiros em cada domínio avaliado. Assim, estes dados demonstram que os participantes do contexto oncológico referem deter maior competência em CP comparativamente aos do contexto não-oncológico.

### Hipótese 2: Existe diferença entre a competência percebida pelos enfermeiros em CP de acordo com o serviço onde exercem a sua atividade profissional.

Os valores de *F* oscilam entre 7,61 (*Necessidades pessoais dos profissionais*) e 17,73 (*Cuidados em Fim de Vida*), todos com  $p < 0,001$ , revelando diferenças claras entre as tipologias do serviço. As maiores disparidades surgem nas dimensões *Controlo de Sintomas*, *Cuidados em Fim de Vida* e *Competência global*, sugerindo que certos ambientes



clínicos fomentam mais fortemente estas competências.

Através do teste One Way ANOVA, método de *Pairwise*, constatou-se que entre os serviços especializados e não especializados existem diferenças significativas (Tabela 7): cuidados primários especializados face às ERPI/RNCCI ( $p=0,021$ ); cuidados primários especializados comparativamente aos cuidados primários não especializados ( $p=0,007$ ); cuidados hospitalares não especializados face aos cuidados primários especializados ( $p=0,009$ ); cuidados hospitalares especializados face às ERPI/RNCCI ( $p=0,001$ ); cuidados hospitalares especializados face aos cuidados primários não especializados ( $p=0,001$ ) e cuidados hospitalares especializados face aos cuidados hospitalares não especializados ( $p=0,001$ ).

**Tabela 7.**

Teste One Way ANOVA entre a competência global percebida em CP e o contexto onde os enfermeiros exercem a sua atividade ( $n=388$ ).

Método Pairwise	Estatística de Teste Padrão (Z)	Significância (p)
Cuidados primários não especializados-Cuidados hospitalares especializados	-4,192	0,001
Cuidados hospitalares não especializados-Cuidados hospitalares especializados	-7,396	0,001
ERPI/RNCCI-Cuidados hospitalares especializados	-4,727	0,001
Cuidados primários não especializados-Cuidados primários especializados	-2,690	0,007
Cuidados hospitalares não especializados-Cuidados primários especializados	2,612	0,009
ERPI/RNCCI-Cuidados primários especializados	-2,307	0,021
Cuidados primários não especializados-ERPI/RNCCI	0,991	0,322
Cuidados primários não especializados-Cuidados hospitalares não especializados	-0,851	0,395
Cuidados hospitalares não especializados-ERPI/RNCCI	0,433	0,665
Cuidados hospitalares especializados-Cuidados primários especializados	0,204	0,839

### Hipótese 3: Há relação entre a competência percebida pelos enfermeiros em CP e os anos de exercício profissional.

Calcularam-se os coeficientes de correlação de *Spearman* e respetivo teste de significância entre os anos de exercício profissional e todas as dimensões da escala. Observaram-se correlações positivas e estatisticamente significativas na competência global ( $r=0,175$ ;  $p=0,001$ ) e nas dimensões das *Necessidades psicossociais* ( $r=0,189$ ;  $p=0,001$ ); *Comunicação e relação interpessoal* ( $r=0,155$ ;  $p=0,002$ ); *Controlo de sintomas* ( $r=0,209$ ;  $p=0,001$ );



*Necessidades espirituais* ( $r=0,162$ ;  $p=0,001$ ) e *Medidas de conforto* ( $r=0,189$ ;  $p=0,001$ ). Nas restantes dimensões, a correlação não apresenta valores estatisticamente significativos: *Necessidades pessoais dos profissionais* ( $r=0,081$ ;  $p=0,103$ ); *Cuidados em fim de vida* ( $r=0,070$ ;  $p=0,156$ ) e *Atividades funcionais* ( $r=0,132$ ;  $p=0,007$ ). Neste sentido, enfermeiros com mais anos de exercício profissional percebem maior competência global na maioria das dimensões da escala, excetuando ao nível das *Necessidades pessoais dos profissionais*, *Cuidados em fim de vida* e *Atividades funcionais*. Conclui-se que, no geral, mais anos de prática profissional se associam a maior percepção de competência embora o efeito seja fraco e não se verifique em todos os domínios.

#### **Hipótese 4: Há relação entre a competência percebida pelos enfermeiros em CP e as habilitações académicas.**

Os valores de  $F$  mais altos localizam-se nas dimensões *Necessidades Psicossociais* e *Competência global*. Mesmo as dimensões com  $F$  mais baixos (*Cuidados em Fim de Vida* e *Necessidades espirituais*) mantêm significância, indicando que a diferenciação académica está consistentemente relacionada com uma maior percepção de competência.

Através do teste One Way ANOVA, método de *Pairwise*, conforme se verifica na Tabela 8, as diferenças são estatisticamente significativas, com o mestrado comparativamente à licenciatura ( $p=0,001$ ) e com o doutoramento face à licenciatura ( $p=0,008$ ) e ao bacharelato ( $p=0,014$ ).

#### **Tabela 8.**

*Teste One Way ANOVA entre a competência global percebida em CP e as habilitações académicas dos enfermeiros (n=391).*

Método Pairwise	Estatística de Teste Padrão (Z)	Significância (p)
Bacharelato-Licenciatura	-1,279	0,201
Bacharelato-Mestrado	-1,768	0,077
Mestrado-Doutoramento	-1,793	0,073
Bacharelato-Doutoramento	-2,448	0,014
Licenciatura-Doutoramento	-2,664	0,008
Licenciatura-Mestrado	-4,312	0,001

#### **Hipótese 5: Existe diferença entre a competência percebida pelos enfermeiros em CP de acordo com as habilitações profissionais.**

Todos os  $F$  são superiores a 7,5 (*Necessidades pessoais dos profissionais*), com  $p<0,001$  evidenciando que a formação diferenciada (pós-graduação e especialização) em CP faz melhorar, de forma pronunciada, a percepção da competência. Os efeitos mais fortes



observam-se nas *Necessidades Psicossociais*, *Controlo de Sintomas* e *Competência global*. Através do teste One Way ANOVA, método de *Pairwise*, conforme se apresenta na Tabela 9, verificou-se que as diferenças são estatisticamente significativas entre os enfermeiros que têm pós-graduação comparativamente aos que não apresentam nenhuma pós-graduação, sendo que apesar dos resultados serem estatisticamente significativos nos que têm qualquer uma das pós-graduações (oncologia ou CP), os valores são estatisticamente mais significativos para os que têm pós-graduação em CP ( $F=-6,150$ ;  $p=0,001$ ) em comparação com os que têm pós-graduação em oncologia ( $F=-3,054$ ;  $p=0,002$ ).

### Tabela 9.

*Teste One Way ANOVA entre a competência global percebida em CP e as habilitações profissionais dos enfermeiros (n=391).*

Método Pairwise	Estatística de Teste Padrão (Z)	Significância (p)
Nenhuma PG – PG Cuidados Paliativos	-6,150	0,001
Nenhuma PG – PG Oncologia	-3,054	0,007
PG Cuidados Paliativos-PG Oncologia	0,869	0,385

Em síntese, o contexto e o tipo de serviço evidenciaram efeitos significativos e consistentes em todas as dimensões avaliadas da PCNSCS-PT; a experiência profissional apresenta correlações positivas, mas de pequena magnitude e nem sempre significativas; e a formação – tanto académica como profissional – surge como fator com efeitos mais pronunciados, reforçando a importância do investimento na qualificação para elevar a competência percebida em cuidados.

## 7 – DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi adaptar culturalmente a PCNSCS para o português europeu, bem como caracterizar a competência percebida pelos enfermeiros portugueses em CP. Associado às atuais alterações demográficas, com o crescente envelhecimento demográfico e o aumento da prevalência de pessoas com doenças incuráveis, que vivenciam trajetórias de doença prolongadas, oncológicas ou não-oncológicas, é crucial investir na formação dos enfermeiros para que estes possuam competências necessárias para prestar cuidados adequados às necessidades das pessoas em situação paliativa e suas famílias (Lo Iacono et al., 2024; Parajuli et al., 2022).

A evidência científica sublinha a existência de um número elevado de pessoas com necessidades paliativas hospitalizadas em contextos não especializados (51,4%). Os CP quando integrados precocemente no plano de cuidados concebem *outcomes* positivos para



as pessoas e suas famílias. No entanto, atualmente identificam-se como barreiras na identificação precoce destas pessoas o défice de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre CP e sobre a necessidade da integração precoce desta resposta em todos os níveis de prestação de cuidados, a falta de preparação dos profissionais para lidar com pessoas em fim de vida, assim como a dificuldade em reconhecer o momento em que deve ocorrer a referência, o que prejudica a garantia de uma cobertura universal desta tipologia de cuidados (Baldaia, 2023; Capelas et al., 2018). Esta informação é, também, concordante com o estudo de Alshammari et al. (2022), onde se evidencia que o conhecimento dos profissionais é considerado como um dos fatores críticos para o sucesso das equipas, permitindo o acesso a cuidados centrados na pessoa.

Nesta perspetiva, reconhecendo que as respostas em CP são escassas para as necessidades atuais da população, e que a tendência futura está em crescendo o que reforça a necessidade de um investimento específico urgente, patente também no PEDCP em Portugal Continental 2023-2024 (CNCP, 2023). Feng et al. (2023) salientam igualmente a importância de sensibilizar e formar os profissionais de saúde, capacitando-os para darem resposta às necessidades em CP, transversalmente assumidos como cuidados especializados na intervenção ao nível do sofrimento, e como tal, promotores de qualidade de vida e bem-estar. É essencial que todos os enfermeiros detenham formação pré-graduada e básica que lhes permita reconhecer as pessoas com necessidades paliativas, prestar-lhes cuidados básicos e referenciá-las para equipas especializadas atempadamente (Lopez-Gracia et al., 2020).

Os profissionais de saúde de todos os serviços dos cuidados de saúde primários, pré-hospitalares, hospitalares e cuidados continuados integrados devem ser capazes de identificar e cuidar das pessoas com necessidades paliativas, assim como pedir apoio a equipas especializadas quando necessário, e encaminhar os casos mais complexos para os outros níveis de diferenciação em CP, sistema materializado pela atuação através da rede nacional de CP, tal como se preconiza atualmente (CNCP, 2023; Ribeirinho & Duarte, 2021).

Atendendo ao exposto, esta investigação constitui um ponto essencial para a prática dos CP em Portugal, dado que é consensual que a integração de uma abordagem paliativa nos contextos onde os enfermeiros exercem a sua atividade é parcialmente explicada pela competência que os próprios consideram deter em CP. A competência caracteriza-se como uma capacidade de desempenho que integra o conhecimento, as aptidões e as atitudes de um profissional numa determinada área. Vários autores veiculam esta ideia, afirmando que a competência percebida pelos enfermeiros em CP influencia o seu desenvolvimento, constituindo uma componente fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados nesta área (Desbiens & Fillion, 2011; Feng et al., 2023; Parajuli et al., 2022; Sawatzky et al., 2019).



Neste estudo, a versão original da PCNSCS foi submetida a um processo de adaptação cultural, seguindo as diretrizes de Beaton et al. (2000), e validação psicométrica, através da realização de uma AFE e AFC. Os resultados obtidos revelaram a validade e a fiabilidade adequadas para o português europeu. Foram extraídos oito fatores, que explicaram 66,66% da variância global.

Contrariamente aos estudos anteriores de Parajuli et al. (2022) e Sawatzky et al. (2019), em que se realizou o processo de adaptação cultural, e nos quais se encontraram estruturas fatoriais semelhantes, mantendo-se os 50 itens divididos igualmente por 10 dimensões, a versão PCNSCS-PT foi confirmada para o português europeu com a inclusão dos 50 itens agrupados em oito fatores, nomeadamente: *Necessidades psicossociais*, *Comunicação e relação interpessoal*, *Controlo de sintomas*, *Necessidades pessoais dos profissionais*, *Cuidados em fim de vida*, *Necessidades espirituais*, *Medidas de conforto* e *Atividades funcionais*. No estudo de Feng et al. (2023), observou-se uma simplificação do instrumento com uma redução de 50 itens para 34, agrupados à semelhança da versão portuguesa em 8 fatores. Os fatores obtidos a nível nacional alinham-se de forma idêntica com as várias definições consensuais de CP, que realçam o seu carácter holístico e multidimensional, visto que são cuidados que visam o alívio do sofrimento não só na dimensão física, mas também considerando as necessidades psicológicas, emocionais e espirituais (Neto, 2021).

Globalmente, o instrumento revelou excelente consistência interna na subamostra da AFE com um  $\alpha=0,971$ , que é semelhante aos Estados Unidos e no Canadá, nos quais se obtiveram valores entre 0,90 e 0,96, e ligeiramente inferior aos valores verificados no estudo desenvolvido na China, de 0,984 e 0,990 (Feng et al., 2023; Parajuli et al., 2022; Sawatzky et al., 2019). Este instrumento considera-se assim fiável, podendo ser utilizado para avaliar a competência percebida pelos enfermeiros portugueses em CP.

