



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Necessidades de Formação de uma Equipa de Cuidados Paliativos para a Acreditação da Idoneidade Formativa em Enfermagem

Liliana Salomé Pinto Teixeira



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Liliana Salomé Pinto Teixeira

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

**Necessidades de formação de uma equipa de saúde de cuidados paliativos para a
Acreditação da Idoneidade Formativa em Enfermagem**

I Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof. Doutora Maria Albertina Álvaro Marques

Junho de 2023

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma forma de reconhecer o bem que nos é feito por outra pessoa, e neste processo exigente e longo que agora termina, torna-se necessário reconhecer, que não teria sido possível sem o contributo de pessoas que deram um pouco de si para ajudar a concluir este meu percurso.

Desde já, o agradecimento à Professora Manuela Cerqueira pelo cuidado, pela orientação e disponibilidade permanentes.

Agradeço também o inestimável contributo da Professora Albertina Marques no processo de projeto e desenvolvimento deste estágio possibilitando, que o mesmo progredisse de modo a traduzir a verdadeira essência deste percurso, o seu apoio e incentivo foram fundamentais.

A Enfermeira Antónia Costa pela forma facilitadora como ajudou neste processo, pela disponibilidade que sempre demonstrou em responder às necessidades e dúvidas que foram surgindo, e pelo exemplo que é, enquanto Enfermeira Especialista, na defesa dos princípios e dos valores dos Cuidados Paliativos, procurando contribuir para o reconhecimento dos profissionais de enfermagem na dinâmica da instituição.

Também ressaltar o importante papel da Enfermeira Susana Mendes, como gestora da Equipa de Enfermagem de CP, agradecer a sua permanente disponibilidade enquanto pessoa que cuida e sempre apoia cada elemento da Equipa, e pelo profissionalismo exemplar que muito contribuiu para que fosse possível concluir esta etapa com sucesso.

Também agradecer o apoio e carinho da Enf^a Catarina Fernandes que esteve sempre presente e disponível.

É ainda, imprescindível agradecer, a toda a Equipa de Cuidados Paliativos, pela ajuda de todos os dias, possibilitando o crescimento enquanto profissional e enquanto pessoa. Exemplos de entrega e profissionalismo de excelência que levam a querer continuar a investir em conhecimento de modo a sempre poder implementar a melhor qualidade de cuidados prestados a pessoas em situação de doença sem possibilidade de cura.

Por fim, o agradecimento aqueles que são o elemento mais importante de toda esta jornada, todas as pessoas acompanhadas pela ECP – ECSCP, que permitiram partilhar esta fase do seu percurso de vida, e que tanto partilharam, e sem terem essa noção, tanto contribuíram para o crescimento Humano e profissional.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado, com todo o meu coração, aos meus Pais, por acreditarem sempre, e por, apesar de todas as dificuldades, sempre valorizarem e investirem na formação, são exemplos de vida, de superação e de amor incondicional, obrigada meus amores.

A minha irmã por mostrar que nunca é tarde para se perseguir um sonho, e nunca nada é tão difícil que não possa ser superado.

Por fim, mas não menos importante, aquele que é o companheiro de vida, pela paciência, pelo amor e pelo apoio incondicional, que permitiu que os momentos mais complexos fossem encarados como etapas a ultrapassar.

Muito grata por tantas pessoas especiais na minha vida.

*“E digo-vos que a vida é de facto obscuridade
Exepto onde há arrebatamento
E todo o arrebatamento é cego, exepto onde há saber
E todo o saber é vão, exepto onde há trabalho
E todo o trabalho é vazio, exepto onde há amor.*

*E o que é trabalhar com amor?
È por em todas as coisas que fazeis
Um sopro do vosso espírito”*

Khalil Gibran

RESUMO

Os cuidados paliativos abrangem intervenções no alívio do sofrimento da pessoa em situação paliativa e família. Para que se possam prestar cuidados paliativos de excelência é necessária uma equipa multiprofissional com competências específica e diferenciadas. Assim, os serviços de saúde estão a fazer uma aposta na formação contínua das suas equipas com o objetivo de contribuir para a qualidade desejada, o que traduzirá a sua idoneidade quer da atividade assistencial quer formativa. Partindo destes pressupostos, dando continuidade ao percurso académico, optou-se por realizar o Estágio de Natureza Profissional na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. O objetivo foi desenvolver competências especializadas na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa. Durante o estágio, recorreu-se a metodologias ativas, participativas, investigativas, de gestão e formação.

No domínio da investigação, desenvolveu-se um estudo exploratório descritivo sobre as necessidades de formação da equipa de saúde de Cuidados Paliativos, com o intuito de contribuir para a elaboração de um projeto de formação em serviço dando resposta a um dos requisitos de acreditação da idoneidade formativa. A recolha de dados realizou-se por meio de um questionário elaborado *ad hoc* e submetidos a análise estatística.

Os principais resultados revelam que mais de metade da equipe de saúde multidisciplinar apresenta formação diferenciada em CP obtida através de cursos pós-graduação e mestrado. Apresenta carências de formação nas áreas de: Precauções Básicas de Controlo de Infeção, Gestão dos Riscos, Emergências Clínicas, Emergências Não Clínicas, e a equipa identifica necessidade de formação sobre Comunicação em Cuidados Paliativos e Apoios Sociais em Cuidados Paliativos, considera importante a formação contínua em serviço, reconhecendo vantagens, tais como atualização e consolidação de conhecimentos e, melhoria dos cuidados prestados além da aquisição.

Apesar das dificuldades identificadas nomeadamente falta de tempo/disponibilidade, a falta de recursos humanos, falta de planeamento da formação infere-se a necessidade premente da existência de um projeto de formação contínua em contexto de prática clínica direcionada às reais necessidades enquanto motor de transformação no cuidar.

No domínio da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa, foram desenvolvidas competências especializadas, designadamente ao nível da gestão de sintomas, apoio e acompanhamento à família, apoio no processo de luto, comunicação, trabalho em equipa e habilidades de consultadoria. Foram também adquiridas competências no que se refere à formação, à gestão de cuidados.

Salienta-se que, é fundamental o desenvolvimento de competências especializadas em cuidados paliativos para a implementação de intervenções de enfermagem adequadas, efetivas e humanas no cuidar da pessoa em situação paliativa e família.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos, Formação contínua, Acreditação, Idoneidade formativa, Enfermagem, Competências Especializadas.

ABSTRACT

Palliative care encompasses interventions to relieve the suffering of the palliative care patient and family. In order to provide excellent palliative care, a multiprofessional team with specific and differentiated skills is required. Thus, health services are investing in the continuous training of their teams in order to contribute to the desired quality, which will reflect their suitability both in terms of care and training. Based on these assumptions, continuing the academic path, it was decided to carry out the Professional Internship in the Community Support Team in Palliative Care. The objective was to develop specialized skills in the area of nursing to the person in a palliative situation. During the internship, active, participatory, investigative, management and training methodologies were used.

In the field of research, a descriptive exploratory study was developed on the training needs of the Palliative Care health team, with the aim of contributing to the elaboration of an in-service training plan in response to one of the requirements for accreditation of training suitability. Data were collected through an ad hoc questionnaire and submitted to statistical analysis.

The main results show that more than half of the multidisciplinary health team has differentiated training in PC obtained through postgraduate and master's courses. It presents training deficiencies in the areas of: Basic Infection Control Precautions, Risk Management, Clinical Emergencies, Non-Clinical Emergencies, and the team identifies a need for training on Communication in Palliative Care and Social Supports in Palliative Care, considers continuous in-service training important, recognizing advantages such as updating and consolidating knowledge and, improving the care provided in addition to acquisition.

Despite the difficulties identified, namely lack of time/availability, lack of human resources, lack of training planning, there is a pressing need for a continuous training plan in the context of clinical practice directed to real needs as a driver of transformation in care.

In the field of providing nursing care to the person in a palliative situation, specialized skills were developed, namely in terms of symptom management, support and accompaniment to the family, support in the grieving process, communication, teamwork and consulting skills. Skills were also acquired in training, care management.

It is emphasized that the development of specialized skills in palliative care is essential for the implementation of appropriate, effective and humane nursing interventions in the care of the person in a palliative situation and family.

KEYWORDS: Palliative care, Continuous training, Accreditation, Training status, Nursing, Specialized skills.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

- CAM – Confusion assessment method
- CP – Cuidados Paliativos
- ECCP – Escala de Consciência para Cuidados Paliativos
- ECOG – Eastern Cooperative Oncology Group
- ECP – Equipa de Cuidados Paliativos
- ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
- EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
- EPT – Exercício Profissional Tutelado
- ESAS – Escala de avaliação de Sintomas de Edmonton
- ESF – Equipa de Saúde Familiar
- DPT – Desenvolvimento Profissional Tutelado
- GCL – Grupo Coordenador Local
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos
- PFM – Plano de Formação Multidisciplinar
- PPS – Paliative Performance Escala
- PTE – Prática Tutelada em Enfermagem
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- VD – Visita Domiciliária

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	i
DEDICATÓRIA.....	ii
RESUMO.....	v
INTRODUÇÃO.....	1
1 – O CONTEXTO DE ESTÁGIO	7
1.1 Cuidados Paliativos da Teoria à Prática	7
1.2 Campo de estágio: Equipa de Cuidados Paliativos	14
2 - IDENTIFICAÇÃO das NECESSIDADES FORMATIVAS da EQUIPA de CUIDADOS PALIATIVOS	20
2.1 A formação em serviço e a Idoneidade Formativa - Enquadramento Concetual	20
2.2 Fase Metodológica	26
2.2.1 Problemática e Justificação do Estudo	26
2.2.2 Objetivos e finalidade do estudo	28
2.2.3 Tipo de estudo	28
2.2.4 Terreno de pesquisa e População.....	29
2.2.5 Método de Recolha de Dados.....	29
2.2.6 Questões éticas.....	30
2.3 Apresentação Resultados.....	32
2.4 Discussão dos resultados.....	38
2.5 Conclusões.....	42
3 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	44
3.1 Suporte e Consultoria de Cuidados Paliativos no Controlo Sintomático à Pessoa em Fim de Vida no Domicílio	45
3.2 Comunicação com a Pessoa em Situação Paliativa e sua Família	55

3.3 Apoio à Família na Fase de Agonia	60
3.4 Trabalho em equipa: articulação entre equipas multidisciplinares na comunidade	66
3.5 Formação em Serviço.....	69
3.6 Gestão em Cuidados Paliativos.....	73
CONCLUSÃO.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS	
ANEXO I – Guia Terapêutico ECP	
ANEXO II - Questionário de Avaliação da Eficácia da Formação	
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Questionário de Diagnóstico de Necessidades de Formação	
APÊNDICE II - Planificação da sessão de formação - Projeto de Formação 2023/2024	
APÊNDICE III – Apresentação – Projeto de Formação 2023/2024	
APÊNDICE IV - Projeto de Formação da Equipa de Cuidados Paliativos	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.....	32
Tabela 2 - Perfil profissional da ECP	34
Tabela 3 - Necessidades de formação em CP dos elementos da ECP.....	36

INTRODUÇÃO

O presente relatório integra-se na unidade curricular do Estágio de Natureza Profissional, que se encontra incluída no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Este estágio decorreu no período de 07 de março de 2022 a 31 de agosto de 2022, tendo sido delineado um plano de ação onde se estabeleceu um compromisso formativo a ser concretizado no decorrer deste percurso que inclui as vertentes de investigação, gestão, formação, conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de intervenções de enfermagem no âmbito dos cuidados à pessoa em situação paliativa e família. Após a prática em contexto, tornou-se imperioso realização um relatório analítico, crítico e reflexivo, na e sobre a ação, relativo às atividades desenvolvidas, as competências adquiridas.

O estágio realizou-se numa unidade de saúde do Norte, na Equipa de Cuidados Paliativos, concretamente na valência de Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Com o intuito de incrementar a melhoria da qualidade das práticas de enfermagem sustentadas na melhor evidência, definiu-se como objetivo geral desenvolver competências especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, a partir do qual se delinearão os seguintes objetivos específicos:

- desenvolver competências na conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de intervenções de enfermagem especializadas à pessoa em situação paliativa e família, tendo por base os aspetos ético-legais, culturais e sociais;
- desenvolver competências na gestão de cuidados;
- desenvolver competências na realização de atividades facilitadoras de formação em serviço;
- desenvolver competências na prática de investigação.

Os CP melhoram a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa e famílias com doenças avançadas através da prevenção e alívio do sofrimento psicológico, social, emocional e espiritual ao longo de toda a trajetória da doença. São identificados como um direito humano fundamental, fornecidos em todos os contextos de cuidados de saúde, centrados no doente e na família, com base em princípios éticos, tomada de decisão

partilhada, planeamento avançado dos cuidados e excelente gestão dos sintomas. Como abordagem multidisciplinar, os CP podem ser iniciados no diagnóstico de uma doença potencialmente fatal juntamente com a gestão terapêutica, continuada ao longo de toda a trajetória da doença até ao fim da vida e alargada ao apoio ao luto e ao sofrimento dos membros da família (Laabar et al., 2021).

Esta abordagem ao conceito e às práticas clínicas pretende ter em conta as componentes essenciais do cuidar em CP, que se traduzem em controlo de sintomas, apoio à família, funcionamento da equipa multidisciplinar, comunicação e relações estabelecidas entre todos os intervenientes.

Durante os anos que vão passando, exercendo funções de enfermeira na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP, muitas vezes nos foi colocada a questão, por quem está próximo, nomeadamente pelos pares, acerca de como é possível lidar e cuidar diariamente de pessoas com doença sem perspetiva de cura e das suas famílias. A resposta a esta questão é simples, foram 11 anos a fazê-lo prestando cuidados em serviços de internamento com rácios de enfermeiros insuficientes, com equipas multidisciplinares pouco preparadas, sem apoio e consultadoria de especialistas em CP, sem noção de quais os cuidados de enfermagem adequados à situação e, posteriormente, ter a perceção de que esses cuidados deveriam ter sido disponibilizados às pessoas, mas efetivamente não foram. O confronto com esta vivência gerou uma crescente insatisfação e até frustração enquanto profissional, o que conduziu a este caminho de busca por mais e melhor conhecimento na área de CP.

Assim, o primeiro passo, no sentido de colmatar todas estas frustrações, foi adquirir formação específica em cuidados paliativos, através da realização da pós-graduação em Cuidados Paliativos, realizada em 2012, onde se teve o primeiro contato com a filosofia dos cuidados paliativos, noção dos pilares que sustentam este cuidar, onde se cresceu enquanto pessoa e profissional pelas disciplinas frequentadas, como a ética e espiritualidade em CP, sofrimento e luto, organização, gestão e formação, investigação e ainda um estágio de 100 horas realizado numa Unidade de Cuidados Paliativos que permitiu pela primeira vez por em prática esta base teórica e compreender efetivamente o que significam CP.

Depois de ter desempenhado funções em serviços de internamento do âmbito médico e cirúrgico, a atualmente enquanto Enfermeira na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos permitiu um imenso crescimento como pessoa e como profissional, dado que a interação com a pessoa em situação paliativa e família transformou a postura, o sentir e o agir, para um modo de estar jamais vivenciado nos 11 anos de prática profissional prévia nestes serviços de internamento.

Conforme preconizado nas competências do enfermeiro especialista em diário da república, neste estágio foi possível desenvolver uma aptidão diferente para identificar o sofrimento quer físico quer psicológico ou social, para intervir no controlo sintomático e agilizar os recursos necessários para ajudar a colmatar qualquer sofrimento, foi possível desenvolver capacidades de comunicação e gestão de conversas difíceis, capacidade para articular com equipas muito distintas quer em valência quer em funcionamento, e fundamentalmente foi desenvolvida e explorada a capacidade de apoiar e envolver a família durante todo o processo desde diagnóstico, processo de doença e depois no luto.

Aquando da implementação da Equipa Comunitária de Suporte em CP, enquanto valência da Equipa de Cuidados Paliativos, houve desde logo uma grande vontade de experienciar esta vertente de cuidados, embora associada a um enorme receio pelo desconhecimento do que seria prestar cuidados em fim de vida no domicílio, mas, simultaneamente, com muita vontade de experienciar esse imenso desafio que é, sair de uma unidade de saúde que é um ambiente controlado, para prestar cuidados de conforto e qualidade vida na casa da própria pessoa. E, finalmente, o momento surgiu com a oportunidade de realizar o estágio na respetiva Equipa Comunitária de Suporte em CP.

Assim, apesar de algum trajeto formativo na área de CP e de alguma experiência a desempenhar funções em CP como enfermeira generalista, na tentativa de garantir os melhores cuidados de enfermagem prestados em Cuidados Paliativos, manteve-se a busca contínua pelo aumento de conhecimento enquanto valor indispensável para a fundamentação da qualidade excelência profissional que se pretende como futura enfermeira especialista numa área tão importante como é a dos CP.

Os serviços e equipas de cuidados paliativos felizmente têm, cada vez mais, profissionais qualificados com competências especializadas para uma intervenção adequada à pessoa

em situação paliativa e família. No entanto, ainda há um caminho a percorrer até conseguir uma dotação adequada para cobrir as necessidades existentes. Neste âmbito, como refere Fevereiro (2023, s.p.), a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) solicitou urgência na prioridade eficaz ao nível do investimento em CP., referindo quer a falta de “camas”, quer “o fraco acesso a um acompanhamento especializado no decorrer de processos de doença grave e não apenas numa fase mais avançada e/ou de últimos dias ou semanas de vida, bem como a falta de profissionais de saúde especializados”, referenciando que se trata de “um direito garantido através da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012) que continua por cumprir”.

Assim, os serviços de saúde estão a fazer uma aposta na formação contínua das suas equipas com o objetivo de contribuir para a qualidade desejada, o que traduzirá a sua idoneidade quer da atividade assistencial quer da formativa.

Sabe-se que a qualidade dos cuidados em saúde, nomeadamente de enfermagem, tem por base o desempenho de excelência sustentado em elevados níveis de conhecimento e competências dos profissionais devidamente regulamentadas.

O exercício profissional dos enfermeiros reflete um quadro de referências assente em dois documentos fundamentais: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) plasmado no Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, o qual rege o ato profissional próprio dos enfermeiros, sua competência, autonomia e responsabilidade e o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, OE, Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro) que encerra nos seus artigos os direitos e deveres da classe profissional, alicerçado nos princípios éticos e autorregulação da própria profissão. Para além destes documentos salienta-se ainda os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2017) e os vários regulamentos de competências dos enfermeiros (cuidados gerais e especialistas).

Com o intuito de garantir uma contínua melhoria da qualidade do exercício profissional e por inerência dos cuidados de saúde, o Conselho de Enfermagem deliberou o modelo de Prática tutelada em Enfermagem (PTE); EPT- Exercício profissional tutelado, o qual deve ocorrer em contexto de prática clínica de Idoneidade Formativa, a ser reconhecida e acreditada pela Ordem dos Enfermeiros, sob a supervisão de um Enfermeiro com

certificação de competências, enquanto Supervisor Clínico (OE, Regulamento nº. 15/2014, de 14 de novembro).