Numa segunda fase, pretendeu-se caracterizar qual a competência percebida em CP pelos enfermeiros portugueses. A investigação destaca que os enfermeiros apresentam uma competência média de 188,06 pontos, considerada como razoável, o que nos faz refletir sobre a necessidade de investimento na formação global dos enfermeiros em CP, sendo este segundo Lo Iacono et al. (2024), um fator preditivo do desenvolvimento apropriado dos CP. Esta necessidade é maior ao nível das *Necessidades Psicossociais*, *Necessidades espirituais*, *Medidas de conforto* e *Comunicação e relação interpessoal*, onde se evidenciaram maiores lacunas. Verificou-se que os enfermeiros têm, progressivamente, mais competência nos *Cuidados em fim de vida*, *Atividades funcionais*, *Controlo de sintomas* e *Necessidades pessoais dos profissionais*. Os resultados deste estudo vão ao encontro de outros já realizados neste âmbito, nos quais se verifica que os enfermeiros se sentem menos confiantes na abordagem das necessidades psicossociais e espirituais, talvez pela maior especificidade



que têm associada, demonstrando mais competência nos aspetos das dimensões físicas e funcionais (Alshammari et al., 2022; Sawatzky et al., 2021). É uma prioridade investir na formação ao nível dos princípios norteadores dos CP junto dos enfermeiros, pois, conforme preconiza a OMS (2020), a abordagem do sofrimento envolve cuidar questões além dos sintomas físicos.

Da análise dos resultados, destaca-se que a dimensão em que os enfermeiros se sentem com mais competência é nos *Cuidados em fim de vida*. Este dado é concordante com outros estudos desenvolvidos a nível nacional, em que se observa que a prestação de CP está ainda muito associada a pessoas em fase de fim de vida (Minosso et al., 2021). Evidencia-se, portanto, a necessidade de intervenção urgente na literacia em CP de modo a transformar esta conceção, que continua a ser um estigma comumente inadequado associado à área dos CP (Soares & Mendes, 2022).

No que concerne ao contexto onde os enfermeiros exercem a sua atividade, destaca-se uma relação positiva e estatisticamente significativa, o que evidencia que os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional em contexto oncológico têm uma maior competência percebida sobre CP do que aqueles que desenvolvem a sua atividade em contexto não oncológico. Esta informação reforça a ideia de que os CP são ainda muito associados às doenças oncológicas, e que os enfermeiros que trabalham em oncologia apresentam maior confiança na prestação de CP. É por isso fundamental aumentar o conhecimento dos enfermeiros nesta matéria, pois de acordo com o estudo de Capelas et al. (2018), contrariamente ao esperado, a maioria das pessoas com necessidades paliativas hospitalizadas em hospitais de agudos detinham patologia não oncológica (84,2%), relativamente às que apresentavam doença oncológica (14,9%).

Da análise dos resultados, evidencia-se uma relação positiva e estatisticamente significativa entre o serviço onde os enfermeiros desenvolvem a sua profissão, sendo que tal como expectável, enfermeiros que exercem a sua atividade em contextos especializados têm maior competência percebida em CP comparativamente aos restantes. Este aspeto poder-se-á dever ao facto dos enfermeiros que trabalham em contextos especializados se sentirem mais preparados pois também investem mais em formação específica na área, apresentando conhecimentos mais sólidos e diferenciados a fim de garantir a qualidade assistencial. Aliás, de acordo com as recomendações do PEDCP (2023-2024), prevê-se que os enfermeiros que trabalham em contextos especializados de CP detenham formação diferenciada (CNCP, 2023). Estes dados são condizentes com outros estudos, que revelam maior competência e confiança entre os profissionais com experiência em CP (Alshammari et al., 2022). Constatase claramente que os enfermeiros dos contextos não especializados necessitam de mais formação sobre CP, comparativamente aos enfermeiros que exercem ao nível dos contextos



especializados, de modo a melhorar a identificação das pessoas com necessidades paliativas e reconhecer as vantagens de integrar uma abordagem paliativa nos seus cuidados.

Em paralelo, o mesmo se verifica com os anos de experiência profissional, sendo que os participantes com mais anos de experiência profissional têm maior perceção de competência global, bem como ao nível das *Necessidades psicossociais*, *Comunicação e relação interpessoal*, *Controlo de sintomas*, *Necessidades espirituais* e *Medidas de conforto*, o que pode estar relacionado com a confiança na prática profissional, que se espera maior com o aumento do número de anos de experiência profissional. Este pressuposto é compreensível e alinha-se com a teoria de Benner, a qual enfatiza que a aquisição de competências é um processo dinâmico, que advém da prática, através do encontro com múltiplas vivências que permite assimilar conhecimentos (Escobar-Castellanos & Jara-Concha, 2019). Resultados muito idênticos foram identificados nos trabalhos de Lo Iacono et al. (2024) e Martín-Martín et al. (2021), nos quais se verifica que a experiência influencia positivamente a competência percebida em CP. Não obstante, estes resultados são divergentes dos obtidos por Neves et al. (2021) e Paal et al. (2019), nos quais se evidencia uma relação negativa entre o conhecimento em CP e o tempo de exercício profissional, o que poderá representar a cultura recente da integração desta tipologia de cuidados à população, existindo mais preocupação atual na formação na área dos CP, sendo que enfermeiros que exercem há mais tempo podem não ter frequentado formações sobre esta temática, influenciando o conhecimento na área.

Tal como esperado, objetivou-se também uma relação estatisticamente significativa entre a competência e as habilitações académicas e profissionais, o que vem sublinhar a importância de se investir na formação, pois representa uma mais-valia na resposta às necessidades das pessoas em situação paliativa e sua família (CNCP, 2023; Correia et al., 2021). Estes dados são condizentes com um estudo desenvolvido pelo Observatório Português de CP, no qual se observou resultados positivos com a inserção de conteúdos acerca dos CP desde a formação inicial (Pereira, 2018), sendo esta recomendação transversal a outras entidades da área da saúde, que reconhecem esta necessidade (Arias-Casais et al., 2019). Em concordância, esta também foi a constatação obtida nos estudos de Alshammari et al. (2022), Correia et al. (2021) e Lo Iacono et al. (2024), no quais se evidencia o papel vital da formação na competência dos profissionais de saúde em CP, nomeadamente na confiança em lidar com situações mais complexas, nas habilidades de comunicação, na definição de objetivos realistas com a pessoa e família, nas tomadas de decisão partilhadas e na melhoria da autoeficácia. Por último, verifica-se igualmente no estudo de Martín-Martín et al. (2021) que os profissionais que realizaram formação contínua na área dos CP nos últimos 5 anos detinham um nível de conhecimentos superior, face aos que não frequentaram a formação.



Relativamente às habilitações profissionais, evidenciou-se que independentemente do curso de pós-graduação que detenham (seja em CP ou em oncologia), os enfermeiros tinham maior competência sobre CP face a quem não apresentasse nenhuma formação pós-graduada, sendo os dados mais estatisticamente significativos, tal como esperado, nos enfermeiros com cursos de pós-graduação em CP, o que reitera a importância da formação.

Numa análise mais detalhada sobre as habilitações académicas, este estudo revela que quanto mais diferenciada for a habilitação maior competência percebida os enfermeiros têm sobre CP ao nível de todas as dimensões avaliadas, sendo menos evidente nas dimensões do *Controlo de sintomas*, *Cuidados em fim de vida* e *Necessidades espirituais*. Estes dados constituem o desafio sobre os CP: promover uma visão integrada desta filosofia de cuidados para além do controlo de sintomas no fim de vida (Neto, 2021).

Relativamente às necessidades espirituais, é uma dimensão muito particular, sendo necessária formação específica, motivo pelo qual poderá não ser tão evidente a sua correlação com as habilitações académicas.

Este estudo salienta que a formação é um dos principais alicerces para a prestação de CP, e desenvolvimento das competências necessárias ao acompanhamento adequado de pessoas com necessidades paliativas e suas famílias.

### **Pontos fortes e limitações**

O estudo atual representa um contributo fundamental para a investigação em saúde, em especial, numa área que necessita de grande investimento, a dos CP. A PCNSCS-PT é adequada para avaliar a competência percebida pelos enfermeiros sobre CP, e afigura-se como importante para a caracterização dessa competência e sensibilização para a formação diferenciada, de modo que os profissionais prestem cuidados eficientes e eficazes.

Na ótica das limitações do estudo, a heterogeneidade da amostra no que se refere à formação e aos serviços de atuação profissional são fatores que podem influenciar a representatividade e generalização dos resultados. Portanto, recomenda-se a realização de estudos futuros em amostras mais homogêneas e a replicação da análise psicométrica. A extensão da escala é outra limitação verificada, visto que sendo constituída por 50 itens, existiram dados omissos, o que levou à necessidade de eliminação de algumas participações.

## **8 – CONCLUSÃO**

O presente estudo permitiu uma análise global da competência percebida pelos enfermeiros em CP a nível nacional. Os resultados evidenciaram uma competência global razoável,



verificando-se uma competência maior em enfermeiros que exercem a sua atividade em contextos especializados. Todavia, assistindo-se a uma maior conscientização da importância dos CP, reconhecendo que pessoas com necessidades paliativas são uma realidade crescente em qualquer contexto de prestação de cuidados, a integração de uma abordagem paliativa em todos os contextos constitui um desafio atual. É fundamental investir na formação dos enfermeiros em CP, capacitando-os para fazer face a este tipo de necessidades.

Os resultados do estudo indicam que a adaptação da PCNSCS-PT revela fiabilidade e validade. Neste sentido, a escala referida constituiu-se como uma ferramenta válida para utilização em estudos que se desenvolvam na população de enfermeiros portugueses, destinados a caracterizar a competência e a potenciar o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem nesta área, dado que permite sensibilizar e determinar, com precisão, as áreas em que os enfermeiros mais necessitam de investir na formação em CP, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem nesta área.

## 9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alshammari, F., Sim, J., Lapkin, S., & Stephens, M. (2022). Registered nurses' knowledge, attitudes and beliefs about end-of-life care in non-specialist palliative care settings: A mixed studies review. *Nurse Education in Practice*, 59, 103294. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103294>
- Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., De Lima, L., Pons Izquierdo, J., Clark, D., Hasselaar, J., Ling, J., Mosoiu, D., & Centeno, C. (2019). EAPC atlas of palliative care in Europe 2019. EAPC Press. <https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2019/07/EAPC-Atlas-2019-final-web.pdf>
- Baldaia, M. C. (2023). *Referenciação em Cuidados Paliativos: Barreiras à Referenciação pelos Profissionais de Saúde- Scoping Review*. [Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina]. Estudo Geral: Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/157199>
- Beaton, D. E., Bombardier, C. Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE*, 25 (24), pp 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Brymar, A., & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Celta Editora
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS – basic concepts, applications, and programming* (2nd ed). Routledge



- Capelas, M. L., Sapeta, P., Mamede, A., Belo, A., Jorge, M., Oliveira, M., Simões, N., Passos, V., Macedo, A. P., Mendes, C. M., Macedo, E., Macedo, J. C., Gomes, M. F., Mendes, M. G., Encarnação, P. C., Batista, S., Vilaça, S. P., Pereira, C., & Coelho, S. P. (2018). Doentes paliativos nos hospitais públicos portugueses. *Cadernos De Saúde*, 10(1), 14-22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7263>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2023). *Plano Estratégico Para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Portugal Continental – Biénio 2023-2024*. [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP\\_2023\\_2024\\_signed.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP_2023_2024_signed.pdf)
- Correia, R., Canhestro, A., & Pedro, M. (2021). A importância da capacitação dos profissionais de saúde na prestação de cuidados aos doentes com necessidades paliativas: revisão sistemática da literatura. *Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento*, 7(2), 218-234. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).502.218-234](https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).502.218-234)
- Desbiens, J. F., & Fillion, L. (2011). Development of the Palliative Care Nursing Self-competence Scale. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 13(4), 230-241. <http://doi.org/10.1097/NJH.0b013e318213d300>
- Escobar-Castellanos, B., & Jara-Concha, P. (2019). Filosofía de Patricia Benner: Aplicación en la formación de enfermería: Propuestas de estrategias de aprendizaje. *Educación*, 28(54), 182- 202. <https://doi.org/10.18800/educacion.201901.009>
- Feng, M., Wang, F., Liu, Q., Yang, B. X., Hao, J., Yu, S., Hu, F., Luo, D. & Chen, J. (2023). Validation of the Simplified Chinese Palliative Care Nursing Self-Competence Scale: Two Cross-sectional Studies. *Western Journal of Nursing Research*, 45(11), 1043-1052. <https://doi.org/10.1177/01939459231201616>
- Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. 6. ed. Porto Alegre: Bookman.
- Lo Iacono, C., Amodio, E., Vella, G., Caruso, M., D'Anna, G., Gamberra, A., Soresi, M., Intravaia, G., & Latina, R. (2024). Self-Perceived Competencies and Attitudes on Palliative Care in Undergraduate Nursing Students: A Multicenter Descriptive Study. *Nurs. Rep.*, 14, 2550–2564. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030188>
- Lopez-Gracia, M., Rubio, L., Gomez-Garcia, R., Sanchez-Sanchez, F., Miytsunori, M., Medina-Abellan, M. D., & Perez-Carceles, M. D. (2020). Palliative care knowledge test for nurses and physicians: validation and cross-cultural adaptation. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 0, 1-8, <https://doi:10.1136/bmjspcare-2019-002182>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 6.<sup>a</sup> ed. Pero Pinheiro.