A determinação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica tem por base um referencial de avaliação preconizada pela Ordem dos Enfermeiros, que por sua vez, assenta no enunciado descritivo -Organização dos Cuidados de Enfermagem- previsto nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, fazendo apologia a conjunto de características que favorecem a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, assim como à Supervisão Clínica em PTE. Este referencial de avaliação, segundo o Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, da Ordem dos Enfermeiros (2010), encerra as seguintes dimensões:

- a) Quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem;
- b) Sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- c) Sistemas de informação e registos em enfermagem, organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão;
- d) Satisfação profissional dos enfermeiros;
- e) Dotações seguras em enfermagem;
- f) Política de formação contínua de enfermeiros;
- g) Metodologias de organização de cuidados de enfermagem. (OE; 2010)

(Regulamento 515/2014, de 14 de novembro, artigo 2.º).

Neste sentido, para que a um contexto de prática clínica seja conferida idoneidade formativa em enfermagem, terá de possuir um conjunto de características e condições que sejam reconhecidamente seguras e promotoras de práticas de cuidados de enfermagem de excelência, isto é, tem que ter uma idoneidade reconhecida e acreditada.

A acreditação das unidades prestadoras de cuidados assenta na existência de critérios obrigatórios e critérios de excelência comuns a todos os contextos, constituindo-se, desta forma, em campos/serviços/unidades privilegiados para o exercício da prática tutelada de enfermagem.

Neste contexto, estando a unidade de CP onde se realizou o estágio com o propósito de preparação do processo de candidatura à acreditação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica (OE, 2017, Regulamento n.º 558/2017, de 17 de outubro de 2017), surgiu a oportunidade, de realizar um estudo sobre “Necessidades de formação de uma unidade de CP para a Acreditação da Idoneidade Formativa em enfermagem”, com o intuito de contribuir para a elaboração de um plano de formação anual como consta de um dos objetivos para o ano 0 da mesma candidatura.

Este relatório resultou de autoanálise e autorreflexão profunda sobre o crescimento pessoal e profissional, do relato das atividades desenvolvidas as competências técnico-científicas, humanas, relacionais e éticas adquiridas no âmbito dos CP, as competências de investigação, formação e gestão, apresentadas de forma sustentada na melhor evidência.

O documento inicia com o Ponto I, relativo ao Contexto de estágio onde se efetua o enquadramento dos CP desde os conceitos teóricos até a prática; apresenta-se o campo de estágio com a caracterização da Equipa de CP e a sua área de intervenção, procurando-se de um modo descritivo expor quer o espaço físico, os elementos que compõem a equipa de cuidados e as suas competências específicas.

No Ponto II, referente à componente de investigação, apresenta-se o estudo “Necessidades de formação de uma unidade de CP para a Acreditação da Idoneidade Formativa em enfermagem” com o enquadramento da problemática e devida justificação do estudo, a descrição do tipo de estudo e seus objetivos, o contexto de estudo e população, o instrumento de recolha de dados e depois o tratamento dos mesmos e a devida apresentação e discussão dos resultados que levaram às conclusões obtidas.

O Ponto III destina-se às atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo deste estágio, designadamente: Suporte e Consultoria de CP no Controlo Sintomático à Pessoa em Fim de Vida no Domicílio; Comunicação com a Pessoa em Situação Paliativa e sua Família; Apoio a Família na fase de Agonia; Trabalho em Equipa; Formação em Serviço; Gestão de cuidados na área de Paliativos. E por fim, termina-se este relatório com as conclusões.

1 – O CONTEXTO DE ESTÁGIO

O estágio de natureza profissional realizou-se numa Unidade de Saúde do Norte, na Equipa de CP, numa das suas três áreas de atuação (valências), concretamente na Equipa Comunitária de Suporte em CP.

O capítulo agora iniciado é dedicado à abordagem do conceito de CP, procurando desenvolver o fenómeno em si, e alguns aspetos que lhe estão associados. Apresenta-se, ainda, pormenorizadamente, o local onde se desenrolou o estágio de natureza profissional, caracterizando o meio, a instituição, o serviço, estruturas e equipa interdisciplinar da saúde.

1.1 Cuidados Paliativos da Teoria à Prática

Enquanto enfermeira de cuidados gerais, no desempenho do exercício profissional, sempre se teve a perceção de que a fase de fim de vida seria aquela que os profissionais de saúde menos valorizavam e menos cuidavam. Afortunadamente, esta perceção tem vindo a ser alterada, pois os estudos nesta área têm aumentado existe uma tendência crescente da prática de CP nos diferentes contextos de saúde e verifica-se uma valorização da importância e do impacto destes cuidados para a pessoa em situação de fim de vida pelos pares e pelos familiares e cuidadores destas pessoas. “Se associarmos os cuidados paliativos a esta fase de transição de fim de vida faz sentido encarar a enfermagem não como um meio para obter a cura, mas como um cuidar em si próprio” (Cerqueira, 2010, p.52).

A evolução da medicina preventiva e curativa cujo objetivo tende a ser sempre o aumento da sobrevivência das pessoas, e, portanto, tem como objetivo final a cura, leva a que a doença sem perspectiva de cura se interprete como um insucesso. Muitos profissionais de saúde têm dificuldade em lidar com uma situação de doença sem perspectiva de cura e, por isso, se revela tão importante desenvolver e implementar em larga escala os cuidados a prestar na fase da vida, isto é, os CP, que vem trazer conforto e alívio do mal-estar físico, emocional e espiritual à pessoa e família que estão a vivenciar esta fase e derradeira de vida.

Collière (1999) defendia que os cuidados são fonte de prazer, de satisfação, expressão de uma relação entre cuidador e cuidado, estes pacificam, acalmam, aliviam, dispersam os tormentos, sendo que assim, tentam evitar o sofrimento.

Em CP, pretende-se conseguir alcançar o expoente máximo desta definição, não apenas pelo momento delicado da vida em que se encontram as pessoas com doença sem perspectiva de cura, que são foco desta tipologia de cuidados, mas também para ajudar as famílias a serem capazes de se reconstruir após a morte do seu familiar, e ainda, para se poder ser um profissional plenamente realizado.

“O termo paliativo deriva do étimo latino *Pallium*, que significa manto, capa” (Twycross, 2001, p.16). Assim, a partir do étimo da própria palavra podemos observar a descrição sucinta de toda a filosofia dos CP. Trata-se pois, de uma tipologia de cuidados a prestar a pessoas em situação de doença sem perspectiva de cura, e que por isso, não pretendem curar, não pretendem tratar, pretendem cuidar. Cuidar no sentido de proteger, dar alento e promover qualidade de vida, tanto quanto possível.

Os CP podem ser descritos de muitas formas, os termos utilizados podem variar, a descrição pode ser gramaticamente diferente, mas o conceito e o princípio destes cuidados é único. De acordo com a Organização Mundial de Saúde Europeia (2022), os CP são reconhecidos como parte integrante da cobertura de saúde universal e, juntamente com a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, assume-se como uma estratégia-chave para alcançar e manter a saúde da população. Os CP são uma parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas e devem estar disponíveis a todos os que deles necessitam, independentemente da idade ou do diagnóstico. Os serviços de CP são prestados numa vasta gama de cenários, desde o domicílio ao hospital e a satisfação desta necessidade exige um número suficiente de profissionais de saúde com formação na área. É necessário um foco na pessoa/família que reflita as necessidades e as exigências crescentes da pessoa com necessidade de CP e seus familiares (Organização Mundial de Saúde Europeia, 2022).

Em CP o trabalho desenvolvido objetiva usar medidas terapêuticas ou não terapêuticas para controlar os sintomas físicos, emocionais, sociais ou espirituais de modo a promover o conforto. Em CP cada pessoa é avaliada como um todo e não como um portador de

doença incurável. A morte fará sempre parte, o seu debate é importante para que seja aceite, contudo, a tónica deve ser colocada em procurar melhorar a vida e dar valor aos seus pequenos momentos, focando-nos no bem-estar da pessoa e não na sua doença.

Portanto, refere-se, assim, a um tipo de cuidados que englobam a pessoa como um todo, tendo em conta todas as suas necessidades, quer físicas, quer psicológicas ou sociais, incluindo a sua família e amigos, e tendo em atenção os hábitos, desejos e necessidades individuais de cada pessoa, que pretendemos que seja vista assim mesmo, uma pessoa, um indivíduo único e singular, num momento da vida em que é cientificamente descrito que o fim esta a aproximar-se. No mesmo sentido, a mesma autora refere que “Os cuidados paliativos dão resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e, se necessário, prolongam a sua ação ate ao luto” (Twycross, 2001, p.16).

Perante as descrições acima citadas, é fácil denotar a unicidade desta tipologia de cuidados, que se afastam da visão da patologia como o principal fator a ter em conta e procura avidamente centrar toda a atenção na pessoa que necessita de cuidados, mas que necessita fundamentalmente de poder continuar a ser pessoa e a ter um papel ativo como tal.

Tratam-se, portanto, de pessoas, que apesar da sua situação de saúde, cuja patologia diagnosticada não tem possibilidade de cura, precisam de continuar a ser pessoas, precisam de manter a sua individualidade enquanto ser biopsicossocial e espiritual, e não o doente com um diagnóstico terminal. Para tal, é fundamental que profissionais devidamente preparados e competentes os ajudem a manter o melhor nível de vida possível, enquanto possível.

Os CP têm crescido intensamente nos últimos anos. O Reino Unido, como país pioneiro, mantem o investimento e a preocupação com o cuidar em situação paliativa. Nos Estados Unidos, o movimento passou de voluntário, melhorando os cuidados a pessoas que morriam sozinhas, isoladas ou em hospitais, para um significativo componente do sistema de saúde. A maioria dos cuidados é feita na casa do paciente. É também disponibilizado em diversos ambientes como, casas de enfermagem, prisões, hospitais.

“Atualmente, vários organismos internacionais dedicados exclusivamente aos cuidados paliativos (...), foram criados com o objetivo de fomentar políticas afirmativas, normas e

diretrizes, difundir conhecimento, treinar profissionais e educar a população sobre o significado e o propósito dos cuidados paliativos.” (Santos, s/ data, p.5).

Também em Portugal se tem vindo a percorrer um caminho no sentido de implementar CP acessível a toda a população, quer seja em meio hospitalar, quer em meio domiciliário. Um esforço que tem vindo a ser levado a cabo para que cada vez mais população Portuguesa possa ter acesso a cuidados de saúde indicados à fase da vida e de saúde/doença em que se encontra. De acordo com o descrito pelo Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP 2021-2022:

Em Portugal, desde 2012 que está definida a responsabilidade do Estado em matéria de Cuidados Paliativos, pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP) (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro). Com esta legislação, estabeleceu-se a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), sob a tutela do Ministério da Saúde e definiu-se que a Coordenação da RNCP fica assegurada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, através dos respetivos Coordenadores Regionais da RNCP.

Em resposta aos esforços contínuos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e outras organizações internacionais para assegurar o seu acesso universal, os serviços de CP estão, na sua maioria, bem estabelecidos nos países desenvolvidos (Knaul et al., 2018). No entanto, dos 56 milhões de mortes anuais a nível mundial, quase 40 milhões ocorrem nos países em desenvolvimento e mais de 33 milhões destas pessoas poderiam beneficiar de CP (Laabar et al., 2021). A OMS, tendo identificado várias barreiras nos CP nos países em desenvolvimento, reconheceu esta como uma prioridade de saúde pública e recomendou quatro estratégias-chave; (1) políticas apropriadas, (2) disponibilidade adequada de medicamentos (incluindo opiáceos), (3) formação dos profissionais de saúde e do público, e (4) implementação de serviços de CP a todos os níveis de cuidados de saúde (Callaway et al., 2007; Connolly ET AL., 2021).

Em Portugal, os CP especializados são um “dos componentes do Serviço Nacional Saúde (SNS), que se pretende sustentável, de qualidade e acessível. Integram-se nos cuidados de saúde primários (CSP), cuidados de saúde hospitalares (CSH) e cuidados continuados integrados (CCI)” (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2022, p. 4).

As unidades de cuidados vocacionados para à área de CP, são de facto uma necessidade em saúde cada vez maior, pois a população mundial está a envelhecer o que implica o aumento da doença crónica incurável, e o processo de fim de vida. Em, Portugal, segundo os dados do PORDATA (2021), o índice de envelhecimento populacional em Portugal, em 2021, era de 182,1%, o que se traduz num aumento de 27,3%, desde 1960, com um índice de dependência total equivalente a 57,0% e um índice de longevidade de 48,7%. De acordo com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), em 2022, cerca de 70 mil pessoas estão sem acesso a esses cuidados a nível nacional.

Como informa Almeida (2022, s.p.), em Portugal, os números de pessoas com necessidade de CP continuam a esclarecer “a premência do desenvolvimento de políticas de saúde e governação clínica ajustadas à realidade e às necessidades inerentes ao cuidar paliativo”. Por conseguinte, e de acordo com o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) de 2021-2022, existiam entre 81.553 e 96.918 pessoas com necessidades de CP, tendo-se registado um aumento ligeiro em relação aos biénios anteriores, o “que é consistente com o envelhecimento populacional e com a previsibilidade de necessidades paliativas na população idosa, independentemente até do aumento paralelo da doença crónica (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2022, p. 17).

Salvaguarda-se ainda, que a necessidade de mais unidades de CP e profissionais de saúde, designadamente enfermeiros, especialistas nesta área, não está associado apenas ao facto do envelhecimento populacional, de acordo com a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, no que concerne à estimativa do número de crianças com necessidades paliativas, foi registado um total estimado de 7.268 em Portugal Continental (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2022, p. 18).

A Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2022, p. 18) enfatiza ainda o facto que “a doença crónica complexa na idade pediátrica”, por norma, resulta em elevado *distress* familiar, com profundo “impacto em todos os seus elementos, incluindo os irmãos”. Trata-se igualmente de um problema inerente à população adulta, todavia, destaca que tem de se dar mais visibilidade a este problema em idade pediátrica, na medida em que interfere nos processos de crescimento e desenvolvimento e obriga a uma difícil adaptação de

esperanças, não esquecendo o risco de luto prolongado. De evolução imprevisível, geralmente muito longa e associada à sua doença de base, têm diversas comorbidades e limitações que exigem cuidados constantes e permanentes, exacerbadas sobretudo pelas intercorrências ou agudizações, nem sempre reversíveis (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2022, p. 19).

A OMS, como referem Laabar et al. (2021), recomenda que um serviço de CP deve, no mínimo, identificar tanto os doentes oncológicos como os não oncológicos para poderem beneficiar desses cuidados, avaliar, reavaliar e abordar as necessidades físicas, psicológicas, sociais, emocionais e espirituais da pessoa em situação paliativa e seus familiares e determinar objetivos de cuidados culturalmente apropriados. Neste sentido e como defende Twycross (2001), é possível aumentar a esperança de uma pessoa que se encontra próxima da morte, desde que os cuidados e o bem-estar que se lhe proporcionam sejam satisfatórios.

Embora não com a celeridade que seria necessária, já muito caminho foi percorrido e, atualmente, a realidade dos cuidados prestados, especificamente na área de CP é já muito distinta da de 2012. Embora esta realidade esteja ainda muito aquém das necessidades e muito diferente de realidades de outros países, com larga história na prestação de CP, em Portugal já é uma realidade e está em franca expansão para benefício inequívoco de toda a população.

O processo de fim de vida está altamente associado a sentimentos de dor, de sofrimento, de perda, de vazio e de partida para o desconhecido, imputando à pessoa que o vive uma condição de fragilidade extrema de sujeição e submissão (Cerqueira, 2010, p.40).

Felizmente há cada vez mais profissionais de saúde, tanto na enfermagem como noutras áreas distintas, que desenvolvem interesse por CP e procuram formação especializada nesta área, procurando assim complementar a sua formação de base e poder direcionar a sua prática profissional para os CP, ou simplesmente incutir na sua prática atual, independentemente do contexto clínico ou área de intervenção, uma perspetiva mais abrangente e uma capacidade de avaliar e intervir quando se depara com as necessidades de pessoas em situação de doença sem perspetiva de cura.

Ser Enfermeira Especialista na área de Cuidados Paliativos

Os enfermeiros são uma componente essencial do setor da saúde. As pessoas que dão entrada numa instituição de saúde em fim de vida necessitam de cuidados especializados, que abrangem tudo, desde as suas necessidades médicas, sociais, espirituais ao apoio emocional para si próprias e para os seus familiares. Neste sentido, o enfermeiro especialista em CP, recorre à formação e competências especializadas para ajudar a melhorar a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa e seus familiares.

Ser enfermeira numa unidade de CP, tal como em qualquer outra área de cuidados, requer um corpo de conhecimentos específicos que permita uma intervenção adequada dando resposta efetiva às reais necessidades da pessoa em situação paliativa e também à família. A enfermeira de CP deve possuir um conjunto de competências específicas relacionadas com os quatro pilares básicos da filosofia de CP, nomeadamente: comunicação eficaz, controlo adequado dos sintomas, apoio à família e trabalho em equipa (DGS, 2004; OE, 2011; Neto, 2016)

A prática deste tipo de cuidados tem como foco a pessoa, a interação e o respeito pela dignidade humana. Benner (2005, p. 191) descreve a Enfermagem como “relação de cuidado”, ou seja, como uma prática do cuidado cuja ciência é guiada pela arte moral e ética do cuidado e da responsabilidade, acreditando que a forma mais importante de um enfermeiro poder melhorar a sua prática é através da experiência. As boas práticas de enfermagem requerem competências relacionais, capacidade de conhecer o outro na sua singularidade, estabelecimento de uma relação de confiança e empática, abertura, percetividade, *know-how* especializado que permite o saber-ser, o saber-estar e o saber-fazer.

Deste modo, o enfermeiro encaminha-se para o patamar de perito, fazendo-se uso da terminologia de Benner (2005), cuja teoria vê a competência em enfermagem como uma experiência de aprendizagem contínua baseada em experiências individuais, exposições e tempo acumulado na prática. Assim, segundo a autora, o enfermeiro especialista é aquele que acumulou uma enorme experiência no seu campo clínico, o que lhe permite eliminar sistematicamente os aspetos não importantes da situação.

O enfermeiro especialista atua com uma compreensão da situação e utiliza a sua capacidade intuitiva, combinando as competências técnicas, para propor novas soluções. Os conhecimentos especializados influenciam a prática dos enfermeiros, os seus julgamentos e a qualidade dos cuidados, permitindo-lhe desenvolver cuidados individualizados (Benner, 2005).