- Martín-Martín, J., López-García, M., Medina-Abellán, M. D., Beltrán-Aroca, C. M., Martín-de-las-Heras, S., Rubio, L., & Pérez-Cárceles, M. D. (2021). Physicians' and Nurses' Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 5031. <https://doi.org/10.3390/ijerph18095031>
- Minosso, J. S., Martins, M. M., & Oliveira, M. A. (2022). Cuidados paliativos na formação inicial em enfermagem: Um estudo de métodos mistos. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21060. <https://doi.org/10.12707/RV21060>
- Neto, I. (2021). Princípios dos cuidados paliativos. In A. Abejas, & C. Duarte (1ª Ed.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 3-10). Lidel
- Neves, T. M., Marques, A. M., Correia, M. G., Querido, A., & Marques, A. A. (2022). Conhecimento dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos: Análise de um hospital central português. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21041. <https://doi.org/10.12707/RV21041>
- Organização Mundial da Saúde. (2020, 5 de agosto). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Paal, P., Brandstötter, C., Lorenzl, S., Larkin, P., & Elsner, F. (2019). Postgraduate palliative care education for all healthcare providers in Europe: Results from an EAPC survey. *Palliative & Supportive Care*, 17(5), 495-506. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000986>
- Parajuli, J., Hupcey, J. & Walsh, A. (2022). Validation of the Palliative Care Nursing Self-Competence Scale for Oncology Nurses in the United States. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 39(11), 1288 – 1297. <http://doi.org/10.1177/10499091211069077>
- Pereira, S. M. (Coord.). (2018). *Relatório de outono 2018: Secção Formação em Cuidados Paliativos*. Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde. <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/2766/file>
- Ribeirinho, C. & Duarte, C. (2021). Aspectos psicossociais dos cuidados paliativos. In A. Abejas, & C. Duarte (1ª Ed.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 125-137). Lidel.
- Sawatzky, R., Roberts, D., Russell, L., Bitschy, A. Ho, S., Desbiens, J., Chan, E., Tayler, C., & Stajduhar, K. (2019). Self-Perceived Competence of Nurses and Care Aides Providing a Palliative Approach in Home, Hospital, and Residential Care Settings: A Cross-Sectional Survey. *Canadian Journal of Nursing*, 53(1), 64-77. <http://doi.org/10.1177/0844562119881043>



---

Soares, M., & Mendes, F. (2022). A necessidade da literacia em saúde sobre os cuidados paliativos. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(3). 346-360. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(3\).573.346-360](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(3).573.346-360)



## CONCLUSÃO

A par com a evolução técnico-científica, assistimos ao aumento da esperança média de vida e, paralelamente, a uma crescente incidência de doenças ameaçadoras da vida, incuráveis e causadoras de intenso sofrimento para as pessoas e suas famílias. Diante deste facto, surge um novo desafio para a área da saúde que, para além da cura da doença, tem que se focar na promoção do conforto, bem-estar e na melhoria da qualidade de vida, atuando de acordo com pilares consensualizados. É aqui que se enquadram os CP, que representam uma resposta exigente, mas essencial face às atuais necessidades da sociedade. Ao longo deste trabalho, evidenciou-se fundamentalmente que cuidar vai muito além de tratar a doença, significa reconhecer a pessoa na sua multidimensionalidade, atendendo às suas dimensões física, psicológica, espiritual e social.

Conforme se afirma, “*Paliativos não são a arte de dar a mãozinha, Paliativos não são borboletas, Paliativos é ciência*” (Pacheco et al., 2025). Trata-se de uma abordagem clínica sustentada, reconhecendo-a como uma área altamente especializada, que exige sensibilidade, formação específica, tomada de decisão baseada em evidências e competências diferenciadas para lidar com situações complexas e emocionalmente exigentes. Portanto, é essencial que todos os profissionais sejam formados para uma visão realista acerca dos CP, admitindo que se trata de uma área diferenciada da saúde, que contribui de forma decisiva para a qualidade de vida, conforto e respeito pela dignidade nos momentos mais delicados da existência humana. A dignidade deve ser o princípio essencial, o qual norteia a vida e a *praxis* dos enfermeiros no quotidiano. Deste modo, vamos ao encontro do que refere Jacobs como citado por Simões e Sapeta (2019) quando afirma que “... o fenómeno central da enfermagem não é a saúde ou algum tipo de restauração do equilíbrio holístico e harmonia, mas o respeito pela dignidade humana” (p.246), dado que a enfermagem, na sua opinião, não se dissocia da pessoa que a pratica. Avançar neste entendimento representa um passo essencial para transformar o paradigma do cuidar em enfermagem, pois pode não haver nada a fazer pela situação de doença, não obstante há tudo a fazer pela pessoa.

O presente relatório incorpora uma abordagem crítico-reflexiva das atividades concretizadas no âmbito dos estágios curriculares, refletindo o percurso formativo percorrido para aquisição de habilidades ao nível do controlo sintomático, comunicação verbal e não verbal, apoio à família e importância do trabalho em equipa, com vista a obter o título de Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Para isso, foram valorizadas as competências comuns e específicas definidas nos regulamentos n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019 e n. 429/2018 de 16 de julho, 2018.



Nesta trajetória, alinhado com a competência comum dos enfermeiros especialistas, integrado no domínio das aprendizagens profissionais, destaca-se ainda o envolvimento ativo que tive no trabalho de investigação. O trabalho referido centra-se na compreensão da competência percebida pelos enfermeiros portugueses em CP, após adaptação da PCNSCP-PT. Este estudo representa uma contribuição inovadora e relevante para a área, ao reforçar a importância de investir no conhecimento, na formação e na disseminação da filosofia dos CP, fazendo com que o futuro seja mais similar ao que ambicionamos na profissão. É fundamental investir nestas dimensões para que todos os profissionais se apresentem sensíveis para os CP. Com efeito, será possível que esta tipologia de cuidados seja uma realidade para todos aqueles que dela necessitem, obtendo-se ganhos para as pessoas e famílias, tal como para as organizações de saúde, ao reduzir gastos e consumos de serviços de saúde.

O presente estudo de investigação permitiu ainda, através da resposta ao instrumento de colheita de dados, criar no seio da minha equipa momentos de reflexão, acerca dos cuidados que são prestados às pessoas com necessidades paliativas e famílias, promovendo a conscientização destes cuidados e a integração de práticas adaptadas à complexidade de cada situação.

Em síntese, entendo que este estudo de investigação constitui uma mais-valia para a área da saúde, evidenciando-se benefícios para três dimensões essenciais, nomeadamente para a prática clínica da profissão, para as instituições e para a investigação.

Clarificando os pontos fortes, as múltiplas experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio revelaram-se enriquecedoras, tendo contribuído para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, dado terem decorrido em contextos facilitadores do processo de aprendizagem, onde pude desenvolver cuidados alinhados com os quatro pilares dos CP. Os contextos permitiram-me colocar em prática conhecimentos obtidos na componente teórica do mestrado, promovendo a consolidação de competências técnicas, científicas, éticas e humanas fundamentais, que espero indubitavelmente transpor para a minha realidade, melhorando a qualidade dos cuidados de enfermagem sensíveis às necessidades atuais.

Paralelamente, é necessário reconhecer a importância do meu envolvimento e dedicação, que me permitiu demonstrar uma evolução positiva na consolidação de conhecimentos. Sublinho também a supervisão pedagógica do Professor Ivo Paiva, da Professora Isabel Moreira, e supervisão clínica das enfermeiras dos contextos socioprofissionais, que foram determinantes para a concretização dos objetivos delineados. Concomitantemente, todo o acolhimento e a disponibilidade recebida pelos profissionais das equipas onde decorreram as oportunidades de aprendizagem, permitiram-me também concluir com sucesso este percurso formativo.



Este percurso revelou-se francamente positivo, repleto de vivências memoráveis e aprendizagens significativas, no entanto surgiram também dificuldades que importam referir. Reconheço que na elaboração deste relatório tive dificuldade na síntese e organização das temáticas na parte das competências e na escolha da melhor evidência. Outra dificuldade experienciada, talvez a maior, esteve relacionada com a gestão do tempo entre a atividade profissional, a vida pessoal e as exigências académicas, devido ao número extenso de horas presenciais de estágio exigidas. Num olhar prospetivo, no que se refere à componente clínica, refiro como sugestão futura a realização do número de horas da componente clínica repartidas por três contextos distintos, pois permitirá aos enfermeiros um alargamento das experiências vivenciadas no percurso formativo, sendo conhecedores da totalidade das valências especializadas existentes em CP. Por sua vez, quanto à concretização do estudo de investigação, uma das principais dificuldades prendeu-se com o longo período decorrido entre o pedido de autorização e a sua obtenção. Não obstante, apesar das dificuldades referidas, julgo que fui capaz de lidar eficazmente com as adversidades, conseguindo desenvolver um trajeto sólido e consistente.

A experiência formativa em análise permitiu-me desenvolver uma atitude reflexiva sobre as minhas práticas, decisões e valores, e das suas implicações na prática, que considero que foi essencial para o meu crescimento, enquanto profissional de enfermagem e futura enfermeira especialista, mas também como pessoa. Cresci com cada desafio, com cada silêncio, com cada gesto que ofereci e recebi.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abejas, A. G., & Dias, D. T. (2021). Aspectos antropológicos do cuidar. In Abejas, A., G., & Duarte, C. (1ª Ed.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 21-27). Lidel.
- Abusafia, A. H., Khraisat, A. M., Tableb, O. K., Al-Mugheed, K., Alabdullah, A. A., & Abdelallem, M. F. (2024). The impact of a nursing spiritual care module on nursing competence: an experimental design. *BMC Palliative Care*, 23(21), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01356-z>
- Aguiar, H., Moreira, J. G., & Mota, C. L. (2021). Gestão de sintomas em cuidados paliativos: Dor. In Abejas, A., G., & Duarte, C. (1ª Ed.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 51-64). Lidel.
- Alshammari, F., Sim, J., Lapkin, S., & Stephens, M. (2022). Registered nurses' knowledge, attitudes and beliefs about end-of-life care in non-specialist palliative care settings: A mixed studies review. *Nurse Education in Practice*, 59, 103294. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103294>
- Alves, P. V., Oliveira, C. S., & Basto, M. L. (2021). Alimentação em fim de vida: qual o caminho?. *Revista Onco.News*, 43, 16-25. <https://doi.org/10.31877/ON.2021.43.02>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual on the American Psychological Association: The official guide to APA style* (7ª Ed.). APA.
- Antunes, B., & Ferreira, P. L. (2020). Validation and cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) for the Portuguese Population. *BMC palliative care*, 19(01), 178. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00685-z>
- Antunes, B., Rodrigues, P., Higginson, I., & Ferreira, P. (2020). Determining the prevalence of palliative needs and exploring screening accuracy of depression and anxiety items of the integrated palliative care outcome scale– a multi-centre study. *BMC Palliative Care*, 19(69), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00571-8>
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Referência - *Revista de Enfermagem*, 2(9), 61-67. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239956007.pdf>
- Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., De Lima, L., Pons Izquierdo, J., Clark, D., Hasselaar, J., Ling, J., Mosoiu, D., & Centeno, C. (2019). EAPC atlas of palliative care in Europe 2019. EAPC Press. <https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2019/07/EAPC-Atlas-2019-final-web.pdf>

- Assembleia da República. (2005). *Constituição da república portuguesa VII revisão constitucional [2005]*. <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
- Baldaia, M. C. (2023). *Referenciação em Cuidados Paliativos: Barreiras à Referenciação pelos Profissionais de Saúde- Scoping Review*. [Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina]. Estudo Geral: Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/157199>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE*, 25 (24), pp 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2016). Trabalho em equipa. In Barbosa, A., Pina, P.R., Tavares, F. & Neto, I.G. (3ª Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 907-913). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bishaw, S., Coyne, E., Halkett, GK., & Bloomer, MJ. (2024). Fostering nurse-patient relationships in palliative care: An integrative review with narrative synthesis. *Palliative Medicine*, 38(10), 1105-1120. <https://doi.org/10.1177/02692163241277380>
- Brymar, A., & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Celta Editora.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS – basic concepts, applications, and programming* (2nd ed). Routledge.
- Capelas, M. L., Neto, I. G., & Coelho, S. P. (2016). Organização de serviços. In Barbosa, A., Pina, P.R., Tavares, F. & Neto, I.G. (3ª Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 915-935). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Capelas, M. L., Sapeta, P., Mamede, A., Belo, A., Jorge, M., Oliveira, M., Simões, N., Passos, V., Macedo, A. P., Mendes, C. M., Macedo, E., Macedo, J. C., Gomes, M. F., Mendes, M. G., Encarnação, P. C., Batista, S., Vilaça, S. P., Pereira, C., & Coelho, S. P. (2018). Doentes paliativos nos hospitais públicos portugueses. *Cadernos De Saúde*, 10(1), 14-22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7263>
- Carvalho, M. D. (2016). Abordagem dos líquidos no compartimento extracelular: edemas, ascite e derrames. In Barbosa, A., Pina, P.R., Tavares, F. & Neto, I.G. (3ª Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 345-366). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Cates, C., Jordan, K., Munk, N., Farrand, R., Kennedy, A. B., & Groninger, H. (2023). Massage therapy in palliative care populations: a narrative review of literature from 2012 to 2022. *Annals of Palliative Medicine*, 12(5), 963-975. <https://doi.org/10.21037/apm-23-126>