Este saber fazer permite cuidados individualizados, que são um indicador significativo da qualidade dos cuidados de enfermagem e que devem ser integrados na formação de base e formação contínua na *práxis*. Os cuidados individualizados, que constituem a base da filosofia holística, valores e códigos éticos de enfermagem, incluem o planeamento e a prática de acordo com as características da pessoa cuidada, requisitos, preferências, experiências, sentimentos, perceções e opiniões. Como tal, os enfermeiros peritos têm um papel importante na avaliação e desenvolvimento de cuidados individualizados.

1.2. Campo de estágio: Equipa de Cuidados Paliativos

A Equipa de CP trata-se de uma equipa interdisciplinar que conforme o seu Regulamento Interno tem como principal missão:

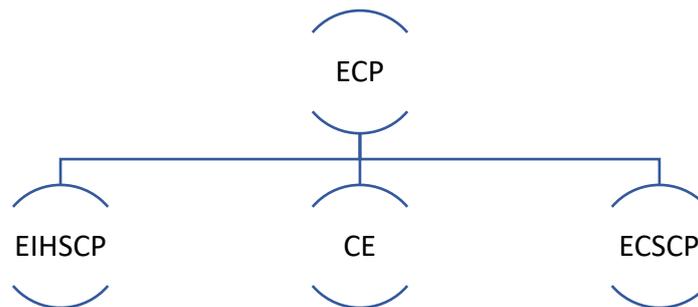
“(...) garantir apoio e suporte aos doentes internados ou em ambulatório e aos seus familiares e cuidadores, na área de influência da unidade de saúde, com situação de doença grave, avançada ou progressiva, proporcionando-lhes maior qualidade de vida, dignidade e autonomia, bem como cuidados de saúde humanizados, através da prestação de cuidados paliativos de qualidade. Prestar orientação no plano individual de intervenção, formação e consultadoria aos profissionais dos serviços de internamento e dos cuidados de saúde primários na área de abrangência da unidade de saúde, para os quais seja solicitada a sua situação (2017).

A *European Association for Palliative Care* (EAPC, 2009), como referem Cherny e Radbruch (2009), nas suas recomendações normativas e orientações para a implementação de serviços e equipas de CP, considera quatro níveis de diferenciação: Abordagem Paliativa; CP Generalistas, CP Especializados e Centros de Excelência, contudo, a Comissão Nacional

de Cuidados Paliativos (CNCP) (2017) propõe somente dois níveis de cuidados para Portugal, designadamente: a Abordagem Paliativa e os Cuidados Paliativos Especializados.

A Abordagem Paliativa é utilizada nos serviços onde ocasionalmente são tratados doentes com necessidades paliativas, enquanto os Cuidados Especializados são prestados por equipas multidisciplinares próprias, com competências especializadas, focadas na otimização da qualidade de vida dos doentes. Como princípios orientadores dos CP, são identificados: o alívio de sintomas; o apoio espiritual, psicológico e emocional ao doente e seus familiares; o suporte durante o luto e o recurso à interdisciplinaridade para cuidados abrangentes. São cuidados coordenados e globais que devem ser prestados por equipas e unidades especializadas nos mesmos, quer em regime de internamento, quer no domicílio (DGS, 2004).

A Equipa de CP da desta Unidade de Saúde do Norte, de acordo com o Plano de Ação do Serviço de Cuidados Paliativos (2016), integra a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Esta divide-se em 3 áreas de atuação: Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP, Consulta Externa e Equipa Comunitária de Suporte em CP, conforme se exemplifica com o esquema a seguir:



Esquema 1 – Valências da Equipa de Cuidados Paliativos da Unidade de Saúde

A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP presta suporte e consultadoria aos seguintes serviços:

- Internamentos de todas as unidades hospitalares (2) que integram esta Unidade de Saúde;

- Consulta externa que funciona em três modalidades, Consulta Externa Programada, Consulta Aberta e Consulta Não Presencial (Apoio Telefónico);
- Hospital de Dia segundo agendamento prévio.

A Equipa Comunitária de Suporte em CP, criada em 2017, é a mais recente, a qual veio acrescentar a valência de suporte e consultadoria em domicílio, tendo iniciado a sua atividade numa área mais restrita, o Concelho em que se insere e tendo depois sido alargado progressivamente o apoio a todo o Distrito, reforça-se que este foi o contexto de realização deste estágio.

Recursos Humanos

Relativamente aos recursos humanos afetos aos CP, todos os elementos da equipa de CP desta Unidade de Saúde, são parte integrante de uma única equipa multidisciplinar que dá resposta a todas as áreas de intervenção em que se divide, sendo feita uma rotatividade regular de todos os elementos da equipa por todas as valências.

A equipa de saúde é composta, por: Coordenador da Equipa, Enfermeira Responsável, Médicos, Enfermeiros, Assistente Social, Psicóloga, Técnico Superior de Saúde – Nutrição, Assistente Espiritual e Religioso e Assistente Técnica. Atualmente, estes elementos distribuem-se da seguinte forma: 7 médicos, um dos quais coordenador, 8 enfermeiras, sendo que uma é Enfermeira Responsável, uma Assistente Técnica, uma Assistente Social a tempo inteiro e uma a tempo parcial (10 horas), a tempo parcial a equipa conta ainda com o apoio de 2 Psicólogas (16.5 horas/cada), uma Psiquiatra (7 horas), uma Técnica Superior de Saúde- Nutrição (7 horas), e mediante solicitação o Capelão do Hospital colabora também com a equipa como descrito pelo Manual de Funções aprovado pela Instituição (ULSAM, 2017).

Recursos Físicos

Esta equipa está integrada numa Unidade Local de Saúde, tendo 2 bases físicas da Equipa de CP, estas ficam localizadas no piso 3 da 1ª fase da principal unidade hospitalar e a segunda na unidade hospitalar secundária no piso 4, funciona em ambas em dias úteis entre as 8h e as 17h.

No Hospital sede a localização física divide-se em 2 gabinetes, o primeiro onde ficam o Coordenador, Enfermeira Responsável e a Assistente Social que colabora a tempo inteiro com a Equipa de CP, bem como o armazém de material para uso essencialmente da Equipa Comunitária de Suporte em CP. O segundo gabinete é exclusivamente um gabinete de trabalho para toda a equipa e onde se guarda toda a bibliografia que vai sendo adquirida.

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

No segundo Hospital a equipa dispõe de apenas 1 gabinete onde por norma, trabalham Médico e Enfermeiro que estão a dar apoio ao internamento desse hospital e Hospital de dia do mesmo.

De modo a possibilitar o funcionamento da Equipa Comunitária de Suporte em CP há três viaturas disponíveis diariamente para permitir as deslocações dos elementos da equipa. Por norma cada viatura fica afeta aos elementos (medico e enfermeiro) que asseguram cuidados em áreas dispersas pelo distrito

Devido à incapacidade funcional condicionada pela escassez de elementos, havendo uma clara necessidade de crescimento da equipa, que nem sempre há elementos suficientes para colmatar as necessidades o que obriga a uma gestão rigorosa de recursos.

Além do descrito, a Equipa de CP tem também como recurso 4 telemóveis para contacto direto com pessoas doentes, famílias e outras equipas. Por norma 2 telemóveis ficam com a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP e cada um dos outros com a Equipa Comunitária de Suporte em CP das áreas 1 e 2. Aquando do funcionamento em pleno da área 3 de intervenção na comunidade, surgirá a necessidade de mais um para disponibilizar aos utentes dessa região.

Áreas de Intervenção

No que se refere aquelas que são as áreas de intervenção desta equipa, vem descrito no Relatório de atividades da Equipa de CP (2017), quais as suas áreas de intervenção e as suas valências, deixando, assim, exposto o modo de funcionamento e a sua intervenção junto da pessoa com doença sem perspetiva de cura, sua família e cuidadores.

Como previamente descrito, a Equipa de CP divide-se pelas valências Intra-hospitalar, Consulta Externa, apoio a Hospital de Dia e Apoio Comunitário. A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP constitui a valência Intra-hospitalar, que presta apoio e consultoria a todos os serviços de internamento hospitalares da área de influência de toda a Unidade de saúde, com o objetivo da promoção de cuidados de saúde seguros e humanizados a pessoa com doença sem possibilidade de cura, e sua família, assim como procura garantir continuidade de cuidados a pessoas internadas, acompanhando e dando continuidade ao cuidar.

Na atividade de consulta externa distribuída pelas 3 modalidades já referidas, a equipa tem muitas vezes o primeiro contacto com as pessoas com doença incurável, que são referenciadas precocemente, permitindo conhecer a pessoa e o seu núcleo familiar desde cedo, acompanhar tratamentos em curso e dar apoio no tratamento sintomático quer dos efeitos adversos e secundários, quer nos sintomas consequentes da evolução da doença, nesta valência são acompanhados os doentes que ainda preservam a sua autonomia nas AVD's.

Também faz parte da atividade da Equipa Intra Hospitalar de Suporte em CP a avaliação de doentes em Hospital de Dia, quer seja para a realização de intervenções programadas, nomeadamente: controlos analíticos, administração de fluidos, paracenteses, toracocenteses, transfusões de hemoderivados, entre outras; ou para reavaliação de pessoas em tratamento, assim como dar apoio no controle dos efeitos adversos do mesmo.

A Equipa Comunitária de Suporte em CP é uma valência multidisciplinar, que presta consultadoria e cuidados domiciliários de modo a garantir a permanência do doente em fim de vida no seu ambiente comunitário e familiar a nível do Distrito, composta por 2 ou 3 grupos de trabalho que realizam as visitas domiciliárias. As visitas são sempre realizadas por médico e enfermeiro, e sempre que necessário pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar.

A avaliação da situação nutricional, social e psicológica é realizada nas diferentes valências, mediante as necessidades que vão sendo identificadas.

Baseados no princípio bioético da autonomia do doente através do consentimento informado, possibilitando ao doente que tome as suas próprias decisões, no princípio da

beneficência e da não maleficência, os CP desenvolvem o cuidado à pessoa, visando a qualidade de vida e a manutenção da dignidade humana no decorrer da doença, na terminalidade da vida, na morte e no período de luto.

Como sustenta Kennedy (2016), é importante garantir a dignidade da pessoa com necessidade de CP e seus familiares nos CP. Os conceitos de respeito, autonomia, empoderamento e comunicação são atributos-chave que definem a dignidade humana, envolvendo o respeito pela pessoa com necessidade de CP e seus familiares, respeito pela sua privacidade, a autonomia que envolve ter escolha, tomar decisões, competência e independência, o empoderamento envolve e promove a autoestima e a comunicação que compreende as modalidades verbais e não verbais.

2 – IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADES FORMATIVAS DA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

A enfermagem enquanto disciplina e ciência tem nos seus atributos uma relação intrínseca com a investigação. Efetivamente, o enfermeiro especialista, segundo o Regulamento do Competências comuns, “disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Num serviço de CP, a supervisão clínica pode ser realizada pelo Enfermeiro Especialista na área da Pessoa em Situação Paliativa, ou seja, sendo este um enfermeiro especialista/perito, que detém conhecimentos aprofundados e sólidos, possui, como refere Queirós (2014), capacidade de liderança, sendo capaz de exercer funções de supervisão clínica, demonstrar a capacidade de agir face à transformação, comunicar de forma eficaz, orientar a sua *praxis* tendo por base a reflexão, avaliar e diagnosticar com exatidão, bem como possui destreza técnica, executa os cuidados em conformidade com políticas de segurança, revelando uma visão global das situações, a capacidade de gerir conflitos, articular os conhecimentos teóricos com a prática, desenvolver conhecimento tendo por base a investigação, dar resposta às situações de maior complexidade e revela a capacidade de rapidez na ação.

Neste sentido, sendo objetivo de estágio desenvolver competências na prática de investigação, realizou-se o estudo que se apresenta detalhadamente nos pontos seguintes.

2.1 A formação em serviço e a Idoneidade Formativa - Enquadramento Concetual

A Idoneidade Formativa é definida pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 558/2017, de 17 de outubro de 2017, p. 23640) “como uma das suas principais linhas estratégicas para criar as estruturas que permitam o desenvolvimento sustentado da profissão ao nível da qualidade da formação e da aquisição de competências, no enquadramento do desenho para a valorização da profissão de Enfermagem”. A

Idoneidade Formativa identifica os contextos a nível nacional que detêm um ambiente favorável para o desenvolvimento de processos formativos em Enfermagem, organizados pela Ordem dos Enfermeiros, ou seja, para o reconhecimento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (CPC), ainda em conformidade com a mesma entidade, devem ser acreditados numa das seguintes modalidades de Idoneidade Formativa:

- Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica Padrão, que identifica os contextos com os requisitos mínimos obrigatórios para os processos formativos;
- Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica de Referência, através da qual identifica os contextos que garantem o aprofundamento dos mecanismos de planeamento e controlo de todas as atividades;
- Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica Modelo que identifica os contextos que têm vocação para inovação e desenvolvimento.

Assim, um contexto de cuidados exigente e que prevê a excelência dos seus profissionais deve ter por base a contínua procura de mais conhecimento e, portanto, a existência de formação contínua planificada para que dê resposta às necessidades dos profissionais que lhes permita a almejada melhoria contínua no seu desempenho.

De facto, a acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, exige um conjunto variado de requisitos, um dos quais diz respeito à formação contínua em serviço. Aos serviços que se propõe a este reconhecimento de idoneidade formativa em enfermagem a ordem dos enfermeiros, que é a entidade que atribui esta acreditação, determinou a este nível os seguintes requisitos (regulamento idoneidade formativa, OE, 2017):

- Enfermeiro responsável pela Formação contínua
- Diagnóstico de necessidades de formação do contexto
- Plano de Formação em serviço/contínua
- Conteúdos da formação:
 - Área de cuidados do contexto de prática clínica (CP no nosso estudo)
 - Ética e deontologia profissional
 - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem

- Gestão do risco
- SIE Sistemas de Informação em enfermagem
- Sessões técnicas

- Balanço formativo
- Meios adequados à realização da formação em serviço

A formação contínua reveste-se cada vez mais de inequívoca importância, sobretudo pela sociedade atual, cada vez mais competitiva e de rápida evolução. Independentemente da área de intervenção, não há crescimento enquanto profissional, quer seja a nível técnico, quer a nível científico, se não houver investimento num processo formativo que se demonstra, por isso mesmo, urgente e necessário durante todo o percurso profissional.

Enquanto profissional de saúde, essa importância é ainda maior, tendo em conta o objetivo *major*, que se traduz na procura contínua da melhoria da prestação de cuidados. De facto, a formação torna-se uma necessidade incontornável para a melhoria profissional, de acordo com Costa (2008, p.4):

(...) no campo da saúde, em que os técnicos de saúde, nomeadamente os enfermeiros, são compelidos a formação contínua de modo a dar resposta a situações de saúde/doença cada vez mais complexas nas nossas sociedades.

Os desafios cada vez mais complexos que surgem na prestação de cuidados do dia-a-dia exigem profissionais preparados, atualizados na sua área de saber, de modo a serem capazes de dar resposta com a maior qualidade que o seu percurso formativo, aliado a experiência profissional, lhe permitem. É importante que cada um enquanto pessoa se permita refletir acerca das próprias necessidades, de modo a poder investir na sua formação específica e permitir evoluir-se no sentido ambicionado.

Neste sentido, parece importante evidenciar o que refere Relvas (2018 p. 9): “A formação é um processo contínuo, que acompanha o indivíduo ao longo de toda a sua história de vida. Após uma formação inicial que permite a obtenção das qualificações necessárias para um desempenho profissional, assiste a uma necessidade de aperfeiçoamento das competências e aquisição de conhecimentos, que permitam o acompanhamento do

progresso tecnológico e científico, necessários para garantir uma competência permanente.”

A formação em serviço é atualmente uma atividade comum, prevê-se nela a reciclagem e atualização de conhecimentos relacionados com a prática de cada contexto de trabalho, bem como o acréscimo de conhecimentos no que respeita ao que de novo vai surgindo, para assim permitir manter os profissionais na linha da frente da sua atividade.

A noção que a formação contínua dos profissionais de saúde é uma necessidade, torna-se óbvia pela exigência do trabalho que se desenvolve, naturalmente quando o trabalho envolve a saúde e o bem-estar das pessoas, o nível dos profissionais terá de buscar sempre a excelência. Em CP, o objetivo será sempre esse mesmo, a excelência, no entanto, pela especificidade das pessoas e familiares de quem se cuida, pelas necessidades destes e pela urgência temporal, associada ao processo de fim de vida, a necessidade de excelência de cuidados torna-se ainda mais importante.

A formação é, sem dúvida, e como até agora se tem vindo a demonstrar, mais uma vez a forma de atingir os objetivos de melhoria e crescimento contínuos a que as ECP procuram e se propõem. A existência de um plano de formação específico, desenvolvido mediante as características e necessidades dos seus elementos, é de extrema importância, não podendo, portanto, ser descurado nem desvalorizado.

Desenvolver um plano de formação para uma ECP tem de englobar a multidisciplinaridade, bem como a unicidade dos seus elementos, tem de procurar ir ao encontro do que é pretendido quer enquanto indivíduos, quer enquanto elementos de uma equipa que funciona em interligação permanente.

De uma forma sucinta, parece ser fundamental que o percurso dos profissionais de saúde de CP, designadamente os enfermeiros especialistas, se vá construindo de modo evolutivo, tanto com os ganhos que as práticas profissionais acrescentam todos os dias, como com o enriquecimento obtido através de formação académica ou formação em serviço. Só, assim, se acredita em profissionais detentores de competências especializadas de qualidade na sua prática. Como referem Correia et al. (2021, p. 218): “A falta de conhecimentos dos profissionais de saúde em CP constitui uma das maiores barreiras no acesso dos doentes a estes cuidados”. Por conseguinte, os mesmos autores referem a necessidade premente de

umentar a formação e a capacitação dos profissionais é considerado pelas entidades internacionais como um eixo prioritário de atuação, de modo a reduzir uma das maiores disparidades mundiais: a desigualdade no acesso aos Cuidados Paliativos”.

Tendo por base esta realidade, os autores supracitados realizaram uma revisão sistemática da literatura para avaliar se a capacitação dos profissionais de saúde em CP contribui para um a maximização das competências na abordagem à pessoa em situação paliativa e seus familiares, bem como para identificarem os tipos de programas de intervenção que têm sido implementados para promover essa capacitação.

As evidências dos estudos considerados revelam que os profissionais de saúde que participaram em programas específicos de formação em CP adquiriam “novos conhecimentos e competências com aplicação na prática clínica diária” para prestarem cuidados holísticos à pessoa em situação paliativa e seus familiares. A necessidade de formação em CP continua a ser vital para contribuir para a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa e família, o que consubstancia a necessidade de mais iniciativas de formação para todos os profissionais que exercem na área, para que possam cumprir os desígnios dos CP, promover o bem-estar e a qualidade de vida a pessoa em situação paliativa e seus familiares, prevenir e aliviar o sofrimento, com a identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Assim sendo, estão a ser reunidos esforços para, em equipa, se avançar com esta candidatura, sendo que foram distribuídas a cada elemento em formação Avançada áreas de Investigação e de estudo para em seguida se delinear em conjunto a proposta de Acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica – Idoneidade Formativa Padrão.