- Cohen-Mansfield, J., Skornick-Bouchbinder, M., & Brill, S. (2017). Trajectories of End of Life: A Systematic Review. *Journals of Gerontology: Psychological sciences*, 0(0), 1-9. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx093>
- Colimão, M. C. (2021). Redes de suporte em cuidados paliativos. In Abejas, A., G., & Duarte, C. (1ª Ed.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 149-153). Lidel.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/10/09/cuidados-paliativos-10/>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2023). *Plano Estratégico Para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Portugal Continental – Biénio 2023-2024*. [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP\\_2023\\_2024\\_signed.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP_2023_2024_signed.pdf)
- Conselho de Enfermagem Regional (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Correia, R., Canhestro, A., & Pedro, M. (2021). A importância da capacitação dos profissionais de saúde na prestação de cuidados aos doentes com necessidades paliativas: revisão sistemática da literatura. *Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento*, 7(2), 218-234. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).502.218-234](https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).502.218-234)
- Cortês, A. R., Coelho, A., & Afonso, R. (2021). Apoio psicossocial no cuidar em cuidados paliativos. In Abejas, A., G., & Duarte, C. (1ª Ed.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 11-19). Lidel.
- Cunha, S. & Corino, A. (2024). *Programa de formação: Curso básico de cuidados paliativos. Projeto Cuidar + no domicílio*.
- Davis, A., Repar, P., Wilson, M., De Luca, E., Doutrich, D., Thanasilp, S. (2023). Transforming Nurse Self-Care Through Integration of Spirituality: Lessons From an International Collaboration in Palliative Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 34(1), 91-99. <https://doi.org/10.1177/10436596221134814>
- Desbiens, J. F., & Fillion, L. (2011). Development of the Palliative Care Nursing Self-competence Scale. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 13(4), 230-241. <http://doi.org/10.1097/NJH.0b013e318213d300>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Modelo de intervenção diferenciada no luto prolongado em adultos*. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos\\_2019.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos_2019.pdf)

- Direção Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>
- Escobar-Castellanos, B., & Jara-Concha, P. (2019). Filosofía de Patricia Benner: Aplicación en la formación de enfermería: Propuestas de estrategias de aprendizaje. *Educación*, 28(54), 182 - 202. <https://doi.org/10.18800/educacion.201901.009>
- Feng, M., Wang, F., Liu, Q., Yang, B. X., Hao, J., Yu, S., Hu, F., Luo, D., & Chen, J. (2023). Validation of the Simplified Chinese Palliative Care Nursing Self-Competence Scale: Two Cross-sectional Studies. *Western Journal of Nursing Research*, 45(11), 1043-1052. <https://doi.org/10.1177/01939459231201616>
- Fernandes, J. (2016). Apoio à família em cuidados paliativos. In Barbosa, A., Pina, P.R., Tavares, F., Neto, I.G. (3ª Ed.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 653-663). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ferreira, M., Moraes, R., & Moreira, S. (2021). Comunicação em Cuidados Paliativos. In Freire, E. (2ª Ed), *Guia Prático de Controlo Sintomático* (pp. 175-182). Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa.
- Francisco, J., & Barbedo, I. (2021). Agonia. In Freire, E. (2ª Ed.), *Guia Prático de Controlo Sintomático* (pp. 153-160). Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa.
- Gallagher, A. (2004). Dignity and respect for dignity - Two key health professional values: Implications for nursing practice. *Nursing Ethics*, 11(6), 587-599. <https://doi.org/10.1191/0969733004ne744oa>
- Garcia, R & Cunha, S. (2022). *Regulamento interno da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE*.
- Girão, A. (2022). A importância da implementação da conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos: revisão sistemática. *Egitania Scientia*, 143–164. <https://doi.org/10.46691/es.vi.61>
- Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Ramírez-Baena, L., Membrive-Jiménez, M. J., & Suleiman-Martos, N. (2020). Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7672, 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207672>
- Guedes, M., Marinho, N. N., & Casanova, J. S. (2021). Gestão de sintomas em cuidados paliativos: Sintomas digestivos. In Abejas, A., G., & Duarte, C. (1ª Ed.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 85-96). Lidel.

- Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. 6.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Bookman.
- Hammer, K., Steinhólm, H., Steig, B., Wang, A. G., Bergenholtz, H. M., & Rosted, E. E. (2022). Hope pictured in drawings by patients newly diagnosed with advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing WILEY*, 32, 1262-1275. <https://doi.org/10.1111/jocn.16274>
- International Council of Nurses. (2020). *CIPE – Português*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>
- Julião, M. (2016). Terapia da dignidade. In Barbosa, A., Pina, P.R., Tavares, F., Neto, I.G., *Manual de Cuidados Paliativos* (3<sup>a</sup> Ed., pp.797-813). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Nova Iorque: Springer.
- Kristanti, M. S., Hidayati, N. W., & Maryadi. (2023). Comparison of palliative care education for family caregivers in high-and-low-income countries: An integrative review. *Belitung Nursing Journal*, 9(5), 411-420. <https://doi.org/10.33546/bnj.2713>
- Kuszajewski, M. L. (2021). Nursing Simulation Debriefing: Useful Tools. *Elsevier*, 56(3), 441-448. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.05.003>
- Lei n. 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Em *Diário da República: 1<sup>a</sup> série, n.º 181*, 8059-8105.
- Lei n. 31/2018 de 18 de julho. (2018). Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Em *Diário da República: 1<sup>a</sup> série, n. 137*, 3238-3239.
- Lei n. 52/2012 de 5 de setembro. (2012). Lei de bases dos cuidados paliativos. Em *Diário da República: 1<sup>a</sup> Série, n. 172*, 5119-5124.
- Li, J., Arber, A., Chen, X., Chen, Y., Sun, C., Wu, J., & Chen, X. (2025). Latent class analysis of death coping ability among palliative care nurses and its association with their emotional labor. *BMC Palliative Care*, 24(63), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01708-3>
- Lo Iacono, C., Amodio, E., Vella, G., Caruso, M., D'Anna, G., Gamberra, A., Soresi, M., Intravaia, G., & Latina, R. (2024). Self-Perceived Competencies and Attitudes on Palliative Care in Undergraduate Nursing Students: A Multicenter Descriptive Study. *Nurs. Rep.* 2024, 14, 2550–2564. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030188>
- Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de Enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inesctecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf)

- Lopez-Gracia, M., Rubio, L., Gomez-Garcia, R., Sanchez-Sanchez, F., Miytsunori, M., Medina-Abellan, M. D., & Perez-Carceles, M. D. (2020). Palliative care knowledge test for nurses and physicians: validation and cross-cultural adaptation. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 0, 1-8, <https://doi:10.1136/bmjspcare-2019-002182>
- Lourenço, M., Encarnação, P., & Lumini, M. J. (2021). Cuidados paliativos, conforto e espiritualidade. In Escola Superior de Enfermagem do Porto, *Autocuidado: um foco central da enfermagem* (pp. 85-98). <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/fae42492-9613-4104-949c-9851ff5e0130>
- Malenfant, S., Jaggi, P., Hayden, K. A., & Sinclair, S. (2022). Compassion in healthcare: an updated scoping review of the literature. *BMC Palliative Care*, 21(80), 1-28. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00942-3>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (Pero Pinheiro, Ed.; 8.ª edição).
- Martín-Martín, J., López-García, M., Medina-Abellán, M. D., Beltrán-Aroca, C. M., Martín-de-las-Heras, S., Rubio, L., & Pérez-Cárceles, M. D. (2021). Physicians' and Nurses' Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models. *International Journal of Environment. Research and. Public Health*, 18, 5031. <https://doi.org/10.3390/ijerph18095031>
- Miller, M., Addicott, K., & Rosa, W. E. (2023). Spiritual Care as a Core Component of Palliative Nursing. *American Journal of Nursing*, 123(2), 54-59. [https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2023/02000/spiritual\\_care\\_as\\_a\\_core\\_component\\_of\\_palliative.34.aspx](https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2023/02000/spiritual_care_as_a_core_component_of_palliative.34.aspx)
- Minosso, J. S., Martins, M. M., & Oliveira, M. A. (2022). Cuidados paliativos na formação inicial em enfermagem: Um estudo de métodos mistos. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21060. <https://doi.org/10.12707/RV21060>
- Monho, B. M. F., Ferreira, I. M. P., Ribeiro, M. F. B., Alves, T. S. C., & Maurício, M. D. A. da L. L. D. (2020). Communication in promoting dignity in palliative care: Challenges for nursing. *Revista Baiana*, 35, 1-9. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.34788>
- Monteiro, N. F., Cipriano, P., Silva, S. V., & Freire, E. (2021). Sedação Paliativa. In Freire, E. (2ª Ed.), *Guia Prático de Controlo Sintomático* (pp. 161-166). Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa.
- Moreira, I. M., Lobão, C. A., Carrageta, M. C., & Gonçalves, R. (2022). Avaliação do Journal Club como estratégia pedagógica na formação em enfermagem: Perspetiva dos

- estudantes. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21054.  
<https://doi.org/10.12707/RV210054>
- Morgado, T. M., Seabra, S.R., Ferreira, F.M., Mendes, A.T., Mateus, F.F., Pereira, F. M., & Morais, M. E. (no prelo). Tradução, adaptação e validação transcultural do Algoritmo de Tomada de Decisão Ética de Enfermagem para português europeu. *Revista de Enfermagem Referência*.
- Morna, C., Rodrigues, R., & Neto, I. G. (2022). Perfusões Contínuas Subcutâneas em Doentes em Fim de Vida: Quando e Como?. *Rev Port Farmacoter*, 14, 19-28.  
<https://doi.org/10.25756/rpf.v14i1.293>
- Mota, C. L., & Beça, H. P. (2021). Cuidados paliativos na comunidade. In Abejas, A., G., & Duarte, C. (1ª Ed.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 29-39). Lidel.
- Neto, G.I. (2022). Da ciência, do amor e do valor da vida (1ª ed). Oficina do Livro.
- Neto, I. (2021). Princípios dos cuidados paliativos. In Abejas, A., G., & Duarte, C. (1ª Ed.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 3-10). Lidel.
- Neves, T. M., Marques, A. M., Correia, M. G., Querido, A., & Marques, A. A. (2022). Conhecimento dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos: Análise de um hospital central português. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21041.  
<https://doi.org/10.12707/RV21041>
- Observatório Português dos Cuidados Paliativos (OPCP). (2020). *Diretório de Escalas Validadas para Português Europeu*. <https://fcse.lisboa.ucp.pt/asset/6421/file>
- Observatório Português dos Cuidados Paliativos (OPCP). (2023). *Diretório Nacional dos Cuidados Paliativos*. <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/9646/file>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)
- Organização Mundial da Saúde. (2020, 5 de agosto). *Palliative care*.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

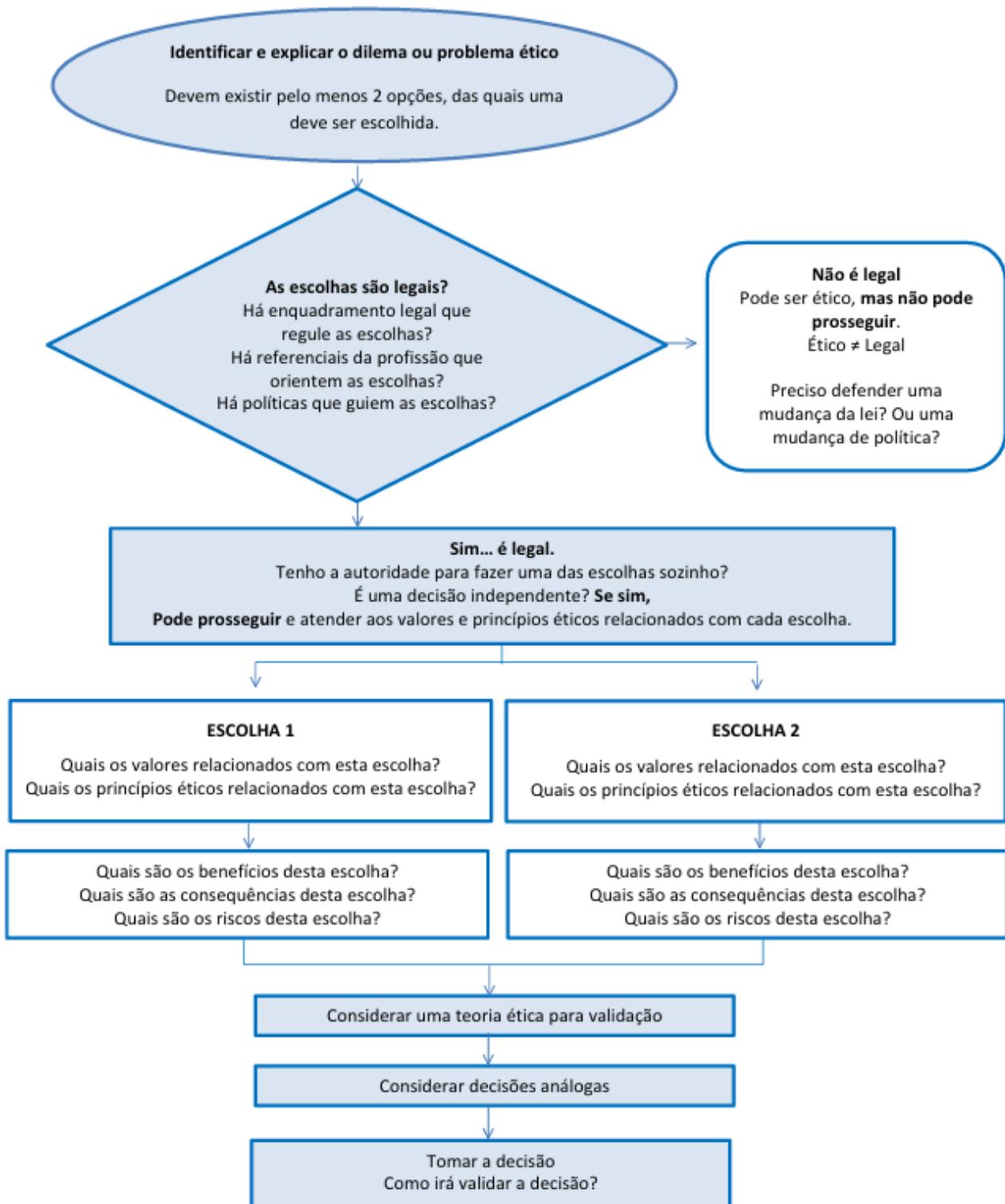
- Paal, P., Brandstötter, C., Lorenzl, S., Larkin, P., & Elsner, F. (2019). Postgraduate palliative care education for all healthcare providers in Europe: Results from an EAPC survey. *Palliative & Supportive Care*, 17(5), 495-506. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000986>
- Pacheco, I., Machado, R., Esteves, S., & Esteves, S. (2025, 15 de abril). “Paliativos não são a arte de dar a mãozinha, são ciência.” *Metade dos pacientes referenciados morre antes de chegar lá*. Renascença. <https://rr.pt/fotoreportagem/pais/2025/04/15/paliativos-nao-sao-a-arte-de-dar-a-maozinha-sao-ciencia-metade-dos-pacientes-referenciados-morre-antes-de-chegar-la/421092/>
- Parajuli, J., Hupcey, J., & Walsh, A. (2022). Validation of the Palliative Care Nursing Self-Competence Scale for Oncology Nurses in the United States. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 39(11), 1288 – 1297. <http://doi.org/10.1177/10499091211069077>
- Parreira, P., Castilho, A., Rocha, M., Martins, M. M., Santos, M. R., Souza, M. L., Sousa, L., Mónico, L., & Prado, F. H. (2022). *Gestão nas Organizações de Saúde – Qualidade, Segurança e Desafios para o Séc. XXI. (1ª ed., Vol. 3)*. OE; Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas.
- Pereira, S. M. (Coord.). (2018). *Relatório de outono 2018: Secção Formação em Cuidados Paliativos*. Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde. <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/2766/file>
- Pimenta, S., & Capelas, M. L. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 5-18. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>
- Pires, C., & Gonçalves, E. (2021). Conceitos Gerais de Cuidados Paliativos em Controlo Sintomático. In Freire, E. (2ª Ed.), *Guia Prático de Controlo Sintomático* (pp. 17-22). Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. In Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., & Neto, I. G. (3ª Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 815-831). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República: 2ª Série, nº 26*, 4744-4750.
- Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Em *Diário da República: 2ª Série, nº 135*, 10359 – 10370.
- Ribeirinho, C., & Carvalho, C. (2021). Ética em fim de vida: questões e dilemas éticos. In Abejas, A., G., & Duarte, C. (1ª Ed.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 155-165). Lidel.

- Ribeirinho, C., & Duarte, C. (2021). Aspetos psicossociais dos cuidados paliativos. In Abejas, A., G., & Duarte, C. (1ª Ed.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 125 -137). Lidel.
- Sawatzky, R., Roberts, D., Russell, L., Bitschy, A., Ho, S., Desbiens, J., Chan, E., Tayler, C., & Stajduhar, K. (2019). Self-Perceived Competence of Nurses and Care Aides Providing a Palliative Approach in Home, Hospital, and Residential Care Settings: A Cross-Sectional Survey. *Canadian Journal of Nursing*, 53(1), 64-77. <http://doi.org/10.1177/0844562119881043>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2025). *BI Sclínico Hospitalar*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>
- Silva, A. R. (2019). *A dispneia no doente agónico*. [Tese de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina]. Estudo Geral: Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10451/42737>
- Silva, R., Alexandre, M. L., Vital, F., Campos, M., & Rua, V. (2023). *Proposta de Modelo Organizacional dos Cuidados Paliativos na ULS – Serviço Integrado de Cuidados Paliativos*. [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/Modelo-organizacional\\_CP\\_ULS- Versao-Revista-para-DE-SNS.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/Modelo-organizacional_CP_ULS- Versao-Revista-para-DE-SNS.pdf)
- Simões, A., & Sapeta, P. (2019). Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. *Revista Bioética*, 27(2), 244-252. <http://doi.org/10.1590/1983-80422019272306>
- Sinclair, S., Hack, T. F., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2020). Healthcare providers perspectives on compassion training: a grounded theory study. *BMC Medical Education*, 20(249),1-13. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02164-8>
- Soares, M. & Mendes, F. (2022). A necessidade da literacia em saúde sobre os cuidados paliativos. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(3), 346-360. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(3\).573.346-360](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(3).573.346-360)
- Sousa, J., Ferreira, R., & Guedes, V. (2022). Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 97-109. <https://doi:10.37914/riis.v5i2.189>
- Tan, F., Wu, Y., Li, N., Zhang, C., Chen, S., Huang, L., Chen, Y., Jiang, J., & Deng, Q. (2025). Job burnout and resilience among palliative care professionals in china: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 24(2), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01638-6>
- Tavares, F. (2016). Prognóstico em cuidados paliativos. In Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F. & Neto, I. G. (3ª Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 23-42). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Teoli, D., Schoo, C., & Kalish, V. B. (2023, 6 de fevereiro). *Palliative Care*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537113/>
- Veen, S. V., Drenth, H., Hobbelen, H., Finnema, E., Teunissen, S., & Graaf, E. (2024). Non-pharmacological interventions feasible in the nursing scope of practice for pain relief in palliative care patients: a systematic review. *Palliative Care & Social Practice*, 18, 1-23. <https://dx.doi.org/10.1177/26323524231222496>
- Ventura-Silva, J. M., Martins, M. M., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M., & Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Vicente, H., Matos, M., Gomes, S., Rocha, A., Carvalhal, S., Ramos, P., Moura, A., & Alves, P. (2021). (DES)COBRIR A FERIDA MALIGNA. <https://www.aptferidas.com/Ficheiros/White%20Paper/APTFeridas%20%20WhitePaper%20Ferida%20Maligna.pdf>
- Vidal, C., Gonçalves, A.L., Guedes, A., Pavoeiro, M., Pinheiro, N., Silva, R.S., & Neto, I.G. (2018). Creating a legacy – a tool to support end-of-life patients. *European Journal of Palliative Care*, 25(3), 116-119. [https://www.researchgate.net/publication/327121030\\_Creating\\_a\\_legacy\\_a\\_tool\\_to\\_support\\_end-of-life\\_patients](https://www.researchgate.net/publication/327121030_Creating_a_legacy_a_tool_to_support_end-of-life_patients)
- Wantonoro, W., Suryaningsih, E. K., Anita, D. C., & Nguyen, T. V. (2022). Palliative Care: A Concept Analysis Review. *SAGE Open Nursing*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.1177/23779608221117379>
- Wong, A., Tayjasanant, S., Rodriguez-Nunez, A., Park, M., Liu, D., Zapata, K. P., Allo, J., Frisbee-Hume, S., Williams, J., & Bruera, E. (2020). Edmonton symptom assessment scale time duration of self-completion versus assisted completion in patients with advanced cancer: a randomized comparison. *Revista The Oncologist*, 26(2), 165-171. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7873322/pdf/ONCO-26-165.pdf>
- Yu, J., Soh, K. L., He, L., Wang, P., Soh, K. G., & Cao, Y. (2023). The Experiences and Needs of Hospice Care Nurses Facing Burnout: A Scoping Review. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 40(9), 1029-1039. <https://doi.org/10.1177/10499091221141063>
- Zaccara A. A. L., Batista P. S. S., Vasconcelos M. F., Dias K. C. C. O., Aguiar P. K. F., Costa S. F. G. (2020). Contribuições da teoria de final de vida pacífico para assistência de enfermagem ao paciente em cuidados paliativos. *Revista Cuidado Fundamental Online*, 12, 1247-1252. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v12i2.1247-1252>

## ANEXOS

**ANEXO 1 – Modelo de Janet Matthews adaptado por Morgado et al. (no prelo)**



**ANEXO 2** – Certificado de participação científica no II Congresso de Cuidados Paliativos da Região Centro e I Congresso Internacional da APCPRC – “Novas Perspetivas, Novas Realidades”



### **ANEXO 3 – Autorização dos autores da *Palliative Care Nursing Self Competence Scale***

**Lise Fillion**  
Para: Ivo Paiva

19 de julho de 2024 às 14:31

I understand that Dr. Desbiens is not available for now. I suggest that you wait for contacting him. I am trying on my side and will let you know if I can reach him. In the meantime, I am not aware that we have a translation in your language. I give you the permission to translate, adapt and use this instrument.

Lise Fillion, Ph.D.

**ANEXO 4 – Parecer da comissão de ética UICISA: E**

**COMISSÃO DE ÉTICA**

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

**Parecer n.º P1067\_09\_2024**

**Título do Projeto:** Competência autopercebida dos enfermeiros em Cuidados Paliativos

**Identificação das Proponentes:**

Nome(s): Marisa Almeida Leite Teixeira Lobão

Filiação Institucional: Aluna de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica — na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Investigador Responsável /Orientador: Ivo Cristiano Soares Paiva, Professor adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

**Relator:**

**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: 09/12/2024

A Presidente da Comissão de Ética:

## APÊNDICES

**APÊNDICE 1** – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: “Cuidar em harmonia: medir para implementar Cuidados Paliativos personalizados à pessoa e família”

**“Cuidar em harmonia: medir para implementar Cuidados Paliativos  
personalizados à pessoa e família”**

## **INTRODUÇÃO**

A melhoria contínua da qualidade é um compromisso que impacta positivamente na eficiência operacional, na satisfação da pessoa doente e sua família e no desempenho organizacional. Com uma abordagem sistemática e colaborativa, as organizações de saúde podem alcançar elevados níveis de qualidade e manterem-se competitivas num ambiente complexo e em constante mudança (Lei n. 156/2015 de 16 de setembro, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O enfermeiro especialista enquanto profissional dotado de competências que lhe permitem reconhecer que a melhoria da qualidade envolve a caracterização e avaliação das práticas, a revisão das mesmas e a seleção de medidas corretivas baseadas em evidências científicas, deve implementar um processo sistemático e contínuo de monitorização das práticas dos profissionais (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Considerando que compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa identificar as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/-familiares, aos níveis físico, psicoemocional, sociofamiliar e espiritual, o presente Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCCQE), tem como objetivo implementar a *Integrated Palliative Care Outcome Scale* (IPO-S) na EIHSCP.

A IPO-S é uma ferramenta desenvolvida para avaliar a experiência das pessoas em situação paliativa e as suas necessidades específicas durante o acompanhamento, permite colher dados sobre sintomas físicos, preocupações emocionais, bem-estar social, considerações espirituais e existenciais e qualidade de vida, possibilitando uma avaliação compreensiva das suas necessidades (Antunes & Ferreira, 2020).

O uso regular desta ferramenta permite a monitorização, ao longo do tempo, das necessidades da pessoa em situação paliativa e respetiva família, proporcionando um *feedback* valioso à equipa de cuidados e possibilitando ajustes nos planos terapêuticos consoante as necessidades identificadas.

O uso de ferramentas como a IPO-S é vital para a melhoria contínua da qualidade dos serviços especializados de cuidados paliativos (CP), contribuindo para uma maior satisfação da pessoa e uma maior perceção de bem-estar (Antunes & Ferreira, 2020).

Este PMCQCE alinha-se com os princípios da investigação-ação e recorre ao Ciclo de Qualidade de *Deming* como metodologia para a sua estruturação: PDCA – *Plan, Do, Check e Act* (Conselho de Enfermagem Regional, 2013).

## **1. DESIGNAÇÃO DO PROJETO**

“Cuidar em harmonia: medir para implementar Cuidados Paliativos ajustados à pessoa/família”

## **2. AUTORES DO PROJETO**

Carla Susana Marques Baptista de Matos e Marisa Almeida Leite Teixeira Lobão, enfermeiras e estudantes do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

## **3. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA**

A EIHSCP enquanto serviço hospitalar diferenciado em Cuidados Paliativos (CP) é composta por profissionais de diversas áreas do conhecimento que procuram prestar cuidados cientificamente competentes e humanizados (Garcia & Cunha, 2022).

A equipa desenvolve a sua atividade assistencial dirigida ao acompanhamento de pessoas em situação paliativa e suas famílias com necessidades multidimensionais e complexas. A qualidade da intervenção da equipa é reconhecida pela forma como os seus profissionais atuam, pelo respeito total pelas decisões manifestadas pelas pessoas e é evidenciada na procura constante pela inovação no cuidado à pessoa com necessidades paliativas e sua família (Garcia & Cunha, 2022).