De acordo com a OE (2017), a modalidade Padrão define os requisitos mínimos obrigatórios necessários para a realização de processos formativos em Enfermagem organizados pela Ordem dos Enfermeiros, assim, e para permitir a maturação de todos os requisitos necessários para os contextos que se iniciam no processo, está contemplado um período de transição em que é definido um conjunto obrigatório de itens para o ano 0 e o cumprimento da totalidade dos itens para a modalidade Padrão até ao final do ano 4.

Assim, e pela distribuição feita em reunião com os 4 elementos em formação avançada e a Enfermeira Coordenadora da equipa, ficou definido desenvolver neste ano 0 a Dimensão 6 do regulamento nº 558/2017 da OE – Política de Formação contínua dos Enfermeiros, nomeadamente o Critério 6.1. Existência de uma política e práticas de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade e o Critério 6.2 – Existência de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua.

2.2 Fase Metodológica

Nesta parte do trabalho apresenta-se a problemática a estudar e os conceitos centrais, a etapa metodológica em curso. Neste sentido, pretende-se descrever o enquadramento metodológico, expondo o desenho de investigação, através da definição dos objetivos, o tipo de estudo, procedimento e instrumento de recolha de dados, procedimento de tratamento de dados, população e terreno de pesquisa, aspetos éticos inerentes à investigação.

2.2.1. Problemática e Justificação do Estudo

Face ao exposto anteriormente e tendo em conta a experiência profissional, urge uma mudança significativa, de um modo geral, que surge da necessidade em crescer e melhorar, esta necessidade que é inerente ao ser humano, ou seja, a insatisfação leva à procura de mais, de melhor, de diferente. A procura pelo novo, com vista à melhoria quer seja a própria, quer seja do ambiente, torna necessária a aquisição de conhecimentos, de modo a cimentar e, portanto, fundamentar o crescimento e a mudança.

A Equipa de CP tendo o seu início no final de 2013, com a nomeação pelo Conselho de Administração no mês de outubro, e tendo começado a receber doentes em 25 de novembro desse mesmo ano. Esta equipa tem procurado desde então, crescer de forma sustentada, baseando o crescimento em conhecimento científico e a sua atividade na procura constante da prestação de cuidados de excelência, de modo a dar a melhor resposta possível a todas as pessoas de quem cuida, e respetivas famílias, bem como prestar consultadoria e apoio a todas as equipas com quem se articula para que a continuidade de cuidados se dê de forma efetiva.

O Regulamento Interno da Equipa de CP, preconiza desde 2002 que "(...) assume como missão institucional o compromisso de excelência (...) garantindo a qualidade e efetividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia." Sendo, portanto, neste seguimento que esta equipa procura a melhoria continua de cuidados de saúde, baseados na melhor e

mais atual evidência, disponibilizando diariamente cuidados de saúde de qualidade e adequados às necessidades da população abrangida.

Para além da sua atividade principal de prestação de CP diretamente à pessoa e família, e de consultadoria, esta Equipa de CP constitui-se frequentemente contexto de estágio para a formação de profissionais de nível avançado em CP, vertente que muito valoriza. No sentido de valorizar e melhorar esta Equipa enquanto contexto de estágio válido, facilitador do processo de ensino-aprendizagem adequado, proporcionadora de experiências pedagógicas baseadas na melhor qualidade de cuidados de saúde, há a ambição por parte dos enfermeiros elaborar uma candidatura para submeter a Equipa de Cuidados Paliativos a Acreditação da Idoneidade Formativa dos contextos da prática Clínica na área de enfermagem, à Ordem dos enfermeiros.

Para que esta candidatura seja possível há um conjunto de critérios e condições exigidas que a Equipa de Cuidados Paliativos deve reunir, uma das quais diz respeito à formação em serviço que deve ser devidamente planeada e efetiva, obedecendo a um conjunto de requisitos exigidos pela Ordem dos Enfermeiros. De facto, a qualidade da formação em serviço é um pilar fundamental para o incremento da qualidade dos cuidados em saúde. Capelas (2018) reconhece que para o crescimento do número e tipo de recursos em CP, se mantenha contínuo e sustentado, é indispensável a base científica rigorosa que garanta a quantidade e qualidade da formação em que é importante investir.

Com base nestes pressupostos, surge a necessidade de identificar quais as Necessidades de Formação da Equipa Multidisciplinar de Cuidados Paliativos de uma Unidade de Saúde do Norte, o que se torna preponderante perante o objetivo de a Equipa se candidatar para a Acreditação da Idoneidade Formativa da mesma. Neste sentido, define-se a seguinte questão de investigação, “Quais são as necessidades de formação da Equipa multidisciplinar de Cuidados Paliativos de uma Unidade de Saúde do Norte?”, cujo objetivo geral é identificar as necessidades de formação da equipa multidisciplinar da Equipa de CP de Uma Unidade de Saúde do Norte.

2.2.2 Objetivos e finalidade do estudo

À luz da problemática em estudo e dos pressupostos conceptuais apresentados definiram-se os seguintes objetivos do estudo:

Objetivo Geral

- Identificar as necessidades de formação da equipa multidisciplinar da Equipa de CP de Uma Unidade de Saúde do Norte

Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional da equipa multidisciplinar da Equipa de CP de Uma Unidade de Saúde do Norte
- Identificar a formação da equipa multidisciplinar da Equipa de CP de Uma Unidade de Saúde do Norte
- Identificar áreas de interesse da equipa multidisciplinar da Equipa de CP de Uma Unidade de Saúde do Norte
- Identificar a opinião da equipa multidisciplinar da Equipa de CP de Uma Unidade de Saúde do Norte
- Identificar as vantagens da formação em serviço na perspetiva da equipa multidisciplinar da Equipa de CP de Uma Unidade de Saúde do Norte
- Identificar as dificuldades da formação em serviço na perspetiva da equipa multidisciplinar da Equipa de CP de Uma Unidade de Saúde do Norte

Finalidade

Contribuir para a elaboração de um plano de formação do serviço, assegurando, desta forma, a manutenção da melhor qualidade científica da equipa multidisciplinar do serviço, por forma a contribuir para o processo de elaboração de uma candidatura à acreditação para idoneidade formativa pela OE.

2.2.3 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo quantitativo, exploratório e descritivo, com enfoque transversal. É descritivo uma vez que pretende descrever as características de uma população, de um

fenómeno ou de uma experiência. Esse tipo de estudo possibilita estabelecer uma relação entre as variáveis ao nível no objeto de estudo. É exploratório, pois como o próprio nome designa, possibilita uma maior familiaridade entre o investigador e o tema investigado, na medida em que o mesmo ainda é pouco explorado. Trata-se também de um estudo transversal, uma vez que este tipo de estudo tem como finalidade conhecer o que ocorre num determinado grupo num “aqui e agora” (Coutinho, 2021).

2.2.4 Terreno de pesquisa e População

O estudo realizou-se na Equipa de CP de uma Unidade de Saúde do Norte, cuja caracterização estrutural e funcional foi anteriormente apresentada no ponto relativo à caracterização do campo de estágio.

A população do estudo é constituída pelos elementos integrantes da equipa multidisciplinar de CP, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e assistente espiritual, num total de 24 elementos.

Os critérios de inclusão definidos para a amostra foram:

- Ser profissional da equipa multidisciplinar
- Participação voluntária.

Tendo em conta a dimensão da mesma, a amostra é constituída pela quase totalidade dos seus elementos. Apenas não integra um elemento por ser a investigadora do estudo, salvaguardando-se, assim, as questões de rigor ético. Assim, a população do estudo são 24 elementos e a amostra é constituída por 23 elementos.

2.2.5 Método de Recolha de Dados

Com base nos objetivos, tipo de estudo, e requisitos de formação contínua exigido pela Ordem dos Enfermeiros para acreditação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica foi desenvolvido um questionário *ad hoc* para identificar as necessidades de formação da equipa multidisciplinar da Equipa de Cuidados Paliativos de Uma Unidade de Saúde do Norte. O questionário é constituído por: caracterização sociodemográfica (sexo,

idade e nível de escolaridade) e profissional (categoria profissional; experiência profissional; experiência profissional na área de CP; experiência profissional na Equipa de Cuidados Paliativos da Unidade de Saúde do Norte; colaboração com Equipa de Cuidados Paliativos da Unidade de Saúde do Norte); questões sobre formação em CP e necessidades de formação em CP, nomeadamente: possuir formação específica em CP, formação em Ética e Deontologia Profissional, formação em Precauções Básicas de Controlo de Infecção, formação em Gestão de Risco, formação em Emergências Clínicas, formação em Emergências Não Clínicas. Contempla, ainda, 3 questões abertas: áreas de interesse de formação; que vantagens identificam na formação e serviço; que dificuldades identificam na formação em serviço (Apêndice I).

O questionário foi elaborado na plataforma “Google forms”. Após a sua elaboração foram efetuados 2 pré-testes tendo sido corrigido e melhorado obtendo-se assim a versão final. O questionário foi aplicado através do *email* a todos dos elementos da equipa, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados.

3.6 Método de Tratamento dos dados

Os dados obtidos dos questionários preenchidos e enviados por cada elemento foram tratados com recurso a estatística descritiva, através do programa informático *Statistical Package Social Science* (SPSS) 26.

2.2.6 Questões éticas

A elaboração de um trabalho de investigação compreende questões de ordem ética e moral que é necessário acautelar, em especial a investigação que envolve seres humanos de forma a impedir danos. Dessa forma, proteger as pessoas que participam em estudos constitui uma prioridade inquestionável para o investigador.

Assim, ao longo de todo o processo de investigação foram respeitados princípios fundamentais para a conduta ética de qualquer investigador tal como afirma (Carpenter & Streubert, 2013) . Com efeito, o presente estudo pauta-se pelo princípio da autonomia, de modo a conferir aos participantes o direito da participação voluntária no estudo; os princípios de beneficência e justiça garantindo que os participantes sejam tratados com

dignidade e respeito; e pelo princípio da não maleficência que prevê que nenhum dos participantes do estudo deve ser prejudicado;

Assim, ao longo de todo o processo de investigação foram respeitados princípios fundamentais para a conduta ética de qualquer investigador tal como afirma (Carpenter & Streubert, 2013). Deste modo, foram tomadas algumas diligências, nomeadamente na aplicação dos questionários, tendo por base o Código de Nuremberg (1947) destacando o consentimento voluntário da pessoa como sendo essencial para o estudo.

À pessoa, objeto da pesquisa, foi formulado um pedido verbal e oficializado por escrito. Estes foram informados acerca dos objetivos e importância do estudo, garantindo-lhes a confidencialidade dos dados e assegurando-lhes o completo anonimato. Foi ainda permitida a possibilidade de recusarem participar a qualquer momento, sem que daí resultasse qualquer tipo de consequência.

Em suma, foram tidos em consideração os benefícios, mas também os riscos do estudo, as limitações do investigador, a propriedade dos resultados, o consentimento informado dos participantes, o direito à recusa de participação, ao anonimato, à confidencialidade, à privacidade, à proteção contra danos, à qualidade da pesquisa e à divulgação e utilização dos resultados.

2.3 Apresentação resultados

Neste ponto apresentam-se os resultados obtidos, que dizem respeito ao perfil sociodemográfico e profissional da equipa multidisciplinar da Equipa de CP de uma Unidade de Saúde do Norte e as suas necessidades de formação em CP, tal como a sua opinião sobre as vantagens de formação, tendo em conta as áreas de Interesse.

Caracterização sociodemográfica da população

A amostra Equipa de CP de uma Unidade de Saúde do Norte é constituída por 23 profissionais, maioritariamente do sexo feminino (87,0%), com um mínimo de 33 anos e um máximo de 60 anos, correspondendo-lhe uma média de idade de 40,57±6,52 anos, prevalecendo os que possuem idade ≤40 anos (56,5%) o que revela uma equipa ainda relativamente jovem. A nível académico têm maioritariamente o mestrado (69,6%) (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes (n=23)

Variáveis	N	%	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Sexo						
Feminino	20	87,0				
Masculino	3	13,0				
Idade						
≤40	13	56,5				
>40	10	43,5	33	60	40,57	6,52
Habilitações literárias						
Licenciatura	5	21,7				
Especialidade	2	8,7				
Mestrado	16	69,6				

Perfil profissional da Equipa de CP de uma Unidade de Saúde do Norte

Trata-se de uma equipa multidisciplinar constituída por 8 (34,8%) médicos, 9(39,1%) enfermeiros, 1 Assistente Social, 1 assistente Técnico, 1 Capelão, 1 Nutricionista, 1 Psicólogo e por 1 Psiquiatra. Um pouco mais de metade dos elementos da equipa (52,2%) possui tempo de exercício profissional ≤15 anos, seguindo-se os que têm entre 16-30 anos de exercício profissional (43,6%).

Registou-se um mínimo de 4 anos e um máximo de 37 anos de experiência profissional, correspondendo-lhe uma média de $15,39 \pm 7,36$ anos. Com igual valor percentual (43,5%, respetivamente) encontram-se os elementos da equipa multidisciplinar da Equipa de CP de uma Unidade de Saúde do Norte a possuírem experiência profissional em CP inferior ou igual aos 3 anos e mais de 7 anos, verificando-se um mínimo e um máximo a oscilarem entre 0 e 10 anos, com uma média de $4,91 \pm 3,37$ anos de tempo de experiência profissional em CP. Sobressaem os profissionais que exercem funções na Unidade de Saúde do Norte há mais de 7 anos (47,8%), secundados pelos que o fazem há tempo inferior ou igual a 3 anos (39,1%) e 13,0% entre 4-6 anos.

Registou-se um mínimo de 8 e um máximo de 10 anos de experiência profissional na Equipa de CP de uma Unidade de Saúde do Norte, correspondendo-lhe uma média de $5,42 \pm 3,37$ anos de experiência profissional na referida equipa. Maioritariamente, os elementos da equipa colaboram com a mesma a tempo inteiro (82,6%), podendo-se inferir que se trata de uma equipa dedicada.

Importa referir que entre os 4 elementos que responderam colaborar com a Equipa de CP de uma Unidade de Saúde do Norte a tempo parcial, apenas 3 referiram o número de horas, dos quais se obteve número de horas diferentes, a oscilarem entre um mínimo de 6 horas e um máximo de 14 horas, com uma média de $9,33 \pm 4,16$ horas de tempo parcial (cf. tabela 2).

Tabela 2. Perfil profissional da Equipe de CP de uma Unidade de Saúde do Norte (n=23)

Variáveis	n	%	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Categoria profissional						
Assistente Social	1	4,3				
Assistente Técnico	1	4,3				
Capelão	1	4,3				
Enfermeiro	9	39,1				
Médico	8	34,8				
Nutricionista	1	4,3				
Psicólogo	1	4,3				
Psiquiatra	1	4,3				
Tempo de exercício profissional						
≤15 anos	12	52,2				
16-30 anos	10	43,5	4	37	15,39	7,96
>30 anos	1	4,3				
Experiência profissional em CP						
≤3 anos	10	43,5				
4-6 anos	3	13,0	0	10	4,91	3,37
>7 anos	10	43,5				
Experiência profissional na Equipe de CP USNorte						
≤3 anos	9	39,1				
4-6 anos	3	13,0	8	10	5,42	3,37
>7 anos	11	47,8				
Colaboração com a Equipe de CP da USNorte						
Tempo inteiro	19	82,6				
Tempo parcial	4	17,4				
Número de horas de tempo parcial						
6 horas	1	33,3				
8 horas	1	33,3	6	14	9,33	4,16
14 horas	1	33,3				

Necessidades de formação da equipa multidisciplinar da Equipe de CP de Uma Unidade de Saúde do Norte

A equipa multidisciplinar da Equipe de CP de uma Unidade de Saúde do Norte, no que diz respeito aos assuntos/temas/conteúdos programáticos da sua formação, verifica-se que:

Maioritariamente, os elementos da equipa multidisciplinar possuem formação específica em CP (91,3%), dos quais prevalecem os que possuem a pós-graduação em CP (38,09%), secundados pelos que têm o mestrado em CP (28,57%).

Um pouco mais de metade dos elementos da equipa (52,2%) possui formação em Ética e Deontologia Profissional, enquanto 47,8% não possui tal formação.

Prevalecem os elementos da equipa que não possuem formação em Precauções Básicas de Controlo de Infecção (56,5%), tendo 43,5% mencionado ter a referida formação. Maioritariamente, os elementos da equipa não possuem formação em Gestão dos Riscos (73,9%), com apenas 26,1% a possuírem-na.

A nível de formação em áreas temáticas que integram os CP a maioria dos elementos da equipa também não possui formação em Emergências Clínicas (60,9%), contrariamente a 39,1% que a possui. Sobressaem os participantes que não têm formação em Emergências Não Clínicas (78,3%), com apenas 21,7% a possuir a referida formação.

Um pouco mais de metade da amostra (52,2%) referiu a Comunicação em CP como área de interesse de formação, 30,4% a área de Apoios Sociais em Cuidados Paliativos, enquanto os restantes referenciaram as áreas de CP e Doentes Hemodialisados, Cuidados Paliativos e o Doente Psiquiátrico, Dor Não Oncológica e Terapêutica usada em *Off-Label* e Espiritualidade em Fim de Vida. É de referir que um dos elementos da equipa referenciou outra área de interesse para além das especificadas no questionário, sendo esta a área da Qualidade em CP.

Relativamente à opinião global sobre a formação contínua em serviço em si mesma, todos os elementos da equipa consideram importante a existência de formação em serviço. Foram várias as vantagens referenciadas pelos membros da equipa acerca da formação em serviço, sobressaindo a adequação da formação às necessidades dos doentes/família (78,3%), atualização de conhecimentos (73,9%), Melhoria dos cuidados prestados (47,8%) e adquirir e consolidar conhecimentos (43,5%). As dificuldades identificadas ao nível da formação em serviço foram sobretudo falta de tempo/disponibilidade (91,3%), seguindo-se a falta de recursos humanos (30,4%), diferentes necessidades de formação dos elementos da equipa (26,1%), constrangimento físico das instalações (21,7%) e falta de planeamento da formação (21,7%).