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental 2023-2024 refere que os CP são cuidados centrados na pessoa e na família. Procura a integração de todos os envolvidos na elaboração do plano de cuidados, preservando a dignidade da díade, maximizando a qualidade de vida e o bem-estar, com respeito pelas suas necessidades, perspetivas pessoais e preferências. Para que tal ocorra, pretende-se a realização de uma avaliação abrangente e holística das necessidades da pessoa e da sua família, utilizando ferramentas padronizadas (Comissão Nacional Cuidados Paliativos, 2023; Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Na EIHS CP, a avaliação integral das necessidades da pessoa doente e família representa um momento importante dado que a partilha de informações e preferências da díade tem como propósito alcançar o melhor plano terapêutico. Atualmente, as necessidades físicas e psicológicas são identificadas de acordo com a *Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton* (ESAS). No entanto, verifica-se uma lacuna no que respeita à avaliação das necessidades sociais e espirituais, não existindo a utilização de um instrumento uniformizado para a sua avaliação na equipa.

No que diz respeito aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, o presente PMQCE integra-se nas categorias dos enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros: a satisfação do cliente, o bem-estar e o autocuidado, a prevenção de complicações e a organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

#### **4. PERCEBER O PROBLEMA**

Os CP constituem uma resposta de cuidados ativa, coordenada e integrada tendo como objetivo promover a qualidade de vida da pessoa na dimensão física, psicológica, social, espiritual e existencial. Na procura por responder às necessidades das pessoas doentes e suas famílias, os CP procuram preservar a dignidade humana, proporcionar conforto e considerar a pessoa na sua globalidade (Neto, 2021).

A aplicação de instrumentos de medida em enfermagem é essencial para a continuidade dos cuidados, na medida em que permite a mensuração de dados (Cruz et al., 2017). Assim, surgiu a necessidade de planeamento do presente projeto, que tem como objetivo a implementação da IPO-S nas pessoas acompanhadas pela EIHS CP.

A IPO-S consiste numa escala multidimensional, que foi desenvolvida para ser utilizada em pessoas com doenças avançadas e incuráveis, sejam oncológicas ou não oncológicas. Este instrumento visa identificar as principais necessidades das pessoas em cuidados paliativos, abrangendo vários domínios de sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais, comunicação, necessidades de informação e outras preocupações práticas (Antunes & Ferreira, 2020).

Este instrumento apresenta duas versões: a *self* e a *proxy*. A *self* é para aplicação à pessoa e a *proxy* destina-se aos profissionais de saúde. Ambas as versões são de fácil aplicabilidade e contêm 11 itens com hipótese de resposta de acordo com uma escala do tipo *Likert* com 5 pontos, à exceção do item 9 que tem 3 pontos, havendo também uma pergunta aberta (item 11), que é alusiva aos principais problemas vivenciados pela pessoa.

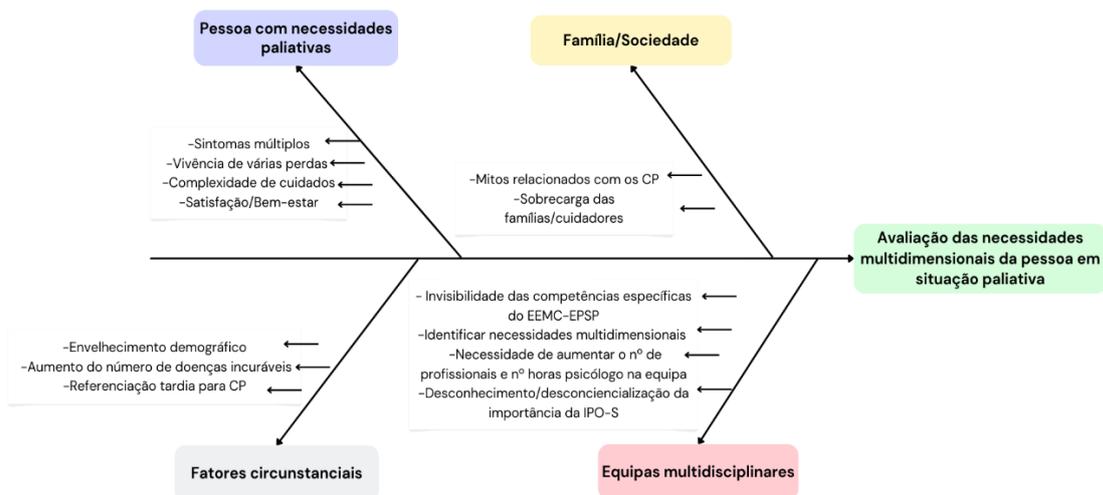
O score final da IPO-S varia entre 0 e 40, sendo que 0 representa melhor percepção de qualidade de vida e 40 pior percepção de qualidade de vida. Os resultados permitem avaliar o impacto da doença na qualidade de vida da pessoa (Antunes & Ferreira, 2020).

A aplicabilidade desta ferramenta permite aos profissionais de saúde otimizar o atendimento especializado em CP, desenvolvendo planos de cuidados integrais para pessoas com doenças incuráveis.

Através da pesquisa bibliográfica efetuada e com base num *brainstorming* com a equipa, foram identificados vários fatores que justificam a necessidade de implementação desta escala na equipa, que se encontram representadas no Diagrama causa-efeito (Espinha de Ishikawa) abaixo apresentado.

**Figura 1**

*Diagrama de Ishikawa.*



Fonte: Carla Matos e Marisa Lobão.

## 5. FORMULAR OS OBJETIVOS INICIAIS

- Consciencializar os profissionais da equipa para a importância da aplicação da IPO-S;
- Implementar a IPO-S

## 6. PERCEBER AS CAUSAS

A *checklist* de Heather Palmer foi usada para avaliar a qualidade do projeto. Esta *checklist* é composta por 10 dimensões: identificação das dimensões em estudo, unidades de estudo, tipos de dados, fonte dos dados, tipo de avaliação, critérios de avaliação, colheita de dados,

relação temporal, seleção da amostra e medidas corretivas passíveis de ser usadas (Conselho de Enfermagem Regional, 2013). Desta forma, passaremos a descrevê-las:

**a) Identificação das dimensões em estudo**

As dimensões em estudo são: adequação técnico-científica e satisfação das pessoas e famílias acompanhadas pela EIHS CP (Conselho de Enfermagem Regional, 2013).

**b) Unidades de estudo**

Profissionais: Enfermeiros, médicos, assistente social e psicólogo da EIHS CP;

Utilizadores incluídos: Pessoas em situação paliativa e suas famílias, acompanhadas pela EIHS CP.

**c) Tipo de dados: indicadores**

Os dados colhidos serão analisados de acordo com os indicadores de estrutura, processo e resultado, conforme definido por Donabedian, no modelo de avaliação da qualidade em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

• **Indicadores de Estrutura**

Número de materiais (instrução de trabalho, educativos) produzidos	<b>100%</b>
Número de materiais (instrução de trabalho, educativos) planeados	

• **Indicadores de Processo**

Número de atividades realizadas	<b>100%</b>
Número de atividades planeadas	

Número de profissionais da EIHS CP que aderem à aplicação da IPO-S	<b>100%</b>
Número de profissionais da EIHS CP	

• **Indicadores de Resultado**

Número de consultas realizadas com aplicação da IPO-S	<b>100%</b>
Número de consultas realizadas	

Número de pessoas satisfeitas com o acompanhamento na equipa	<b>100%</b>
Número de pessoas acompanhadas pela EIHS CP	

#### **d) Fonte dos dados**

A fonte de dados será suportada na IPO-S, através do registo em processo clínico informatizado.

#### **e) Tipo de avaliação**

A avaliação será interna e anual, em regime de auditoria, sob a responsabilidade dos profissionais que integram a EIHS CP.

#### **f) Critérios de avaliação**

<b>Critério explícitos</b>	<b>Exceções</b>	<b>Esclarecimentos</b>
A todas as pessoas acompanhadas na EIHS CP, os profissionais aplicam a IPO-S.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recusa da pessoa e família;</li><li>- Pessoas com alterações do estado de consciência;</li><li>- Pessoas em últimos dias e horas de vida;</li><li>- Pessoas em acompanhamento em consultadoria (internamento).</li></ul>	Aplicar o instrumento IPO-S.

#### **g) Colheita de dados**

A colheita de dados será da responsabilidade dos profissionais da EIHS CP. A colheita de dados será realizada através do preenchimento da IPO-S, transcrita para a base de dados criada para o efeito e em notas gerais no *Sclínico*®.

#### **h) Relação temporal**

Este projeto apresenta uma relação temporal prospetiva, visto que as intervenções são construídas no presente e avaliadas no final da implementação do projeto.

#### **i) Seleção da população e amostra**

A população será constituída pelos profissionais de saúde que integram a EIHS CP. A amostra será institucional e composta pelos profissionais da EIHS CP.

#### **j) Quais as medidas corretivas passíveis de ser usadas**

- **Medidas educacionais:** Formação em serviço aos enfermeiros da EIHSCP sobre o instrumento de medida; Divulgação do projeto em eventos nacionais e internacionais.
- **Medidas estruturais:** Redação da instrução de trabalho sobre a implementação da IPO-S.
- **Medidas disciplinares:** Código Deontológico dos Enfermeiros; REPE; Regulamentos n. 140/2019 de 6 de fevereiro (2019) e n. 429/2018 de 16 de julho (2018) da Ordem dos Enfermeiros.

## **7. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES**

- Apresentar o PMCQCE à EIHSCP;
- Realizar sessões de formação em serviço com o objetivo de apresentar o instrumento de medida a implementar: IPO-S;
- Desenvolver uma instrução de trabalho sobre a utilização IPO-S;
- Acompanhar a implementação da IPO-S;
- Realizar auditorias de acompanhamento e debriefing;
- Registar no *SClínico*® (notas gerais) o score e informações adicionais relacionadas com as necessidades identificadas;
- Apresentar anualmente os resultados à equipa.

## **8. VERIFICAR OS RESULTADOS**

A verificação dos resultados será realizada anualmente pelos profissionais da EIHSCP. No final do projeto espera-se que a IPO-S tenha sido aplicada a pelo menos 80% das pessoas acompanhadas na EIHSCP. Prevê-se a elaboração de planos de cuidados abrangentes, assim como otimizar medidas direcionadas, de acordo com a necessidade de intervenção na pessoa, com base no *score* obtido.

## **9. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA**

A realização de avaliações intermédias ao longo do desenvolvimento do projeto permitirá aos dinamizadores do projeto, identificar e propor medidas corretivas no sentido de se alcançar os objetivos definidos.

## **10. RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO**

A divulgação e partilha dos resultados do projeto será efetuada a nível intra-institucional para toda a equipa multidisciplinar da EIHSCP, assim como à administração hospitalar. Perspetiva-se também a divulgação extra-institucional, através de congressos ou outros eventos científicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, B., & Ferreira, P. L. (2020). Validation and cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) for the Portuguese Population. *BMC palliative care*, 19(01), 178. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00685-z>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2023). *Plano Estratégico Para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Portugal Continental – Biénio 2023-2024*. [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP\\_2023\\_2024\\_signed.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP_2023_2024_signed.pdf)
- Conselho de Enfermagem Regional (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Cruz, A., Oliveira, C. & Capelas, M. (2017). Instrumentos de avaliação da dispneia e tosse em Cuidados Paliativos: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Cuidados Paliativos*, 4(1), 50-64. <https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/02b1810b-c88c-440b-9701-06ec299f934b.pdf>
- Garcia, R & Cunha, S. (2022). *Regulamento interno da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE*.
- Lei n. 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Em *Diário da República: 1ª série, n.º 181*, 8059-8105.
- Neto, I. (2021). Princípios dos cuidados paliativos. In Abejas, A., G., & Duarte, C. (1ª Ed.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 3-10). Lidel.
- Ordem dos enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Documento Orientador*.
- Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República: 2ª Série, nº 26*, 4744-4750.
- Regulamento n. 429/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Em *Diário da República: 2ª Série, nº 135*, 10359 – 10370.

**APÊNDICE 2 – Protótipo de guia para a colheita de informação na primeira consulta de enfermagem na EIHS CP**

IDENTIFICAÇÃO	Nome			Número Processo	Idade
DIAGNÓSTICOS					
TRATAMENTO	Nenhum	Quimioterapia	Radioterapia	Imunoterapia	Outros
TRANSPORTE	Autónomo	Maca	CR	Bengala	Canadianas
QUEM ACOMPANHA					
PROVENIÊNCIA	Domicílio <input type="checkbox"/>	Instituição (lar, RNCCI) <input type="checkbox"/>	Qual: _____		
<b>APRESENTAÇÃO DA EIHS CP, DINÂMICA E FILOSOFIA DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS</b>					
AVALIAÇÃO INICIAL	PROCESSO FAMILIAR	DESENVOLVIMENTO	FUNCIONALIDADE	INTERAÇÃO DE PAPÉIS	
Respiração/Circulação	Estrutura Interna	Estágios Ciclo Vital	- Instrumental AVD's	Nome prestador cuidados	
Alimentação					Parentesco
Eliminação - Urinária - Intestinal	Estrutura Externa	Tarefas	Capacidade família	Contacto	
Reparação		Vínculos		Tipo cuidado presta	
Sensações	Contexto		- Expressiva	Outros dados (ECSCP; ECCI; Serviço domiciliário; IPSS; Centro de Saúde)	
SINAIS VITAIS					
FOCOS IDENTIFICADOS	Dor		Intolerância à atividade		
	Obstipação		Gestão do regime terapêutico		
	Membrana mucosa		Queda/Risco		
	Tristeza		Stress do prestador de cuidados		
	Absorção		Úlcera por pressão/Risco		
	Insónia		Outros: (Ansiedade, Comportamentos de adesão, auto-administração de medicação, Ferida, Medo, Luto)		
	Papel do prestador de cuidados				
	Aceitação do estado de saúde				
Apetite					
ALTERAÇÕES TERAPÉUTICAS					
APOIOS	PSICOLOGIA	ASSISTENTE SOCIAL		OUTROS	
INSTRUMENTOS	PPS	ECOG	ESAS	OUTROS	
NOTAS GERAIS					
<b>ENTREGA DO CARTÃO DA EIHS CP E FUNCIONAMENTO DA CONSULTA TELEFÓNICA</b>					



## APÊNDICE 4 – Panfleto EIHSCP



**“Os Cuidados Paliativos são um direito humano”**  
(Capelas, 2016)

**EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**PRECISA DE AJUDA?**

Linha de Apoio Telefónico EIHSCP

Linha de Apoio Telefónico UCP

Contacto eletrónico

## CUIDADOS DE CONFORTO E BEM ESTAR

- Os Cuidados Paliativos (CP) visam a promoção do bem-estar e a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, espiritual e social da pessoa com necessidades paliativas e família, decorrentes de doença grave, prolongada, incurável e progressiva, maximizando a qualidade de vida destes e suas famílias.
- Qualquer pessoa, de qualquer idade, com o diagnóstico de doença grave, incurável, progressiva e avançada (Independentemente da causa ser uma doença oncológica, insuficiência cardíaca ou respiratória, demência, neurológica, ou outras), pode e deve ter acesso ao acompanhamento por uma equipa especializada de CP.
- Ao priorizarmos a humanização, construímos pontos fundamentais que unem as equipas, pessoas e conviventes significativos, garantindo que todos neste processo sejam acolhidos com dignidade, através de um acompanhamento integral.

## COMPREENDER A EQUIPA

### QUEM SOMOS?

Uma equipa multidisciplinar, dotada de recursos específicos, com estrutura física localizada no

que presta aconselhamento e apoio diferenciado em CP especializados às pessoas adultas assistidas nos vários polos da instituição e às suas famílias, funcionando todos os dias úteis, das 8h às 16h.

### QUE APOIOS TEMOS?

Enfermeiros; Médicos; Técnico Auxiliar de Saúde; Psicólogo; Assistente espiritual; Assistente social; Secretariado clínico.

### QUEM CUIDAMOS?

A equipa apoia pessoas adultas com idade superior ou igual a 18 anos que necessitem de acompanhamento diferenciado em CP, por presença de uma doença severa ou avançada, incurável e progressiva.



### ATIVIDADES

- Acompanhamento em regime de consultadoria, ao doente internado com necessidades paliativas, à sua família/cuidadores e profissionais;
- Acompanhamento em ambulatório, através de consultas externas multidisciplinares (médico, enfermeiro) programadas e não programadas;
- Realização de procedimentos/tratamentos, em Hospital de Dia, evitando o recurso ao serviço de urgência e/ou ao internamento;
- Acompanhamento de pessoas doentes/famílias/cuidadores através de monitorização/consulta telefónica;
- Referenciação para o internamento em Unidades de Cuidados Paliativos;
- Colaboração com as Equipas de Cuidados na Comunidade, e com outros recursos sociais (ERPI, Serviços de Apoio Domiciliário, ou outros).

## APÊNDICE 5 – Panfleto de referênciação para CP

Ao priorizar a humanização dos cuidados, construímos pontes fundamentais que unem a pessoa, convivente significativo e os profissionais de saúde. Criam-se parcerias, garantindo que todos sejam acolhidos com dignidade e apoio em cada etapa do processo.



*"Para ires onde sabes, tens de ir onde não conheces"*  
(São João da Cruz)

Linha Telefónica EIHSCP

Linha Telefónica UCP



# Cuidados Paliativos

(Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos)

Qualidade de vida

Bem-estar

Conforto

Viver

## O que são Cuidados Paliativos?

- São cuidados que visam a **prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual**, bem como a **promoção do bem-estar e qualidade de vida da pessoa** com necessidades paliativas e convivente significativo.
- Qualquer pessoa, de qualquer idade, com o diagnóstico de doença grave, incurável, progressiva e avançada (independentemente da causa ser a doença oncológica, insuficiência cardíaca, respiratória, demência, doença neurológica, ou outras), pode e deve ter acesso ao acompanhamento por uma equipa especializada de CP.
- São prestados por uma **equipa multidisciplinar de profissionais com formação específica em CP**, constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes espirituais, assistentes sociais ou outros.
- Integram o acompanhamento à pessoa e à família, ou outras pessoas significativas, ao longo da trajetória da doença, na morte e no apoio durante o luto.

Os Cuidados Paliativos são uma resposta humanizada



Afirmam a vida e têm como principal objetivo melhorar a qualidade de vida da pessoa e convivente significativo.

## Que respostas em Cuidados Paliativos existem

- **Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos**
- **Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)**

## Como é realizada a referenciação?

### **1 - NO CASO DA PESSOA SE ENCONTRAR INTERNADA**

- A equipa médica responsável pelo internamento, deve efetuar um pedido de colaboração à EIHS CP, preferencialmente através do SClínico, podendo este também ser efetuado via contacto telefónico ou e-mail.
- A EIHS CP presta apoio em regime de consultadoria e avalia o tipo de acompanhamento necessário (referenciação para consulta externa, internamento em UCP, equipas comunitárias de suporte em CP ou outros).

### **2 - NO CASO DA PESSOA SE ENCONTRAR NO DOMICÍLIO OU AMBULATÓRIO:**

- O médico da especialidade ou médico de família deve efetuar um pedido de consulta externa à EIHS CP, preferencialmente através do SClínico, podendo também ser efetuado via contacto telefónico ou e-mail.

### **3 - NO CASO DA PESSOA SE ENCONTRAR INSTITUCIONALIZADA NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS :**

- O médico de família deve efetuar um pedido de consulta externa à EIHS CP, preferencialmente através do SClínico, podendo também ser efetuado via contacto telefónico ou e-mail.

## APÊNDICE 6 – Material educativo sobre vias de administração de medicação: sublingual e transdérmica



### CUIDADOS A TER COM A MEDICAÇÃO SUBLINGUAL

- Em caso de dor intensa, deve tomar a medicação de SOS, consoante as orientações do médico;
- É importante ter a boca húmida, se não for o caso, humedecer com água antes de ingerir a medicação;
- Coloque o comprimido debaixo da língua e deixe dissolver completamente;
- Evite chupar, mastigar ou engolir o comprimido;
- Em alguns medicamentos, pode acontecer ficar com uma pequena película na boca, a qual pode desperdiçar ou engolir;
- Faça o registo da(s) toma(s) e informe o médico na consulta seguinte ou contacte-nos se recorrer a mais de 4 tomas diárias.

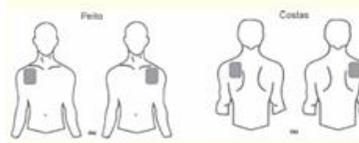
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

### REGISTO MEDICAÇÃO SUBLINGUAL

Dia ___	Dia ___	Dia ___
_____	_____	_____
Dia ___	Dia ___	Dia ___
_____	_____	_____
Dia ___	Dia ___	Dia ___
_____	_____	_____
Dia ___	Dia ___	Dia ___
_____	_____	_____
Dia ___	Dia ___	Dia ___
_____	_____	_____

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

### CUIDADOS NA APLICAÇÃO DOS SELOS TRANSDÉRMICOS



- Aplique o selo transdérmico conforme a indicação do médico, pressionando cerca de 30 segundos após a colocação, e sempre à mesma hora
- Retire sempre o selo anterior quando aplica o novo selo.
- Alterne os locais de aplicação (conforme a imagem)
- Se tiver vestígios de cola no local do selo anterior pode utilizar removedor e/ou aplicar creme hidratante
- Em caso de febre, o selo pode perder a sua ação antes de terminar o período da sua eficácia (contacte a equipa se tiver dúvidas)
- Mantenha vigilância do local do selo evitando que este não se descole ou não se enrole com a roupa.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

### CUIDADOS NA APLICAÇÃO DOS SELOS TRANSDÉRMICOS

-  Abrir a embalagem (imediatamente antes da aplicação).
-  Retire o selo da embalagem
-  Retire o protetor de plástico que se encontra na parte de trás do selo e evite tocar na parte adesiva
-  Aplique o selo sobre a pele limpa, seca e sem pêlos e pressione-o ligeiramente com a palma da mão e certifique-se que fica bem aderente à pele
-  Lave as mãos no final do procedimento

### DEVO TROCAR O SELO:

Data	Hora	Data	Hora
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

## APÊNDICE 7 – Panfleto via subcutânea



### HIPODERMOCLISE

#### CONSIDERAÇÕES GERAIS

- É a perfusão contínua de fluídos no tecido subcutâneo
- O volume aconselhado por local é de 1000 a 1500ml em 24h
- Pode ser administrado o volume total de 3000ml nas 24h dividido por dois locais em hemisférios diferentes
- Os ritmos de perfusão podem variar entre 20 a 62,5ml/h
- Os locais de eleição para administração de grandes volumes são preferencialmente o abdômen, a face anterior do tórax, a zona interescapular e a coxa

#### SOLUÇÕES RECOMENDADAS

- Cloreto de sódio a 0.9%
- Cloreto de sódio a 0.45%
- Cloreto de sódio a 0.45% com glicose a 5%
- Cloreto de sódio a 0.9% com glicose a 5%

#### IMPORTANTE

- A introdução do cateter deve ser conforme a direção da drenagem linfática - centríptia
- O cateter SC pode permanecer entre 7 a 11 dias
- Vigiar o local de inserção e em caso de apresentar sinais inflamatórios, ou extravasamento, retirar e punccionar num novo local
- Fazer rotação dos locais de punção, e se possível respeitar uma distância de 5 cm do local anterior
- Administrar no máximo, até 5 ml de volume total, incluindo flush com soro
- A administração em bólus deve ser efetuada lentamente
- No final da administração em bólus, é normal que surja uma pequena pápula, que desaparece à medida que o medicamento vai sendo absorvido

### ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS POR VIA SUBCUTÂNEA EM CUIDADOS PALIATIVOS



EM CASO DE DÚVIDAS CONTACTE A EIHS CP

## ADMINISTRAÇÃO POR VIA SC

A via subcutânea (SC) permite a administração de medicamentos, fluidos e/ou eletrólitos no tecido subcutâneo através de um cateter, sendo que a administração pode ser em perfusão contínua ou em bólus

### INDICAÇÕES

- Alteração do estado de consciência
- Sedação paliativa
- Compromisso da via oral (lesões da boca, faringe ou esôfago, náuseas, vômitos persistentes, disfagia severa, oclusão intestinal)
- Desidratação
- Inexistência de outras vias disponíveis



### CONTRA-INDICAÇÕES

- Recusa da pessoa
- Caquexia
- Anasarca
- Alterações graves da coagulação
- Infusão rápida de grandes volumes
- Áreas de cicatrizes, infecção, inflamação, ulceração cutânea
- Zonas irradiadas e proeminências ósseas
- Ascite
- Alterações locais
- Linfaedemectomia

### COMPLICAÇÕES

- Eritema ou Inflamação
- Prurido
- Hematoma
- Necrose tecidual
- Extravasamento
- Hematoma
- Edema
- Celulite
- Dor
- Obstrução

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Cateter n.º 22G ou 24G
- Obturador
- Solução antisséptica
- Compressas
- Penso para fixação transparente e estéril
- Seringa de 2ml com soro fisiológico



## PROCEDIMENTO

- Explicar procedimento à pessoa
- Lavar as mãos
- Expurgar a agulha e preencher o sistema com soro fisiológico
- Escolher e desinfetar o local a punccionar
- Efetuar prega da pele
- Introduzir o cateter num ângulo entre 30º a 45º
- Adaptar o obturador
- Aspirar para garantir que não foi puncionado um vaso e infundir 1 a 2 ml de soro
- Fixar o cateter com penso de fixação transparente
- Identificar data e hora e se é via exclusiva de determinada medicação
- Vigiar o local de inserção do cateter para despiste de complicações

## VANTAGENS

- Via segura, simples e eficaz
- Fácil utilização
- Mínimo desconforto
- Baixo risco de complicações locais
- Opção preferencial em pessoas com perda da via oral
- Baixo custo
- Pode ser utilizada em qualquer ambiente de cuidados, incluindo o contexto domiciliário

## LOCAIS DE PUNÇÃO

- Região infra-clavicular (evitar tecido mamário)
- Região escapular
- Face posterior do braço
- Abdómen
- Região antero-lateral das coxas



## FÁRMACOS MAIS USADOS

- Morfina
- Metoclopramida
- Butilescopolamina
- Midazolam
- Furosemida
- Haloperidol
- Levopromazina
- Cefipime\*
- Ertapenem\*
- Levetiracetam
- Octeotrido
- Ondansetrom
- Tramadol
- cefetrolac
- Fentanilo
- Metamizol
- Fenobarbital\*
- Ceftriaxona\*
- Dexametasona\*

\*Fármacos que necessitam de administração em cateter subcutâneo exclusivo

## APÊNDICE 8 – Material educativo sobre cuidados com a cavidade oral/mucosite

### Cuidados com a boca

- Faça uma adequada higiene oral;
- Mantenha hidratação oral (água, sprays com água ou chá, cubos de gelo, água com limão);
- Promova estimulação de saliva (pastilhas elásticas, chupar lâminas de fruta naturais - ananás, laranja ou limão);
- Adapte medidas dietéticas segundo as suas necessidades - consistência líquida, cremosa ou puré e temperatura. Faça refeições ligeiras e mais frequentes;
- Hidrate os lábios.