Como sugestões para a melhoria da formação em serviço, a maioria dos participantes referiu a elaboração de um plano de formação (78,3%), seguindo-se a definição do tempo específico para a formação (21,7%), tendo um sugerido o *Jornal club mensal* (4,3%) (cf. tabela 3)

Tabela 3. Necessidades de formação da equipa multidisciplinar da Equipa de CP de Uma Unidade de Saúde do Norte (n=23)

Variáveis	n	%
Formação específica em CP		
Sim	21	91,3
Não	2	8,7
Formação específica em CP		
Curso Básico em CP	3	14,28
Curso Intensivo em CP	1	4,3
Especialidade em CP	3	14,28
Mestrado em CP	6	28,57
Pós-graduação em CP	8	38,09
Formação em Ética e Deontologia Profissional		
Sim	12	52,2
Não	11	47,8
Formação em Precauções Básicas de Controlo de Infeção		
Sim	10	43,5
Não	13	56,5
Formação em Gestão de Risco		
Sim	6	26,1
Não	17	73,9
Formação em Emergências Clínicas		
Sim	9	39,1
Não	14	60,9
Formação em Emergências Não Clínicas		
Sim	5	21,7
Não	18	78,3
Áreas de Interesse de Formação		
Apoios Sociais em Cuidados Paliativos	7	30,4
Comunicação em Cuidados Paliativos	12	52,2
Cuidados Paliativos e Doentes Hemodialisados	1	4,3
Cuidados Paliativos e o Doente Psiquiátrico	1	4,3
Dor Não Oncológica e Terapêutica usada em <i>Off-Label</i>	1	4,3

Espiritualidade em Fim de Vida	1	4,3
Vantagens identificadas na formação em serviço		
Atualização de conhecimentos	17	73,9
Adequação da formação às necessidades dos doentes/família	18	78,3
Adquirir e consolidar conhecimentos	10	43,5
Melhoria dos cuidados prestados	11	47,8
Enriquecimento pessoal	1	4,3
Dificuldades identificadas na formação em serviço		
Constrangimento físico das instalações	5	21,7
Diferentes necessidades de formação dos elementos da equipa	6	26,1
Falta de tempo/disponibilidade	21	91,3
Falta de recursos humanos	7	30,4
Falta de planeamento da formação	5	21,7
Prejuízo da atividade clínica	1	4,3
Sugestões para a melhoria da formação em serviço		
Elaboração de um plano de formação	18	78,3
Definição do tempo específico para a formação	5	21,7
<i>Jornal club mensal</i>	1	4,3

2.4 Discussão dos resultados

Através do estudo constata-se uma variabilidade de situações, quer a nível das características sociodemográfica e profissional da equipa, quer a nível de necessidades formativas.

Verifica-se que os profissionais da equipa multidisciplinar da Equipa de CP de uma Unidade de Saúde do Norte, são maioritariamente do sexo feminino, o que se enquadra com aquilo que se observa nas profissões da área da saúde, como corroborado pelo PORDATA (2023). Trata-se de uma equipa relativamente jovem, na medida em que mais de metade tem 40 ou menos anos e a nível académico a maioria é detentor de mestrado, o que teoricamente aportará à equipe maior competência no domínio da investigação, maior capacidade de por em prática a melhor evidência científica, entre outras competências transversais.

Relativamente ao grupo profissional, a equipa é maioritariamente composta por enfermeiros e médicos, tal como, preconiza a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021), a qual advoga que os CP são prestados por uma equipa multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde. Verifica-se, que a maioria dos elementos da equipa exerce a sua atividade profissional há menos de 15 anos e parte significativa da equipa multidisciplinar (43,5%) exerce funções na área de CP há menos de 3 anos, o que se acredita ainda, não terem atingido a maturidade profissional, o que é corroborado por Alves e Oliveira (2022). Neste sentido, é uma oportunidade de investimento e crescimento, nesta área do cuidar, tendo a formação contínua um importante papel neste crescimento. Segundo Paiva et al. (2012, p. 47),

É consensual para as várias associações que defendem e suportam os cuidados nesta área, a importância destes serem sustentados por uma equipa interdisciplinar, com profissionais preparados, teórica e tecnicamente, pois só assim será possível prestar cuidados de Excelência e de Qualidade.

Ao analisar a formação dos profissionais da equipa multidisciplinar, verifica-se que mais de metade apresenta formação diferenciada em CP obtida através de cursos pós-graduação e mestrado. A este respeito, a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021) defende que

os serviços/unidade de CP devem ser compostos por profissionais com formação específica nesta área:

O ensino em CP deve ser iniciado na formação pré-graduada de medicina, farmácia, enfermagem, serviço social e psicologia (no mestrado integrado em psicologia clínica e da saúde). Os conteúdos formativos devem integrar temas gerais sobre princípios básicos dos cuidados paliativos, controlo de sintomas, comunicação, família e trabalho em equipa (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021, p. 31).

Relativamente às necessidades formativas, excetuando a área da Ética e Deontologia Profissional, verifica-se que mais de metade da equipa multidisciplinar não tem formação nas seguintes áreas: Precauções Básicas de Controlo de Infeção, Gestão dos Riscos, Emergências Clínicas, Emergências Não Clínicas.

A equipa refere ainda, ter necessidade de formação relativa a Comunicação em CP e Apoios Sociais em CP. Estas carências representam algumas das áreas de formação que integram os requisitos para acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica, designadamente gestão de risco, formação continua em SIE e em padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assim, se mostra que esta equipa tem de facto de investir fortemente numa formação em serviço estruturada com linhas orientadoras concretas que lhes permita, não só dar resposta em termos de incremento de conhecimento e competências dos profissionais da equipa, conduzindo a uma melhoria de cuidados à pessoa em situação paliativa e família, como dotar a equipa de requisitos para reconhecimento de idoneidade formativa.

Conclui-se assim, existir a necessidade de um core de conteúdos formativos substancial para o desenvolvimento profissional da equipa multidisciplinar em áreas específicas de CP, no âmbito da segurança do doente, da qualidade dos cuidados, gestão dos riscos, emergências Clínicas e Emergências Não Clínicas.

Relativamente à formação em serviço, genericamente, a maior parte da equipa refere como grande dificuldade no desenvolvimento da formação a falta de tempo. No entanto, acredita perentoriamente que a formação em serviço traz vantagens a nível aumento do corpo conhecimentos, melhoria de cuidados, adequação de cuidados às necessidades efetivas da pessoa em situação paliativa e família. Possuir mais conhecimento nesta área

possibilita aos profissionais de saúde prestarem uma abordagem paliativa apropriada às necessidades de cada pessoa em situação paliativa e família. O aumento desse conhecimento, como preconiza a CNCP (2016), possibilita aos profissionais de saúde, dependendo do grau de complexidade de cada caso, articular com as equipas especializadas, através de consultadoria e da prestação direta dos cuidados por parte dessas equipas (CNCP, 2016).

A grande maioria dos profissionais sugere a elaboração de um Plano de formação, seguindo-se a definição do tempo específico para a formação, Jornal club mensal, o que demonstra, mais uma vez, a necessidade premente da existência de um plano de formação contínua em serviço implementado e a importância que os profissionais lhe atribuem. Efetivamente, os benefícios proporcionados quer pela aquisição de novos conhecimentos, quer pela atualização de conhecimentos previamente adquiridos, são uma mais-valia incontestável, como preconiza a APCP (2016).

A formação contínua em serviço é, sem dúvida, uma metodologia que permite a prática baseada na evidência no quotidiano profissional da equipa multiprofissional de CP. No caso concreto dos enfermeiros, tem o potencial de melhorar o ambiente da prática através de dinâmicas mais eficientes, bem como conceber cuidados de qualidade à pessoa com necessidade de CP e sua família. É neste ambiente que se ressalta a importância e as vantagens que a formação em serviço traz, tanto para os profissionais, como também para as unidades de saúde que esperam um elevado desempenho destes profissionais mais capacitados. Deste modo que os serviços se constituem contextos de prática clínica com idoneidade formativa que permitam exercer uma prática tutelada de forma segura e com garantia de qualidade para o profissional. Os CP desempenham um papel fundamental nos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas. Isto significa que os profissionais de saúde devem ter acesso a formação contínua em serviço, pois como demonstra o estudo de Suikkala et al. (2021), existem muitas disparidades na formação em CP entre regiões da Europa, em programas de licenciatura e pós-graduação na área. Sendo a competência definida como o conjunto holístico de conhecimentos, aptidões, atitudes e valores necessários para prestar cuidados de forma eficaz numa situação contextual específica, estando assim relacionada com a prestação de cuidados de qualidade e, conseqüentemente, com a satisfação profissional, os profissionais de saúde devem

desenvolver essas competências e melhorá-las através da formação contínua e do desenvolvimento profissional sistemático, através da aprendizagem formal e informal ao longo da vida, ao longo de toda a carreira profissional (Suikkala et al., 2021).

2.5 Conclusões

A elaboração deste estudo assumiu-se como um desafio para que os profissionais de saúde possam desenvolver mais competências de forma e poderem proporcionar à pessoa em situação paliativa o conforto e a dignidade, sem nunca descurar a família, um dos focos dos CP.

Verificou-se que se trata de uma equipa que, maioritariamente, tem formação em CP, no entanto, com margem de progressão e crescimento na medida que foram identificadas áreas com carências, tais como: Ética e Deontologia Profissional, Precauções Básicas de Controlo de Infecção, Gestão dos Riscos, Emergências Clínicas, Emergências Não Clínicas, Comunicação em CP e Apoios Sociais em CP.

É essencial que todos os profissionais das equipas de CP construam o seu corpo de conhecimentos, normalizem a prática e melhorem os resultados das suas intervenções de saúde com objetivo de proporcionar maior conforto e qualidade de vida das pessoas em situação paliativa e suas famílias.

No cenário de cuidados de saúde, designadamente os CP, em que a melhoria contínua da qualidade cuidada prestada é encarada pelas equipas como missão, os profissionais de saúde entre os quais os enfermeiros, assumem-se como fatores diferenciadores na busca dessa qualidade. Deste modo, os serviços ao investirem na formação e valorização dos elementos das suas equipas, tornam-se em unidades de saúde mais capacitadas a nível técnico-científico e humano, porque efetivamente as vantagens da formação é o incremento dos níveis de competência, mas também de produtividade e qualidade.

Neste sentido, os resultados do estudo foram deveras importantes, na medida em que permitiram realizar o diagnóstico de situação da Equipa de Cuidados Paliativos no âmbito da formação. Este diagnóstico constitui-se fundamental para a elaboração e implementação de plano de formação contínua adequado ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências da equipa multidisciplinar, contribuindo para a melhoria da qualidade dos CP, assim como para dar cumprimento a um dos requisitos para acreditação da idoneidade formativa do contexto das práticas clínicas.

Trabalhar em CP exige uma prática centrada na pessoa e seus familiares, como um todo, e não apenas que se veja a doença ou parte do corpo. Os CP equivalem a não adiar. Assim, é fundamental uma resposta na ajuda personalizada e dignificada ao doente com necessidades de CP e seus familiares, o que assenta numa abordagem humanista do cuidar. Como definido pelo Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro), os CP são:

“Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (p.5119).

Os CP referem-se à otimização da qualidade de vida dos doentes e da sua família, utilizando medidas especiais para tratar e prevenir o sofrimento. Esse cuidado abrange o *continuum* das necessidades físicas, psicossociais, emocionais e espirituais dos doentes/família (*National Hospice and Palliative Care Organization, 2015*). A falta de um cuidado holístico limita a eficácia dos CP e pode contribuir para o sofrimento físico, social, espiritual e/ou emocional do doente/família (*American Association of Colleges of Nursing, 2017*).

3 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem especializada dirigida à pessoa em situação paliativa e família requer aquisição de conhecimentos científicos diferenciados, de nível avançado. Nenhum profissional de saúde está apto a prestar estes cuidados apenas com formação de base, boa vontade e desejo de ajudar. A formação especializada é necessária para aquisição de conhecimentos científicos e para o desenvolvimento de competências especializadas baseadas na experiência e capacidade e habilidade técnica diferenciada em CP.

Nesse pressuposto definiu-se o seguinte objetivo: desenvolver competências na conceção, organização, planeamento, execução e avaliação de intervenções de enfermagem especializadas à pessoa em situação paliativa e família, tendo por base os aspetos ético-legais, culturais e sociais;

As intervenções de enfermagem foram desenvolvidas durante este estágio foram baseadas nos quatro pilares dos CP, previamente mencionados e que agora se relembram: a comunicação, o controle sintomático, o trabalho em equipa e o apoio à família.

Como previamente foi referido, o estágio decorreu numa equipa domiciliar de suporte em CP, pelo que, se irá incidir especificamente no papel do enfermeiro enquanto elemento de suporte, como consultor, avaliador e gestor de cuidados em contexto domiciliário, envolvendo a família, os prestadores de cuidados e as outras equipas com quem é sempre importante articular e comunicar adequadamente para uma melhoria constante dos cuidados globais à pessoa doente e seus familiares/cuidadores.

Neste sentido, faz-se uma análise crítica e refletiva, que permitiu a avaliação exaustiva do próprio desempenho. Reflexão é o exame mental de acontecimentos anteriores para reexaminar a necessidade de melhorar a prestação de cuidados ou simplesmente para refletir sobre o progresso pessoal e profissional. A prática reflexiva é o para melhorar as práticas de enfermagem, a comunicação e assegurar que as necessidades holísticas dos utentes foram priorizadas (Usher & Holmes, 2017).

3.1. Suporte e Consultoria de Cuidados Paliativos no Controlo Sintomático à Pessoa em Fim de Vida no Domicílio

A reflexão na ação, sobre a ação e para a ação equivale a fazer mudanças no momento da prática, refletir sobre os detalhes após as experiências vivenciadas. É, acima de tudo, uma forma de melhorar a prática profissional e poder prestar cuidados de excelência à pessoa em situação paliativa e seus familiares. Como salientam Usher e Holmes (2017), a escrita reflexiva é única e ajuda a obter uma melhor perspectiva do percurso formativo, desvendando lacunas do conhecimento e demonstrar os aspetos positivos.

Desta forma, procura-se transmitir e descrever o trabalho diário de uma equipa que procura o melhor cuidado possível à pessoa em situação de doença sem perspectiva de cura, que deseja estar no domicílio nos últimos dias de vida e cuja família/cuidadores têm vontade, condições e capacidade para prestar cuidados.

Considerando os pilares dos CP, em seguida serão expostas as atividades que foram desenvolvidas neste período, que espelham este momento tão importante de formação teórica e prática. Espera-se conseguir mostrar, da melhor forma, tanto as vivências como as aprendizagens, de modo a dar a conhecer a riqueza do trabalho desenvolvido pela ECSCP, e expor tudo o que se conseguiu absorver enquanto aprendiz e profissional no sentido do crescimento contínuo e na busca incessável da melhoria enquanto pessoa e enquanto enfermeira.

Muitas pessoas em processo de fim de vida preferem morrer no seu domicílio. Maioritariamente as famílias desenvolvem esforços para tentar cumprir esta vontade quando o doente a manifesta (Akyirem et al., 2022). Embora muitas vezes não seja possível, quer pelo difícil controlo sintomático, quer pela agressividade da manifestação da doença ou mesmo pela incapacidade da família independentemente da vontade expressa, no contexto onde esta equipa desenvolve atividade esta realidade é ainda muito frequente. Acontece também, quer o doente, quer a família, quer mesmo ambos, não terem vontade de que as últimas horas/ dias de vida sejam passados em domicílio, o que se reveste da mesma legitimidade e necessário respeito pelo desejo manifestado.

No estudo de Nysæter et al. (2022), com uma amostra de 15 pessoas em fim de vida, ficou demonstrado que estes manifestaram preferência relativamente aos cuidados que

permitem a morte em casa. A categoria central “Esperança e confiança para obter os cuidados de que necessito para morrer em casa” mostrou que a preferência por morrer em casa parecia estável ao longo do tempo e não se alteravam com a deterioração do estado de saúde e a progressão da doença. Também o “estar no presente”, “estar seguro” e “ser visto e reconhecido” descreveram as preferências dos doentes para viver uma vida com significado até à morte e ser a mesma pessoa de sempre. Estas preferências dependem, contudo, das características do pessoal de saúde e a organização dos cuidados, relacionadas com: “profissionais de saúde fiáveis, compassivos e competentes” e “organização atempada, preditiva, contínua e adaptativa”. Deste modo, os autores concluíram que a preferência da pessoa em fim de vida em relação ao tempo era estar aqui e agora e viver uma vida tão significativa quanto possível até à morte. Além disso, preferiam manter o controlo sobre as suas vidas, ser autónomos e ser vistos como a pessoa que sempre foram. Para tal, eram necessários cuidados centrados na pessoa, prestados por profissionais de saúde com competência, aptidões e disponibilidade. Além disso, os cuidados domiciliários devem ser organizados de forma a garantir a continuidade e a previsibilidade. A implementação sistemática de um modelo de cuidados centrado na pessoa e a utilização de planos avançados de cuidados domiciliários com uma reavaliação contínua das suas preferências em relação aos cuidados domiciliários foram medidas propostas para permitir a morte no domicílio.

Nestes casos, é importante que os serviços de saúde saibam como atuar e estejam capacitados para o fazer, para permitir que a pessoa em fim de vida e família possam viver este momento como o desejam, mas com todas condições necessárias para tal. Neste contexto, os CP têm uma intervenção de grande importância que é dotar a família e/ou o cuidador principal de ferramentas para vivenciar esta fase com qualidade.

A luz do exposto, definiram-se os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências nas intervenções para o alívio de sintomas
- Desenvolver conhecimento e competências sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas;
- Desenvolver competências em consultadoria quer aos doentes, família/ cuidadores e fundamentalmente outras equipas da comunidade

- Desenvolver competências na Identificação as necessidades de intervenção especializada a pessoas em situação paliativa, bem como dos seus cuidadores/familiar
- Apoiar e Instruir os familiares para o controle sintomático
- Negociar objetivos/metapas de cuidados com o doente/família/equipas enfermeiros de outras equipas, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.

Das primeiras coisas que as equipas de suporte em CP têm de estar munidas é de conhecimentos e competências no controlo sintomático da pessoa em fim de vida, não só porque tem de realizar intervenções, como tem que dar apoio quer à família quando estes são os cuidadores quanto a outras equipas não especializados em CP.

Assim, foram inúmeras as intervenções que se realizaram no âmbito da consultadoria e da própria intervenção no controlo sintomático da pessoa em fim de vida em domicílio. Nos cuidados diretos à pessoa em situação paliativa, a primeira abordagem é sempre a identificação das necessidades, para tal, são usadas escalas para permitir identificar características específicas do estado geral do doente, bem como facilitar a identificação de sintomas não controlados.

A avaliação de sintomas deve ser executada sistematicamente, com recurso a escalas efetivas e consistentes, bem como sem caracterizar-se instrumentos de avaliação rápidos e eficazes como forma de garantir uma prestação de cuidados de qualidade, sendo exemplo, a *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS), que avalia nove sintomas entre físicos e psicológicos (Neto, 2010). Nesta sequência, Capelas e Neto (2010, p.795) perfilham que “a implementação de protocolos de abordagem sintomática (...), o registo de todo o processo de avaliação das necessidades, sintomas e monitorização da evolução, nomeadamente, instrumentos de avaliação e registo tipo ESAS” se constituem como medidas a ser implementadas para fomentar ações paliativas.