### O que é a mucosite?

- Consiste numa inflamação da mucosa gastrointestinal, sendo comum surgir na boca, mas pode afetar outros locais. Pode causar dor, desconforto e feridas, comprometendo a alimentação, a auto-estima e a imagem corporal.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Palliativos

### Tratamento Mucosite

<b>Mycostatin (nistatina)</b>	Solução preparada	<u>Após as refeições</u> e eventual deglutição
<b>Manipulado</b>	Lidocaína + nistatina + bicarbonato de sódio	Aplicar <u>antes das refeições</u> e eventual deglutição
<b>Caphosol (utilização única para bochecho)</b>	Solução A + Solução B	Realizar prévia higiene da boca e adicionar A + B e bochechar <u>após as refeições</u> e não engolir.



Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Palliativos

## **APÊNDICE 9 – Instrumento de colheita de dados**

### **QUESTIONÁRIO DE COLHEITA DE DADOS**

Ex.mo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a):

Venho desta forma solicitar a sua gentil e valiosa colaboração, contribuindo para o meu trabalho de investigação integrado no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Para a sua concretização, torna-se importante conhecer sucintamente o ambiente de trabalho e algumas características pessoais dos enfermeiros, através do questionário que a seguir se apresenta.

As respostas são anónimas.

Subscrevo-me com elevada estima e consideração.

Marisa Almeida Leite Teixeira Lobão

## PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DO PARTICIPANTE

1. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos.
2. **Sexo:**  Masculino  Feminino
3. **Estado Civil:**  Solteiro(a)  Casado(a)  União de facto  Divorciado(a)  Viúvo(a)
  
4. **Habilitações Académicas:**  Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento
5. **Habilitações Profissionais:**  
 Pós-Graduação em oncologia \_\_\_\_\_  
 Pós-Graduação em cuidados paliativos \_\_\_\_\_  
 Nenhuma \_\_\_\_\_  
Ambas
  
6. **Anos de experiência profissional:** \_\_\_\_\_ anos
7. **Serviço:**  
 Internamento ou  consulta externa/ambulatório ou  equipas comunitárias  
 Contexto oncológico ou  não oncológico
8. Serviço onde exerce a sua atividade \_\_\_\_\_
8. **Anos de profissão no serviço:** \_\_\_\_\_ anos
9. **Categoria Profissional:**  Enfermeiro  Enfermeiro especialista  Outro: \_\_\_\_\_

## PARTE 2: AUTOCOMPETÊNCIA DOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS PALIATIVOS

### *Palliative Care Nursing Self-Competence Scale – versão Portuguesa*

(Lobão, Moreira & Paiva, 2024)

Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e assinale o nível de capacidade que melhor descreve a sua ação (1 – Totalmente incapaz; 2 – Incapaz; 3 – Moderadamente capaz; 4 – Capaz; 5 – Totalmente capaz).

<i>Palliative Care Nursing Self-Competence Scale – versão Portuguesa</i>					
Necessidades físicas: dor	Totalmente incapaz				
	Totalmente capaz				
1. Avalio a dor na pessoa com necessidades paliativas ...	1	2	3	4	5
2. Avalio a dor na pessoa com necessidades paliativas sem capacidade de comunicar ...	1	2	3	4	5
3. Utilizo ... intervenções farmacológicas para aliviar a dor na pessoa com necessidades paliativas.	1	2	3	4	5
4. Utilizo ... intervenções não farmacológicas para aliviar a dor na pessoa com necessidades paliativas.	1	2	3	4	5
5. Identifico ... os efeitos colaterais relacionados com a medicação para a dor na pessoa com necessidades paliativas.	1	2	3	4	5
Necessidades físicas: outros sintomas	Totalmente incapaz				
	Totalmente capaz				

6. Providencio cuidados ... para aliviar náuseas e vômitos na pessoa com necessidades paliativas.	1	2	3	4	5
7. Providencio cuidados ... para aliviar a obstipação na pessoa com necessidades paliativas.	1	2	3	4	5
8. Providencio cuidados ... para aliviar a fadiga na pessoa com necessidades paliativas.	1	2	3	4	5
9. Providencio cuidados ... para aliviar a dispneia na pessoa com necessidades paliativas.	1	2	3	4	5
10. Providencio cuidados à cavidade oral ... para promover o conforto na pessoa com necessidades paliativas.	1	2	3	4	5
<b>Necessidades psicológicas</b>	<b>Totalmente incapaz</b>				
	<b>Totalmente capaz</b>				
11. Identifico ... o <i>delirium</i> na pessoa com necessidades paliativas.	1	2	3	4	5
12. Avalio a depressão na pessoa com necessidades paliativas ...	1	2	3	4	5
13. Providencio cuidados ... para reduzir o sofrimento psicológico na pessoa com necessidades paliativas e na sua família.	1	2	3	4	5
14. Assisto a pessoa com necessidades paliativas e a sua família a gerir os fatores stressantes ....	1	2	3	4	5
15. Providencio apoio à pessoa com necessidades paliativas e sua família ... na fase do luto.	1	2	3	4	5
<b>Necessidades sociais</b>	<b>Totalmente incapaz</b>				
	<b>Totalmente capaz</b>				
16. Avalio o impacto de uma doença grave ... nas dinâmicas familiares.	1	2	3	4	5
17. Assisto a pessoa com necessidades paliativas e a sua família a manter tradições culturais ...	1	2	3	4	5
18. Assisto a pessoa com necessidades paliativas e a sua família a identificar recursos pessoais para lidar com os problemas relacionados com a doença ...	1	2	3	4	5
19. Promovo a comunicação entre a pessoa com necessidades paliativas e os membros da sua família ...	1	2	3	4	5
20. Referencio a pessoa com necessidades paliativas e a sua família para os recursos apropriados ...	1	2	3	4	5
<b>Necessidades espirituais</b>	<b>Totalmente incapaz</b>				
	<b>Totalmente capaz</b>				
21. Avalio as necessidades espirituais da pessoa com necessidades paliativas e sua família.	1	2	3	4	5
22. Reconheço sinais de angústia espiritual na pessoa com necessidades paliativas e sua família.	1	2	3	4	5
23. Ajudo a pessoa com necessidades paliativas e sua família a explorar vários recursos de esperança ...	1	2	3	4	5
24. Assisto a pessoa com necessidades paliativas a explorar o significado da sua experiência ...	1	2	3	4	5
25. Adapto os cuidados de enfermagem de acordo com as crenças espirituais da pessoa com necessidades paliativas e sua família.	1	2	3	4	5
<b>Necessidades relacionadas com o status funcional</b>	<b>Totalmente incapaz</b>				
	<b>Totalmente capaz</b>				
26. Avalio as necessidades ... às atividades da vida diária da pessoa com necessidades paliativas.	1	2	3	4	5
27. Avalio a necessidade de suporte funcional para prevenir o <i>burnout</i> nos familiares ...	1	2	3	4	5
28. Assisto a pessoa com necessidades paliativas a manter a sua independência funcional ...	1	2	3	4	5
29. Capacito a família para prestar cuidados à pessoa com necessidades paliativas ...	1	2	3	4	5
30. Implemento intervenções ... para ajudar a aliviar a sobrecarga dos familiares que cuidam da pessoa com necessidades paliativas.	1	2	3	4	5
<b>Questões éticas e legais</b>	<b>Totalmente incapaz</b>				
	<b>Totalmente capaz</b>				
31. Identifico ... questões éticas relacionadas com o cuidado à pessoa com necessidades paliativas.	1	2	3	4	5

32. Forneço informações à pessoa com necessidades paliativas sobre as questões legais ...	1	2	3	4	5
33. Assisto a pessoa com necessidades paliativas a tomar decisões informadas ...	1	2	3	4	5
34. Intercedo pela pessoa com necessidades paliativas e sua família ...	1	2	3	4	5
35. Intercedo pela pessoa com necessidades paliativas quando existe uma diferença de perspetiva com a sua família ...	1	2	3	4	5
<b>Colaboração interprofissional e comunicação</b>	<b>Totalmente incapaz</b>				
	<b>Totalmente capaz</b>				
36. Participo ativamente nas discussões sobre uma situação clínica de cuidados paliativos ...	1	2	3	4	5
37. Promovo a comunicação entre os profissionais de saúde no que diz respeito à pessoa com necessidades paliativas ...	1	2	3	4	5
38. Promovo a comunicação entre a pessoa com necessidades paliativas, a sua família e os profissionais de saúde ...	1	2	3	4	5
39. Promovo a comunicação entre os profissionais de saúde quando surgem conflitos ...	1	2	3	4	5
40. Promovo a colaboração dos vários profissionais de saúde no cuidado à pessoa com necessidades paliativas e sua família ...	1	2	3	4	5
<b>Questões pessoais e profissionais relacionadas com os cuidados de enfermagem</b>	<b>Totalmente incapaz</b>				
	<b>Totalmente capaz</b>				
41. Reconheço como as minhas crenças ... podem influenciar os cuidados que presto à pessoa com necessidades paliativas e sua família.	1	2	3	4	5
42. Enfrento a perda e o luto relacionados ... com a pessoa com necessidades paliativas e sua família.	1	2	3	4	5
43. Identifico os fatores stressantes que me afetam quando ... cuido da pessoa com necessidades paliativas e sua família.	1	2	3	4	5
44. Identifico os meus recursos pessoais para gerir o stress ... com a prestação de cuidados na pessoa com necessidades paliativas e sua família.	1	2	3	4	5
45. Discuto a morte ... com a pessoa com necessidades paliativas e sua família.	1	2	3	4	5
<b>Cuidados em fim-de-vida</b>	<b>Totalmente incapaz</b>				
	<b>Totalmente capaz</b>				
46. Proporciono cuidados ... para aliviar a dor na pessoa com necessidades paliativas em últimas horas e dias de vida.	1	2	3	4	5
47. Proporciono cuidados ... para aliviar a dificuldade respiratória na pessoa com necessidades paliativas em últimas horas e dias de vida .	1	2	3	4	5
48. Identifico sinais e sintomas de morte ... na pessoa com necessidades paliativas em últimas horas e dias de vida.	1	2	3	4	5
49. Proporciono uma presença ... durante o período de últimas horas e dias de vida da pessoa com necessidades paliativas e sua família.	1	2	3	4	5
50. Encorajo a expressão de tradições ... na pessoa com necessidades paliativas e sua família durante o período de fim-de-vida.	1	2	3	4	5

Muito obrigado pela sua participação.

## APÊNDICE 10 – Consentimento para a participação na investigação

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

#### de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar 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:** “Competência autopercibida dos enfermeiros em Cuidados Paliativos”

**Enquadramento:** Trabalho de Investigação desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

**Explicação do estudo:** O estudo tem como objetivo geral “analisar a perceção dos enfermeiros sobre as suas competências em Cuidados Paliativos” e “comparar as diferenças encontradas com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes” e será desenvolvido a nível nacional.

Desta forma, será solicitada a sua colaboração para participar no preenchimento de um questionário eletrónico para caracterização sociodemográfica e profissional (Parte 1) e do *Palliative Care Nursing Self-Competence Scale* (Parte 2).

Neste contexto venho solicitar a sua autorização para participar nesta investigação.

**Condições e financiamento:** A participação nesta investigação é de carácter voluntário, não existindo qualquer prejuízo caso não queira participar ou pretenda desistir no decorrer da mesma.

Informamos ainda que o presente estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (Parecer n.º P1067\_09\_2024).

**Confidencialidade e anonimato:** Será garantida a confidencialidade de todos os intervenientes. Os dados recolhidos serão trabalhados e utilizados unicamente para os fins descritos no trabalho de investigação, serão preservados durante 12 meses em caixa lacrada, sendo posteriormente destruídos numa trituradora de papel pelo investigador principal. O questionário será codificado mediante a ordem de realização, sendo posteriormente transcritos para uma base de dados encriptada com senha individual, utilizada pelo investigador principal enquanto responsável pelo tratamento dos dados recolhidos.

O estudo será conduzido de acordo com a legislação portuguesa e europeia aplicável, de acordo com a Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril na sua redação atual (Lei da Investigação Clínica), o Regulamento (EU) 2016/679 de 27 de Abril (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados), a Lei n.º 58/2019 de 8 de Agosto (que assegura a execução do Regulamento (EU) 2016/679), bem como de acordo com todas

---

<sup>1</sup> <http://epidemiologia.med.up.pt/pdfs/Helsinq.2013.pdf>

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

as atualizações que a referida legislação venha a sofrer, e com a regulamentação e orientações aprovadas pelas autoridades competentes.

Ao dispor para qualquer esclarecimento/informação adicional, apresento os melhores cumprimentos.

Marisa Almeida Leite Teixeira Lobão,

**Assinatura:** .....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas 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 a o estudo de investigação em questão, que me foi proposto pelo investigador que assina este consentimento e pretendo anular o consentimento dado na data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Assinatura do participante:.....  
..... Data: ..... /..... /.....

Assinatura do investigador:.....  
..... Data: ..... /..... /.....