De uma forma resumida, há um conjunto de escalas que são utilizadas em todos os doentes uma ou mais vezes mediante as necessidades identificadas. Estas escalas vão desde a avaliação do estado confusional – CAM, avaliação do estado de consciência – ECCP, avaliação do grau de dependência – ECOG e PPS, avaliação da dor – escala numérica, qualitativa e do observador, escala de avaliação de sintomas de Edmonton – ESAS até a

escala de avaliação do risco de úlcera de pressão – Braden e escala de avaliação do risco de quedas – MORSE.

A prática de CP baseia-se fundamentalmente no controlo impecável dos sintomas de natureza física, psicológica, social e espiritual. A pessoa com doença sem perspetiva de cura não deve ser vista funcionalmente como um doente terminal, mas deve continuar a ser vista, tida em conta e ser cuidada enquanto ser biopsicossocial e espiritual, que pertence a um círculo familiar e que continua a pertencer a uma comunidade.

Com base na prática diária e com recurso às ferramentas disponíveis, estando em formação avançada e enquanto futura enfermeira especialista procurou-se desenvolver competências específicas no cuidar da pessoa com doença incurável, dos seus cuidadores e familiares, procurando aliviar o sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, ainda, e de acordo com o Artigo 4º do Regulamento n.º 429/2018, procurou-se estabelecer relação terapêutica com o doente e seus cuidadores/familiares de modo a proporcionar conforto durante todo o processo de doença até a fase de luto.

Os cuidados apenas dirigidos à doença revelam-se limitativos, escassos e incapazes de dar resposta às necessidades do doente enquanto pessoa. O controlo sintomático, em qualquer fase da evolução da doença grave e incurável é fundamental e terá de se tornar obrigatório para que a procura pela excelência de cuidados seja uma realidade.

Num contexto de cuidados a doentes crónicos e/ou com necessidade de CP, quer seja em contexto de internamento ou em contexto domiciliário, segundo Neto (2017), a principal premissa consiste num rigoroso controlo sintomático, uma comunicação adaptada, no apoio à família e no trabalho em equipa. De acordo com a mesma autora, o controlo sintomático assenta em princípios válidos, quer para a prática de ações paliativas básicas, quer para a prática de CP a um nível especializado. O controlo sintomático configura-se como um dos pilares da intervenção dos CP. Para além de não se poder deixar de integrar o controlo exemplar dos sintomas, é obrigatória uma correta abordagem das outras dimensões que resultam em sofrimento para o doente e sua família.

Neste sentido, na procura de uma resposta eficaz e satisfatória para a pessoa em situação paliativa e para o profissional que busca a qualidade dos cuidados que presta, os princípios do controlo de sintomas (Neto, 2016) baseiam-se em: Avaliar antes de tratar; Explicar as

causas dos sintomas; Não esperar que um doente se queixe; adotar uma estratégia terapêutica mista; monitorizar os sintomas; reavaliar regularmente as medidas terapêuticas; cuidar dos detalhes e estar disponível.

Saber avaliar um doente e a sua sintomatologia é apenas o início de todo um processo de cuidar, sendo de extrema importância ser verdadeiro e saber explicar sem rodeios, requerendo, para isso, uma grande capacidade de gestão de emoções. Também é muito importante a capacidade de antecipação. Não estar à espera que o doente se queixe, mas tentar minimizar o sofrimento antes mesmo deste se instalar quer seja no corpo, no espírito ou na mente do doente. É aí que se torna determinante a capacidade, como profissionais e equipa, gerir todas as medidas terapêuticas e não terapêuticas, monitorizando sintomas e reavaliando as mesmas medidas com a regularidade necessária, realizando ajustes.

Tudo isto assenta na premissa que os CP “pretendem providenciar melhores cuidados a pessoas com doença avançada, progressiva e incurável e com consequente perda da funcionalidade, em situação de dependência, em qualquer idade, visando a melhor qualidade de vida possível” (Oliveira, 2019, p.27).

Neste sentido, é fundamental ter sempre a noção de que todos os detalhes são importantes, e como tal, a capacidade de estar desperto para cuidar e mostrar sempre disponibilidade absoluta, para que o doente nunca se sinta um incómodo, um estorvo, mas antes, parte da equipa, foco fundamental para o funcionamento da mesma, afinal só em função da pessoa doente faz sentido a existência de equipas de CP.

O tratamento de qualquer sintoma deve iniciar-se pela explicação das razões que os justificam, com a finalidade de reduzir o seu impacto psicológico e, sempre que possível, o doente deve ser incluído no processo de decisão terapêutica, fazendo com que este se sinta respeitado, aumentando a sua autoestima e adesão ao plano (Twycross, 2003). De acordo com a mesma autora, o controlo de sintomas configura-se como uma das mais significativas preocupações do doente e família, o que exige uma avaliação sistemática, excelentes cuidados de enfermagem e uma prescrição cuidadosa.

O controlo de sintomas é uma área elementar na prestação de cuidados de excelência em CP, estando segundo Twycross (2003, p. 16), “encobertos com tratamentos cuja finalidade

primária ou exclusiva consiste em promover o conforto do paciente”. Contudo, “preocupar-se exclusivamente com o controlo de sintomas (...) não garante que se esteja a intervir adequadamente no sofrimento deste tipo de doentes...” (Neto, 2016, p. 6). A mesma autora refere ainda que, “negligenciar o controlo sintomático inviabiliza que o doente possa encontrar sentido e qualidade na vida que tem ainda para viver”.

No controlo de sintomas, o tratamento individualizado refere-se a uma de cinco categorias alicerçais para que haja um controlo significativo, passando as outras categorias pela avaliação, explicação, controlo verdadeiramente dito, pela observação e atenção com os pormenores (Twycross, 2003).

Além do controle de sintomas, importa evidenciar o desafio inerente ao cuidar de uma pessoa com necessidade de CP. Enquanto elemento em formação prática, tentou-se adequar as atividades propostas, aos objetivos das pessoas doentes, das famílias, das equipas com quem se articula, tendo como base os princípios de atuação e a existência de uma ECP que desenvolve a sua atividade em contexto domiciliário. “A pessoa em fim de vida, qualquer que seja a sua patologia está afetada na sua condição, no seu estilo de vida, necessitando de preservar a sua identidade” (Cerqueira, 2010, p.27).

Com o envolvimento dos familiares na prestação dos cuidados à pessoa doente, cria-se uma maior coesão e partilha onde a comunicação ativa e aberta tem um papel fundamental para a partilha de medos e ansiedades. Os familiares/cuidadores acabam por expressar medo da perda, da ausência, do sofrimento, da dor, da morte e até medo de não ter tempo para fazer e dizer tudo o que queriam, tornando-se este um fator limitador.

Existindo uma doença terminal com sofrimento efetivo ou potencial associado, prestar cuidados em fim de vida acarreta consequências na vida diária do cuidador informal, com pressões psicológicas e emocionais geradoras de ansiedade, depressão, culpa, raiva e desespero, tornando-se essencial o apoio profissional (Murray, 2016).

Cuidar de quem cuida é uma das preocupações e uma responsabilidade dos enfermeiros. Os cuidadores de doentes em fim de vida, em contexto domiciliário, devem ser vistos como “doentes secundários”, que precisam e merecem proteção e orientação. Os cuidadores informais, muitas vezes sentem-se despreparados para prestar cuidados ao seu familiar em fim de vida e têm, na maioria das vezes, conhecimentos inadequados para prestar os

devidos cuidados. Tal como defende Keeley, (2017) e Karsch, (citado por Junior et al., 2011) o cuidador informal tem de ser capacitado e orientado por profissionais de saúde ajudando mesmo na prevenção de processos de luto complicados.

Tendo como ponto fundamental que a família é uma unidade de cuidados, o foco do enfermeiro é a família, vista como um todo, bem como os elementos que a constituem, de forma individual, para que, assim, possa cuidar do cuidador informal, capacitando-o para cuidar do seu ente querido nos últimos dias ou horas de vida. Neste sentido, é fulcral a promoção de estratégias educacionais e oportunidades de treino supervisionado que capacitem o cuidador informal para a prestação de cuidados, gestão do regime terapêutico, reconhecimento dos sintomas que possam surgir e de que modo pode intervir perante os mesmos.

Quando o cuidador é confrontado com a necessidade de cuidar do seu familiar em últimos dias e horas de vida, em que apresenta um agravamento do grau de dependência nas suas atividades diárias, deparam-se com dificuldades relativas à prestação de cuidados de higiene e conforto, na alimentação, na identificação dos sintomas e na gestão da medicação. O enfermeiro deve desenvolver estratégias educacionais de orientar/educar o cuidador para o cuidado, usando sempre uma linguagem clara e adequada ao cuidador. No âmbito da qualidade do cuidar, salienta-se a necessidade de se olhar e ajudar os cuidadores informais no árduo apoio aos seus doentes (Akyirem et al., 2022).

O fato da ECP ter material próprio -ajudas técnicas -para empréstimo as famílias/cuidadores que facilita de algum modo os cuidados em domicílio também é uma mais-valia. Desde camas, birdies, cadeiras de rodas, cadeiras sanitárias, cadeiras de higiene, almofadas de gel até muito outro material disponível, que vão promover maior conforto da pessoa doente em domicílio e maior facilidade de prestação de cuidados à família e/ou aos cuidadores.

O acompanhamento pela equipa domiciliária de CP é primordial, uma vez que a sua ausência pode fazer emergir sentimentos de solidão, sobrecarga física e emocional do cuidador e gerar insegurança na prestação de cuidados ao seu familiar nos últimos dias ou horas de vida (Maffei et al., 2019). Deste modo, a promoção de visitas domiciliárias proporciona segurança e confiança aos cuidadores no processo do cuidar, pelo que as

mesmas devem ser realizadas regularmente. A equipa de enfermagem deve apoiar, elogiar, encorajar todas as intervenções do cuidador e facilitar sempre a prestação de cuidados. Deve dialogar de forma eficaz/aberta com doente/cuidador informal/família, esclarecer a situação, progressão da doença e acerca de todos os sintomas que possam advir.

“A existência de apoio da equipa comunitária de suporte em CP foi amplamente referida pelos cuidadores como potenciador de cuidar no domicílio da pessoa em agonia” (Fernandes, 2019).

Como o cuidar vai muito além das atividades de vida diária e tendo em conta que investe toda a atenção no doente perante as suas necessidades físicas, emocionais e sociais, servindo como a sua rede de apoio, é fundamental que o enfermeiro, durante as visitas domiciliárias, estabeleça uma relação empática, use da escuta ativa, dê oportunidade, encoraje o cuidador a expressar os seus sentimentos/dúvidas e anseios.

A presença da equipa é potenciadora de maior sensação de segurança e confiança nos cuidadores durante o processo de cuidado (Schildmann et al., 2015).

Foi intensa a perceção tida ao conhecer um Sr. com 92 anos, que ainda em meio hospitalar, ao receber a má notícia de uma doença grave sem perspectiva de cura, apenas referiu que a sua família era maravilhosa, a sua vida tinha sido muito feliz, mas que passou muito depressa. A noção de finitude não surge necessariamente com a idade, mas quando surge, a maioria das pessoas doentes pedem para não sofrer e para estar em suas casas junto dos seus.

Em CP o enfermeiro tem papel interventivo quer com a pessoa doente, quer com a família/cuidador informal, no sentido de ajudar a uma adaptação face às mudanças, facilitar a comunicação, aumentar a tomada de decisão nas situações vivenciadas, ajudar na modulação de estratégias de *coping* e reduzir a tensão do papel de cuidador. É importante que esse profissional, em conjunto com a família/cuidador informal, reconheça as suas limitações e possa delinear um plano assistencial de intervenções capaz de dar resposta às suas necessidades (Peixoto & Santos, 2009).

A família deste Sr. estava disposta e sentia-se capaz de o levar para casa, e cumprir a sua vontade de permanecer em casa até ao fim de vida, no entanto, foi necessária uma boa

articulação entre os elementos do meio intra-hospitalar com os da equipa comunitária para que as condições necessárias fossem asseguradas e para que a vontade de todos fosse possível de ser cumprida.

Os profissionais devem orientar as suas intervenções no sentido de satisfazer devidamente estas necessidades e, desta forma, obterem os ganhos para a saúde desejados e o bem-estar dos cuidadores. Em suma, não só é importante o estabelecimento de parcerias entre cuidadores formais e informais, como também o planeamento de intervenções contextualizadas que visem facilitar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Melo et al., 2009).

O ato de cuidar de um familiar em fim de vida no domicílio caracteriza-se como uma tarefa desafiadora. Assim, torna-se importante que o enfermeiro proporcione espaços de diálogo para possibilitar que o cuidado ao doente seja compartilhado pelos outros membros da família, bem como as responsabilidades que inerentes a todo o processo de cuidar. Por tal, é imprescindível que a equipa domiciliar de CP esteja atenta às necessidades do cuidador informal para que identifique as estratégias de enfrentamento, estimulando e fortalecendo os fatores de proteção envolvidos. Deve dar-se prioridade à atuação de uma equipa interdisciplinar, como forma de complementar saberes, dando uma atenção integral ao cuidador informal e promovendo ações de capacitação para o cuidar do seu familiar em fim de vida (Maffei et al., 2019).

Após um processo prolongado de doença, a esposa do jovem doente falecido vem ao encontro da equipa para agradecer todo o cuidado e profissionalismo. Salienta que embora associada a sofrimento, a morte do seu marido, foi um momento sereno, bonito, repleto de amor, e generosamente diz que só foi possível graças ao apoio desta mesma equipa em todo o percurso. Compreende-se, de modo honesto, que é este o caminho a seguir. Ouvir que foi possível contribuir positivamente para tornar a vivência do momento de morte com maior tranquilidade, é muito importante e significativo para continuar o trabalho numa área da saúde muitas vezes desvalorizada e que continua associada a muitos mitos.

O enfermeiro pode ajudar o cuidador informal na sua adaptação emocional à situação, capacitando-o para cuidar do doente nos últimos dias e horas de vida. Tal como refere Fernandes (2019) o cuidador experiência muitas vezes uma ambivalência de emoções e

sentimentos, pois, se por um lado têm um sentimento de incapacidade perante a morte do seu ente querido desejando que tudo acabe, por outro lado querem manter a presença física o mais tempo possível com a melhor qualidade. Preparar para a perda e prevenir o desenvolvimento de um luto patológico, é assim fundamental uma vez que a percepção do cuidador acerca da qualidade do apoio por ele prestado antes da morte do seu ente querido tem um impacto significativo no seu processo de luto (Glajchen, 2004; Gallagher & Krawczyk, 2013).

No cuidar em fim de vida, o enfermeiro pode ser o elemento de ligação na equipa multidisciplinar, dado que é o profissional mais próximo do doente e família. Como refere, Sapeta (2011, p.24) “é a enfermeira a que permanece mais tempo, demonstra maior proximidade e disponibilidade pessoal face às necessidades dos doentes em fim de vida...”. A família deve receber suporte não apenas para aprender a cuidar do doente, mas sobretudo deve ser capacitada de competências para enfrentar, compreender, partilhar a situação de doença, ajudando-a a lidar com os seus próprios problemas, conflitos, medos e aumentos de responsabilidade (Karsch, 2003). É importante perceber que o impacto da doença influencia tanto o doente como a sua família.

As repercussões da doença na família, não só emocionais, mas também físicas e económicas, demonstrando o quanto é necessário encontrar estratégias e habilidades fundamentais para uma melhor adaptação à nova situação que vai ser vivenciada. Cabe, assim, ao enfermeiro mostrar-se disponível para partilhar esta procura, apoiar, fortalecer e orientar o doente e família sempre que se sintam mais fragilizados (Sequeira, 2010).

Em cada situação específica torna-se indispensável conhecer a vontade e o meio envolvente da pessoa doente, os seus desejos, as suas necessidades, o seu ambiente familiar, o seu círculo social, a sua espiritualidade, para que os cuidados prestados vão de encontro às reais necessidades unidade familiar.

Competências adquiridas: As atividades desenvolvidas ao longo deste estágio permitiram mobilizar, transformar e evoluir o conhecimento, bem como, desenvolver habilidades e competências: na avaliação e controle dos sintomas com medidas farmacológicas e não farmacológicas em CP; competências de apoio, instrução e treino dos familiares e

cuidadores para o controle sintomático; capacidade de negociar objetivos/metasp de cuidados com o doente/família/equipas enfermeiros de outras equipas dentro do ambiente terapêutico; capacidade de percepção, avaliação e gestão de necessidades do doente e família/ cuidador no contexto do seu domicílio.

3.2 Comunicação com a Pessoa em Situação Paliativa e sua Família

Um aspeto de extrema importância em CP é a forma como o profissional de saúde comunica. O modo como se estabelece a comunicação reveste-se de importância fulcral em qualquer situação do dia-a-dia. “A comunicação em saúde, (...) constitui-se numa das ferramentas terapêuticas imprescindíveis, pois permite o acesso à informação de que o doente e a família necessitam para serem ajudados e se ajudarem a si próprios, dá acessibilidade ao princípio de autonomia do doente, ao consentimento informado, à confiança mútua e à segurança. Esta pode ser considerada a terapêutica de suporte que se perpetua por toda a trajetória da doença.” (Pereira, 2005, p.51).

Em contexto profissional, enquanto Enfermeira, prestadora de cuidados à pessoa em situação paliativa essa importância aumenta significativamente. No caso da pessoa doente sem perspectiva de cura, a comunicação assertiva faz toda a diferença quer no estabelecimento de uma relação terapêutica, quer no sucesso da intervenção que se pretende.

Neste pressuposto definiu-se como objetivos:

- Desenvolver competências a nível da comunicação em CP
- Desenvolver competências na comunicação de más notícias

Apesar de desempenhar funções de enfermagem há alguns anos, a área da comunicação apresenta-se sempre como um desafio, em CP mais ainda, a maioria das conversas são delicadas, muitas vezes difíceis, os temas a abordar envolvem maioritariamente o sofrimentos, os sintomas descontrolados, o fim de vida, pelo que se torna indispensável desenvolver competências de comunicação que visem o respeito pela individualidade do doente/ família, que englobem o estabelecimento de uma relação empática e sobretudo onde esteja presente a verdade e a confiança mutuas. A comunicação efetiva é uma

componente essencial dos CP. As competências indispensáveis para cuidar de uma pessoa com necessidade de CP são o controlo de sintomas, o apoio à família e a comunicação com o doente (Ekberg et al., 2021).

Durante todo o estágio, definitivamente o instrumento que mais se usou foi a comunicação. Comunicação realizada em diferentes contextos, com diferentes famílias, com diferentes pessoas, o que exigiu uma forma de comunicar sempre adequada a cada situação e o que permitiu desenvolver competências especializadas que tornaram capaz de promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos doentes como preconizado no Anexo II sobre o Domínio da melhoria contínua da qualidade, Competência B3 sobre garantir um ambiente terapêutico e seguro, presente no Regulamento 140/2019.

Os desafios são diários, e por vezes revestidos de grande dificuldade, a exemplo, numa VD a uma doente idosa, totalmente dependente com diagnóstico recente de neoplasia tendo múltiplas comorbilidades prévias, quando se inicia abordagem do privilégio de cuidados de conforto à filha cuidadora de longa data, esta inicia um discurso interminável em elevado tom de voz acerca da sua filha, neta da doente, recentemente falecida também por doença oncológica e também seguida pela equipa, onde manifesta um luto patológico e um sofrimento atroz, e que para que fosse possível voltar ao cuidado da mãe foi necessário acompanhar e apoiar toda a catarse que a cuidadora estava a precisar no momento.

Além disso, foi disponibilizado apoio psicológico e pedida colaboração de serviço social de modo a organizar uma rede de cuidadores mais alargada para a doente, envolvendo os outros filhos de modo a haver oportunidade de apoiar esta cuidadora, além disso, foi revisto o protocolo de apoio no luto na tentativa de colmatar o mais possível os lapsos de diagnóstico de lutos patológicos como o que se presenciou.

Esta situação, vivenciada em VD permitiu realizar uma reflexão da ação, assim sendo, refletir sobre a ação e para a ação equivale a fazer mudanças no momento da prática, refletir sobre os detalhes após as experiências vivenciadas. É, acima de tudo, uma forma de melhorar a prática profissional e poder prestar cuidados de excelência à pessoa em situação paliativa e seus familiares, como salientam Steinhauer et al. (2017), atividade

reflexiva é única e ajuda a obter uma melhor perspetiva do percurso e da atividade diária, desvendando lacunas do conhecimento e demonstrando também os aspetos positivos.

As dificuldades na comunicação são multifatoriais, podemos ter um acesso verborreico semelhante ao descrito, a não dizer uma única palavra, como também acontece com frequência e obrigam a estratégias de desbloqueio muitas vezes difíceis, como o recurso ao humor, que funcionam umas vezes melhor que outras, ainda outras dificuldades como falta de tolerância, falta ou perda de paciência, desconhecimento de técnicas de comunicação, sendo necessário a atualização permanente de conhecimentos e estratégias além da aprendizagem diária pela experiência.

Qualquer que seja a área de intervenção de enfermagem à pessoa em situação paliativa, reveste-se da maior importância o ajuste ao modo como se comunica com quem se comunica, para que a mensagem que se pretende transmitir seja efetivamente recebida e percebida, mantendo sempre o respeito pela unicidade de cada pessoa.

A comunicação efetiva terá sempre de estar por base nomeadamente também no controlo sintomático eficaz, ajudando a construir uma relação de confiança sólida e uma proximidade empática que permita a atuação do profissional de CP sempre que a pessoa com doença sem perspetiva de cura ou sua família solicitem e necessitem.

Assim, deve estabelecer-se uma relação de empatia e confiança com o doente/família. A comunicação empática requer atenção e é um meio que permite ao doente e seus familiares expressarem os seus sentimentos, resultando também numa maior troca de informações, maior parceria e confiança interpessoal (Tsang, 2013).

Neste sentido, pode dizer-se que, ao estabelecer-se uma relação empática com o doente e seus familiares, leva a que cada profissional de saúde se coloque no seu lugar, permitindo-lhe compreender a situação, as suas perspetivas, emoções e reações, sendo esta uma tentativa calorosa e gentil de compreender o seu estado emocional (Sinclair et al., 2017).

Na prestação de cuidados centrados na pessoa, deve recorrer-se à “empatia”, à “simpatia” e à “compaixão”, sendo estes princípios importantes neste modelo de atendimento ao doente e à sua família, estando estes intimamente interligados, como referem Sinclair et

al. (2017). Os mesmos autores aludem que a simpatia é definida, na área da saúde, como uma reação emocional de piedade em relação ao infortúnio de outra pessoa.

A comunicação estabelece-se de forma verbal e não-verbal e, por vezes, o simples demonstrar de disponibilidade da equipa com o contacto telefónico direto e a transmissão honesta de que pode e deve ligar em caso de dúvida ou caso alguma coisa se altere, permitem desde aí uma aproximação e o começo de uma relação de confiança e empatia.

De fato, e pelos dados obtidos por Fernandes (2019): “Em complementaridade com este apoio, a presença e a possibilidade da pessoa doente receber constantemente o toque com afeto do cuidador também foram identificados como atitudes que fomentam o cuidar no domicílio nesta fase.”

Além disso, o facto de sempre se deixar em domicílio um guia terapêutico onde consta a descrição da medicação a fazer em horário e sobretudo a medicação a fazer em SOS, dão segurança e noção real a quem cuida que dispões de ferramentas para quando precisar de colmatar algum descontrole sintomático da pessoa doente.

A empatia consiste numa capacidade de compreender e reconhecer com precisão os sentimentos do outro, resultando numa resposta sintonizada de quem observa. *Grosso modo*, os investigadores identificam dois tipos de empatia: a empatia cognitiva, que se refere ao reconhecimento e à compreensão distanciados de uma situação angustiante com base no senso de dever, e a empatia afetiva que, compreendendo cada um dos elementos da empatia cognitiva, se estende ao reconhecimento e à compreensão da situação de uma pessoa por “sentir com” a pessoa. Por sua vez, a compaixão significa “sofrer com”, sendo definida como uma profunda consciência do sofrimento de outra pessoa juntamente com o desejo de aliviá-lo.

Um momento vivido foi exemplo disso mesmo, numa freguesia isolada, um casal de idosos sem vizinhos e com dificuldades de visão importantes, a forma possível de fazer um ajuste terapêutico efetivo e explicar o uso de terapêutica em SOS foi o recurso não apenas à comunicação verbal, mas a um simples esquema de desenhos e cores, sendo assim possível recuperar o conforto do doente e a serenidade da sua esposa até que se conseguisse agilizar mais apoios da comunidade.

Sinclair et al. (2017) salientam que a compaixão assenta numa abordagem proativa, levando ao altruísmo como forma de amenizar o sofrimento, marcada por três elementos fundamentais: reconhecer o sofrimento, relacionar-se com as pessoas no seu sofrimento e reagir ao sofrimento. A compaixão é considerada um elemento essencial nos cuidados de qualidade ao doente e sua família.

A validação dos cuidados prestados pela família e cuidadores reveste-se de uma importância imensa, não havia a noção dessa importância antes da experiência em equipa comunitária, muitas vezes se presenciou o alívio no olhar sofrido de quem cuida quando o profissional de CP diz simplesmente: “Está a fazer tudo bem!” “Está a cuidar bem do seu familiar.”

Qualquer comportamento de uma equipa de saúde em contexto domiciliário deve revestir-se pelo respeito por quem la reside e pelo respeito pela forma como as pessoas vivem, pelo espaço e, sobretudo, pela individualidade de cada pessoa/ família. Tal como admite Fernandes (2019), além de os profissionais terem um papel relevante na avaliação e no controlo sintomático da pessoa doente tendo por base os princípios dos CP, também são essenciais na orientação e interpretação das reais necessidades dos cuidadores através de uma comunicação efetiva e satisfatória.

Competências adquiridas: As competências de comunicação são fatores determinantes no processo de interação e no estabelecimento de uma relação com o doente e sua família. Desenvolveram-se competências a nível da comunicação em conversas difíceis acerca do processo de fim de vida; capacidade de gestão de situações de stresse despoletado pelo sofrimento com reações distintas quer dos doentes quer dos seus familiares/ cuidadores, competências e perícias de comunicação nas interações mais complexas e delicadas durante o acompanhamento da evolução da doença do doente e família acompanhados em contexto domiciliário; competências na comunicação de más notícias quer ao doente quer à sua família/cuidadores.

3.3 Apoio à Família na Fase de Agonia

A família é, para a maioria das pessoas, a primeira base de sustentação, a primeira certeza e a primeira noção do que significa o amor. Embora o papel e estrutura familiar tenha vindo a sofrer alterações ao longo dos anos, esta assume, na grande maioria dos casos, um papel importantíssimo e é insubstituível nos momentos bons da vida de cada membro que a constitui e sobretudo, nos momentos difíceis e de sofrimento.

São as pessoas que pertencem a um núcleo e estão sempre presentes durante o processo de crescimento, prestando um contributo na formação de caráter e no modo de ser e de viver em sociedade, são as pessoas que estão presentes durante toda a vida, e, portanto, são aqueles que se quer por perto nos momentos importantes. Esta vontade de presença prevalece no momento tão único e especial como é o fim de vida.

A doença surge sempre de modo inesperado, porque nunca ninguém está preparado para saber que está doente, ou que alguém que lhe é querido está doente, assim, as pessoas significativas para o doente em situação de fim de vida, também precisam de ser cuidadas, porque a família está também em grande sofrimento.

Neste sentido, quer sejam pessoas de família quer sejam cuidadores informais, se a pessoa doente os referir como as suas pessoas significativas, essas pessoas são aquelas que devem ser também acompanhadas durante o processo de doença e de fim de vida, pois vão estar expostas a muitas emoções e um grande sofrimento. Isto porque, e conforme nos afirma Liberado (2004, p.19): “Quando uma família é confrontada com doença de um dos seus membros. Todos os elementos vão sofrer de ansiedade e stress.”

Neste sentido, o enfermeiro de CP tem aqui um importante papel a desempenhar no luto da família e requer o domínio de competências específicas. Assim definiram-se os seguintes objetivos:

- Identificar necessidades dos doentes e família em contexto domiciliário
- Respeitar a diversidade cultural, espiritual, social
- Aprofundar conhecimentos e habilidades sobre estratégias de *coping*

À medida que a situação de doença grave avançada vai progredindo o fim de vida caminhamos para uma situação de perdas consecutivas que culminam no momento de

morte. Segundo Braga et al. (2017) a última fase de vida antes da morte, designa-se por agonia que se refere a um estágio irreversível que pode ser definido como últimos dias ou horas de vida, podendo excepcionalmente estender-se até 12 dias. Em CP a família faz parte do processo de cuidar e tem um papel de extrema importância sobretudo nesta última fase. Os profissionais de todas as ECP têm por princípio fundamental o cuidado não apenas à pessoa doente, como também, à sua família/cuidador(es).

“É na família junto dos pais e dos irmãos, que as crianças aprendem a falar, a amar, a relacionar-se amorosamente uns com os outros, a comunicar e a partilhar o respeito mútuo, a igualdade de direitos, a tolerância, a amizade, a autonomia, o amor, o bem, a solidariedade, a democracia, a justiça, o trabalho e a paz.” (Bagagem, 2010, P.28).

As famílias são profundamente afetadas pelos desafios da doença do seu ente querido. A experiência da doença tem implicações na sua saúde psicológica e física. O envolvimento dos familiares nos cuidados prestados aos doentes é um foco dos CP, assumindo-se como um apoio para os cuidados individualizados e centrados na pessoa. Deste modo, é fundamental que os familiares sejam alvo dos cuidados à medida que a doença do seu ente querido influencia as suas próprias vidas e os leva a assumir o papel de cuidador informal. Estes enfrentam vários desafios ao assumirem este papel e, muitas vezes, sentem-se despreparados (Centeno et al., 2010).

Todas as famílias e contextos domiciliários são únicos, e esta unicidade deve e tem de ser sempre respeitada, neste domínio do cuidar, durante o estágio houve a oportunidade de experienciar o apoio em fim de vida a um doente de etnia cigana, doente do sexo masculino, pelo que a família não permitiu que houvesse qualquer intervenção nos cuidados que envolviam o contato físico quer antes quer depois da morte. Neste sentido as dificuldades foram acrescidas, ate porque o doente faleceu durante uma VD, no entanto, crê-se que pelo trabalho que foi sendo desenvolvido previamente e a relação que se conseguiu estabelecer com a extensa família e com o líder da comunidade, a consultadoria permitiu que o doente tivesse um fim de vida sem sofrimento, confortável e acompanhado pelos seus.

As equipas comunitárias de suporte em CP apoiam os doentes e as suas famílias no domicílio durante a doença avançada e terminal (Aparício et al., 2017). Há estudos que

demonstram como essas equipas de CP são valorizados pelos doentes, familiares e profissionais de saúde, mostrando o impacto positivo desses serviços. Uma revisão sistemática da literatura realizada por Gomes et al. (2013), que avaliou o impacto das equipas comunitárias de suporte em CP, incluindo 23 estudos com doentes em estado avançado, registou efeitos benéficos significativos da equipa na melhoria sintomática dos doentes, em colaboração com a família e no apoio durante o processo de luto.

Um estudo mais recente com 20 cuidadores familiares, em contexto domiciliário, destaca como estes valorizam a presença da equipa, relatando que não se sentem tão sozinhos e tão vulneráveis, permitindo-lhes períodos de descanso e apoio significativo na prestação de cuidados ao doente (Jack et al., 2015). Os familiares cuidadores de doentes no domicílio valorizaram o diálogo com os membros da equipa acerca da morte, sentindo que a situação do seu familiar e a sua própria situação são melhor compreendidas e as suas necessidades e desejos estavam no centro do cuidado (Jack et al., 2015).

É valorizada a experiência dos membros da equipa, particularmente dos enfermeiros, que lhes garantia um maior controlo dos sintomas e os orientavam nos cuidados a prestar ao seu ente querido. Os cuidadores familiares expressaram gratidão face aos profissionais de saúde, considerando-os competentes, empáticos e flexíveis. Estabelecem uma comunicação adequada e que potenciam o envolvimento do cuidador informal, capacitando-os para cuidar do seu ente querido no domicílio (Jack et al., 2016).

A relação de ajuda está assim na base dos cuidados, pois é uma forma de comunicar verbal e não-verbal que ajuda o cuidador a compreender a sua situação e tal como concluiu Fernandes (2019) não implica necessariamente uma presença constante por parte dos profissionais, mas uma presença atenta aumentando a confiança nos cuidados que presta e diminuindo o receio de sofrimento e de abandono. O mesmo concluiu no seu estudo que é importante que a ECP: forneça respostas efetivas às necessidades presentes com disponibilidade, apoio emocional e fornecimento de informação transparente e ajustada; forneça segurança; material de apoio disponibilizado como o guia terapêutico e valide os cuidados prestados pelo cuidador.

Como abordado anteriormente, é importante que os cuidadores na fase de agonia, percebam que a morte é expectável com brevidade, e, para isso, é fundamental recorrer à

comunicação, um dos pilares em CP. Esta funciona como uma estratégia não terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal. Esta deve procurar ser eficaz, dependendo não só da formação padronizada, mas também da atualização contínua das estratégias de comunicação, bem como da observação dos pares enquanto exemplo de treino e de experiência. Twycross (2001) revela que nos CP, a abordagem dos problemas das pessoas deve ser centrada nestas e nas suas necessidades globais (cuidar de forma holística), incluindo as dos familiares e/ou dos cuidadores principais.

Durante o processo de evolução de uma doença sem perspectiva de cura, que varia muito tanto em tempo como em intensidade do percurso de agravamento da mesma, as relações interpessoais, os papéis sociais, ocupacionais, a participação, a liderança e as dinâmicas de grupo e familiares serão desafiadas e, na maioria das vezes, mudadas. Neste sentido, enquanto profissional de saúde e elemento de uma ECP é necessário estar apto a apoiar e ajudar cada doente e família a encaixar-se nos diferentes papéis que se lhes vai sendo destinado ou definido pelas diferentes necessidades que vão surgindo, e portanto, como nos descreve Santos (2002), "(...) os processos de adaptação a novas situações, sejam elas internas ou externas, (...), são sempre revestidas de mais ou menos stress." (p.37).

As mudanças são inevitáveis e inadiáveis, há a necessidade de acompanhar o doente e seu núcleo familiar de modo a poder ajudar, expondo com clareza e com verdade o que esta a acontecer no momento atual e tentando antever a etapa seguinte da doença. Pretende-se que as intercorrências não esperadas sejam mínimas e os défices que a progressão da doença vai trazendo, sejam antecipados da melhor forma possível para cada individuo seja o doente ou também aqueles que rodeiam e apoiam, os amigos e família.

Neste contexto, a interação da ECP com doente e família está sempre frequentemente associada a doença sem perspectiva de cura. A comunicação de más notícias é sempre um momento desafiador, uma equipa, que transmite um diagnóstico de doença incurável e sem perspectiva de cura, e que durante todo o processo acompanha e atualiza a progressão desta mesma doença tem de ter uma preparação sustentada na ciência e na experiência. "É possível aumentar a esperança de uma pessoa que se encontra próxima da morte, desde

que os cuidados e o bem-estar que se lhe proporcionam sejam satisfatórios” (Twycross, 1999/2001, p. 34).

Quando se comunica com uma pessoa com doença sem perspectiva de cura, com a sua família, amigos, e cuidador há a necessidade de traçar objetivos realistas, metas alcançáveis. A interação terá de estar baseada na verdade evitando a criação de expectativas irrealistas e inalcançáveis, que poderão levar a frustração e limitam ganhos em conforto ou bem-estar reais, podendo complicar o processo durante a evolução da doença e depois no luto.

Os elementos de uma família estão ligados por diversos laços, mas o fundamental é o amor. A importância da família vem fundamentalmente desse amor, do cuidado que se tem de uns para com os outros ao longo da vida, e do facto de serem pessoas que pertencem a um núcleo em que naturalmente se está presente nos momentos importantes tanto quanto nos momentos triviais. “A família é uma designação para uma instituição tão antiga como a espécie humana” (Bagagem, 2010, p 32).

Desde sempre, o ser humano ao viver em sociedade esteve organizado segundo estruturas familiares, com descendentes e antepassados que formam o conjunto da sua história individual, baseada na história da sua família pelos antepassados e continuada pelos seus descendentes. Cada elemento de uma família tem um papel único que se define como fundamental pelo amor e cuidados que se nutre e que por isso, também não é substituível.

Portanto, faz todo o sentido que CP sejam cuidados prestados ao doente, mas que necessariamente envolvem intimamente sua família. Não é possível prestar CP de qualidade sem envolver e cuidar também da família da pessoa que tem uma doença sem perspectiva de cura. CP envolvem ainda os profissionais de saúde de uma forma muito única, a relação torna-se de proximidade e confiança tanto com o doente como com a sua família. As famílias são incluídas e também apoiadas, pois como nos refere Santos (2002, p.41) “(...) desenvolver uma relação de parceria com cada família, proporcionando-lhe ajuda de acordo com os seus valores e prioridades (...)”.

Assim sendo, em CP necessariamente a equipa que presta cuidados especializados, constrói com a família de cada doente não apenas uma parceria, mas pertence e é capaz de organizar e reunir um grupo de pessoas disponíveis, com vontade de estar, de dar e

conseguir em conjunto alcançar objetivos e realizações que cada um por si nunca teria possibilidade se o foco fosse individualizado e objetivasse trabalhar exclusivamente com a pessoa doente.

“A evolução do conhecimento na área do Cuidado Paliativo é exponencial. Não há dúvida de que ocorreu um grande progresso na ciência médica como um todo e, como consequência, tem-se uma sobrevivência de pacientes com doenças crônicas e limitantes de vida cada vez maiores” (Barbosa 2009, p.7).

O desenvolvimento deste conhecimento e a progressão teórico-técnica que tem vindo a ser implementada nos cuidados, tem permitido dar uma melhor resposta em termos de controlo sintomático e melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença sem perspectiva de cura, bem como melhorar a qualidade do apoio e suporte da sua família.

Contudo, é natural pensar que no caso de uma qualquer situação de doença a família passa por uma dura prova de resiliência, e se, para além disso, se revelar tratar-se de uma doença sem possibilidade de cura de um familiar próximo, então surgem situações de verdadeira vulnerabilidade na família. Numa situação de doença terminal todo o núcleo familiar é sujeito a grande sofrimento e angústia, sendo, portanto, natural que em CP se cuide também das pessoas desse núcleo familiar. “A família, ao vivenciar a crise provocada pela doença e hospitalização, sente-se vulnerável porque lhe são retirados o poder e as possibilidades de escolha, tendo de se submeter a situação” (Pettengill, 2005, p. 987).

Assim sendo, uma família, uma pessoa significativa, ou cuidadores informais de uma pessoa em situação de últimos dias horas de vida, são pessoas fragilizadas com a perspectiva do seu futuro alterada, que, para poderem acompanhar o seu familiar no processo de fim de vida, precisam também de ser cuidados.

Competências adquiridas: Desenvolveram-se habilidades e competências na identificação de necessidades e dificuldades das famílias nos cuidados em fim de vida no domicílio; Capacidade em identificar e reconhecer a individualidade de cada família e a respeitar as diferentes dinâmicas; desenvolveram-se competências na comunicação de más notícias; competências de identificação das características de cada contexto domiciliário respeitando a diversidade; competências no apoio familiar durante o cuidar em fim de vida no domicílio

e no processo de luto; aprofundados conhecimentos e habilidades sobre estratégias de *coping*.

3.4 Trabalho em equipa: articulação entre equipas multidisciplinares na comunidade

Embora nas últimas décadas este conceito tenha mudado, e o fim de vida tenha vindo a ser mais vivenciado em meio institucional, é objetivo de equipas como a ECP em articulação com as ESF e ECCI permitir que o fim de vida regresse ao domicílio, proporcionando em conjunto as condições para que tal aconteça, de modo a cumprir a vontade de pessoas doentes e sua família.

Este trabalho conjunto, com base numa articulação contínua, é por certo a base de um melhor cuidado e assim se consegue promover, em ambiente domiciliário, todas as condições necessárias durante o processo de agravamento de doença grave e incurável, contribuindo para que o processo de fim de vida ocorra com dignidade.

Neste contexto definiram-se como objetivos:

- Compreender a dinâmica e o trabalho em equipa em cuidados paliativos.
- Reconhecer o papel do enfermeiro no seio da equipa multi e interdisciplinar em CP.
- Desenvolver competências de trabalho em equipa.

O trabalho de uma ECP é regido por princípios claros, que podem ser evocados em todas as atividades desenvolvidas. Estes princípios foram publicados pela OMS em 1986 e reafirmados em 2002 e 2004:

- “Promove o alívio da Dor de outros sintomas estressantes
- Reafirma a vida e vê a morte como um processo natural
- Não pretende antecipar nem postergar a morte
- Integra aspetos psicossociais e espirituais ao cuidado
- Oferece um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte
- Oferece um sistema de suporte que auxilie a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo de doença

- Deve ser iniciado o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento da vida (...)."

São princípios básicos que conferem uma nova caracterização ao cuidar. É um cuidar completo, que abrange a pessoa e sua família, que mantém a individualidade da pessoa doente, que acompanha a família durante o processo de doença e durante o processo de luto, é um cuidar claro, sem rodeios nem falsas esperanças, com profunda vontade de manter a melhor qualidade de vida possível, durante o maior tempo possível, em situações de doença sem cura e em que o desfecho será o fim da vida a um prazo relativamente curto. "O fim de vida esteve quase sempre associado, ao longo dos tempos, ao sofrimento e à ideia de que o espaço próprio para essa vivência era o domicílio, no seio da família" (Cerqueira, 2010, p.15).

A ECP tem estreita articulação com todas as ECCI's da sua área de intervenção, com contacto e articulação direta diários no sentido de em articulação contínua ser possível dar o melhor apoio aos doentes em situação de fim de vida e suas famílias/cuidadores em domicílio. Além disso tem também contato próximo com as equipas de saúde familiares de todo o Distrito onde atua, estando mais ou menos vezes em contato mediante as necessidades quer dos doentes quer das famílias ou dos profissionais. Quando o apoio em CP partiu para a comunidade foi realizada uma apresentação da equipa em todos os centros de saúde da unidade de saúde do te e foram disponibilizados contatos telefónicos e *email* de modo a simplificar ao máximo a articulação rápida e direta entre todos os profissionais.

A organização de cada equipa é distinta, pelo que se apresenta como desafio articular com as diferentes equipas e as suas diversas dinâmicas, além disso, a recetividade a uma equipa nova de suporte e consultadoria não foi a mesma da parte das diferentes equipas. Durante todo o estágio foi necessária a gestão permanente da interação que se foi desenvolvendo, bem como a comunicação e a proximidade. Como estratégia, procurou-se sempre demonstrar a maior disponibilidade e abertura possíveis, procurou-se organizar VD's conjuntas sempre que se conseguiu, de maneira a estreitar laços entre profissionais e desenvolver estratégias de melhor articulação.

Algumas equipas demonstraram abertura imediata e o processo de articulação e de cuidados a prestar aos doentes e famílias das suas áreas de intervenção foi facilitado, outras apresentaram reservas iniciais que com alguma insistência e após um período de contacto se conseguiu efetivar uma articulação efetiva, outras ainda mantiveram uma distância relativa durante todo o período de estágio, tendo permanecido contato escasso e articulação esporádica, pelo que muito há ainda a fazer.

Constatou-se que o trabalho em equipa, como refere Gonçalves (2016, p. 44), “não surge automaticamente, nem é uma consequência natural do trabalho entre diversos profissionais”. A mesma autora refere ainda que os grupos profissionais presentes nas equipas de saúde “podem ter papéis, funções e competências totalmente diferentes, mas apenas uma equipa que trabalhe de forma interdisciplinar consegue atingir cuidados de excelência e holísticos à pessoa”.

Enquanto enfermeira em processo de formação de nível avançado procurou-se garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, de novo como previsto pelo Regulamento n.º 140/2019 que descreve que o Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional, bem como, gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Assim, “para que o trabalho em equipa seja bem-sucedido, é fundamental que exista uma adequada comunicação interdisciplinar”. De modo a poder haver um bom desempenho da equipa, torna-se crucial que se desenvolvam competências, designadamente: “cooperação, partilha de informação, expressão de expectativas positivas, disposição para aprender com os outros, encorajamento dos outros elementos, construção de espírito de equipa e gestão de conflitos, entre outras” (Gonçalves, 2016, p. 44).

Ao longo da prática, verificou-se que a equipa que trabalha em CP é multidisciplinar pela presença conjunta de vários grupos profissionais e é interdisciplinar pelos vários métodos de trabalho. É diferente do modelo existente na maioria dos contextos de saúde pela prevalência da identidade do grupo sobre a identidade de cada pessoa, pela partilha dos

objetivos que constituem o desígnio do trabalho em equipa em CP e porque existe uma liderança partilhada e pela importância dada ao processo de interação entre todos os elementos com o objetivo máximo de proporcionar cuidados de qualidade ao doente e seus familiares.

A perceção da própria eficácia do espírito de grupo foi notória, havendo interdependência, confiança e respeito mútuo, comunicação aberta e partilha de responsabilidades e poder. Verifiquei que não se agia de maneira isolada, mas com espírito de equipa. Por outras palavras, a cooperação traduzia-se no reconhecimento e no respeito pelas competências específicas de cada profissional com base no trabalho que era realizado em conjunto e não de forma isolada nas decisões tomadas em relação aos doentes e seus familiares, numa atmosfera de confiança e de comunicação recíproca, o que se traduzia na satisfação dos doentes e família face aos cuidados prestados, dando-se, assim, cumprimento aos princípios básicos dos CP.

Competências adquiridas: Esta atividade permitiu ter contacto com equipas domiciliárias – ECCI's e ESF's da área geográfica abrangida pela equipa e assim permitiu compreender dinâmicas das diferentes equipas; reconhecer o papel do enfermeiro no seio da equipa multi e interdisciplinar; desenvolver competências de articulação entre equipas; desenvolver competências de organização e agilização de cuidados entre as várias equipas envolvidas; desenvolver habilidades a nível da compreensão da dinâmica e do trabalho em equipa.

3.5 Formação em Serviço

Como preconizado nos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, em relação à organização dos cuidados de enfermagem, é crucial a “existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” (OE, 2012, p. 18).

Por conseguinte, o enfermeiro deve atualizar os seus conhecimentos através da frequência de “ações de qualificação profissional, a promover pela Ordem ou por esta reconhecidas, nos termos a fixar em regulamento de qualificação” (Lei n.º 156/2015, p. 8078). Assim

sendo, é imprescindível que o enfermeiro especialista desenvolva aprendizagens profissionais ao nível do domínio da sua formação.

À luz do exposto definiu-se o seguinte objetivo:

- desenvolver competências na realização de atividades facilitadoras de formação em serviço;

Conforme previamente descrito neste relatório, com intuito de desenvolvimento da candidatura da equipa à Acreditação de Idoneidade Formativa pela OE, foram distribuídas tarefas pelos elementos no mesmo processo de formação avançada em enfermagem. tarefas estas relacionadas com as diferentes dimensões que são necessárias para proceder a esta candidatura. Assim sendo, ficou-se responsável pela Dimensão 6 – Política de formação contínua dos enfermeiros, como consta no Referencial da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica da Ordem dos Enfermeiros.

Assim, com o intuito de dar cumprimento a este requisito, nas primeiras semanas de estágio realizou-se um diagnóstico de situação da equipa. Através de observação das práticas, análise de documentos e entrevista com a enfermeira chefe emergiram algumas necessidades organizacionais da equipa, que aliadas com os interesses e objetivos do presente estágio ficou definida a necessidade da elaboração de um plano de formação anual para a equipa, de encontro as necessidades manifestadas pelos seus elementos.

A 1ª fase foi elaborar o diagnóstico de necessidades em formação multidisciplinar da equipa de CP. Este diagnóstico teve por base o estudo que se realizou sobre as necessidades de formação identificadas pela aplicação de um questionário, conforme descrito no ponto II deste mesmo relatório – Identificação das Necessidades Formativas da Equipa de Cuidados Paliativos. A 2ª fase foi planejar a formação em serviço conforme planeamento demonstrado no Apêndice IV.

A 3ª fase - realização da sessão de formação em serviço (Apêndice III), devidamente planificada (Apêndice II), com o intuito de apresentação caracterização da equipa Multidisciplinar e os resultados do estudo sobre as necessidades de formação da equipa entretanto identificadas. Nesta formação estabeleceram-se como objetivos: aprofundar/refletir sobre a necessidade e a importância da formação em serviço;

apresentar os resultados do estudo referente as necessidades de formação desta Equipa de Cuidados Paliativos, portanto teve-se como objetivo: dar a conhecer os resultados do estudo correspondentes às necessidades de formação em serviço da equipa CP bem como a apresentação do plano de formação anual desenvolvido para a mesma.

Esta formação foi sujeita a um questionário de avaliação da eficácia da formação (Anexo II) distribuído a totalidade dos formandos presentes.

Tendo em conta a necessidade crescente de pessoas com necessidades de CP, É importante agir face a esta necessidade crescente de CP e a crescente investigação requer uma necessidade constante de formação dos profissionais que integram a equipa multidisciplinar para se manterem atualizados e proporcionarem cuidados de qualidade à pessoa com necessidade de CP e seus familiares.

Conforme o descrito pelo Regulamento n.º 140/2019, no Anexo IV está descrito que o Enfermeiro Especialista alicerça os processos de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Algumas áreas que têm sempre espaço para melhorias e formação quando se trata de CP incluem a partilha de saberes e de conhecimentos, uma vez que os CP são diferentes para cada pessoa. Assim, cabe aos profissionais de saúde concentrar-se em não o tornar uma solução “de tamanho único” devido à diversidade de pessoas com necessidade de CP e seus familiares.

Chen et al. (2022) referem que muitos profissionais de saúde não têm formação necessária para cuidar adequadamente de doentes em fim de vida devido à falta de recursos educativos e de formação contínua. Assim, realizaram um estudo com 10 048 profissionais a exercerem em CP para identificar lacunas na formação na área. Promoveram um programa de formação em serviço, tendo constatado que, antes da formação, os profissionais revelaram fracos a razoáveis conhecimentos, tendo aumentado a pontuação média de 8,79 para uma pontuação média de 103.62, pós formação. Os participantes que frequentaram o programa de formação tiveram pontuações significativamente melhores do que aqueles que não a fizeram.

Pereira et al. (2020) referem que os enfermeiros são o maior grupo regulamentado de profissionais de saúde envolvidos em CP. Em 2004, uma *taskforce* da *European Association for Palliative Care* (EAPC) lançou o “Guide for development of palliative nurse education in Europe” (hereinafter, the EAPC 2004 Guide), não tendo sido realizada qualquer avaliação sistemática do seu impacto no desenvolvimento da formação em CP. Neste sentido realizaram um estudo para descrever o estado da arte do atual ensino em CP ao nível da enfermagem de base e pós-graduação em toda a Europa; identificar os papéis que os enfermeiros com diferentes níveis de formação em CP têm na área e avaliar a aceitação do Guide EAPC 2004.

A sua amostra era constituída por 135 enfermeiros (52% de taxa de respostas) de 25 países que completaram o inquérito *online*; foram consultados representantes de 16 países. Os resultados indicam que, em 14 (56%) países, os CP não foram identificados como uma disciplina obrigatória no âmbito do ensino de enfermagem de base. O Guide EAPC 2004 é amplamente conhecido e foi/está a ser utilizado em muitos países para promover a formação em CP. A formação de enfermagem em CP varia muito na Europa. A ampla sensibilização e utilização do Guide EAPC 2004 mostra como as suas orientações podem influenciar o desenvolvimento da formação em CP. Assim, os mesmos autores recomendam a promoção da utilização deste guia na implementação de medidas políticas para assegurar que a enfermagem de CP seja reconhecida e certificada como uma especialidade em todos os países europeus.

A análise da correspondência da pontuação de probabilidades mostrou que o programa de formação em CP permitiu melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com necessidades de CP e seus familiares, sobretudo ao nível dos cuidados psicossociais e espirituais, nas suas atitudes em relação à necessidade de apoio familiar e na comunicação com a referida díade e, inclusive, entre os elementos que constituíam cada equipa de CP.

Os resultados obtidos no estudo sobre as necessidades de formação reforçam a necessidade de elaboração de um plano de formação contínua anual para os profissionais da ECP.

Fundados na certeza firme da compaixão e da dignidade da pessoa humana, os CP alinham-se intimamente com os princípios dos direitos humanos na assistência ao doente e seus

familiares. Estes melhoram a qualidade de vida desta díade e são definidos como a gestão holística dos problemas físicos, psicológicos, legais e espirituais defrontados por pessoas com doenças potencialmente fatais e pelas suas famílias. Como tal, cada doente/família com necessidades de CP deve ter autonomia em todos os aspetos do seu cuidado, com informações e *feedback* contínuos. O cuidado exemplar não assenta em diretrizes rígidas, mas sim no apoio individualizado da pessoa com necessidades de CP e sua família.

Competências adquiridas: Foram desenvolvidas competências na realização de atividades facilitadoras de formação em serviço. Nesta atividade partindo da identificação de necessidades de formação em serviço. Foi desenvolvida planificação de formação e a sessão de exposição de resultados obtidos por meio de investigação das necessidades de formação da equipa de cuidados paliativos, tendo permitido que fossem desenvolvidas competências de formação.

3.6 Gestão em Cuidados Paliativos

As competências de um enfermeiro especialista compreendem a capacitação para áreas de atividade diferentes do enfermeiro generalista, tornando necessário o desenvolvimento do domínio da gestão e gestão dos cuidados. Assim sendo, estas competências de gestão do enfermeiro compreendem:

“(...) gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (OE, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, Artigo 7.º, p. 4745).

Tais competências implicam a gestão de recursos humanos, a gestão de equipamentos, instalações e materiais e a gestão dos próprios cuidados, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Nestes pressupostos definiu-se o seguinte objetivo:

- desenvolver competências na gestão de cuidados;

Enquanto enfermeira de cuidados gerais, a realização de atividades de gestão de cuidados, tinham até agora sido centradas em tarefas relacionadas com o dia a dia da prestação de

cuidados num serviço de internamento, como sendo, a elaboração de planos de cuidados, e distribuição de doentes por turno, ser frequentemente responsável de turno, planificar planos de trabalho e ocasionalmente realizar a ata em reuniões de serviço.

Neste estágio tive oportunidade de experienciar, de analisar e de refletir sobre as várias áreas da gestão de cuidados. O papel do enfermeiro nesta equipa é muito autónomo, pelo que a gestão de todas as tarefas é distribuída em algum momento. Assim, as tarefas de gestão desenvolvidas durante este estágio serão a seguir nomeadas e descritas:

Gestão e planeamento das visitas domiciliárias – o enfermeiro responsável por cada uma das áreas geográficas de equipa comunitária agenda informaticamente a 1ª visita a cada doente novo e gere a frequência das VD's seguintes;

Apresentação dos doentes a equipa – o enfermeiro é responsável pela apresentação em reunião multidisciplinar pela apresentação dos doentes recentemente admitidos e pela atualização do estado dos doentes já conhecidos pela equipa;

Articulação multidisciplinar – o enfermeiro é responsável, após a identificação das necessidades, de estabelecer articulação com outros profissionais da equipa como psicólogo, assistente social, psiquiatra, podendo em alguns casos fazer efetivamente o pedido de colaboração;

Articulação interequipas – o enfermeiro é responsável pela articulação com outras equipas na comunidade através do suporte e consultadoria, bem como pelo feedback a dar às mesmas quando as VD's não são conjuntas;

Aplicação de escalas – o enfermeiro é responsável pela aplicação das várias escalas já apresentadas, sendo da sua competência definir quais as escalas a utilizar, e utilizar na 1ª avaliação de cada doente e em cada reavaliação quando se notar pertinente;

Contatos telefónicos – o enfermeiro é responsável pelo atendimento do telemóvel da equipa e pelos contactos telefónicos de acompanhamento aos doentes e família;

Apoio no luto – o enfermeiro é responsável pela organização e pelos telefonemas de apoio no luto mediante o protocolo da equipa; é ainda responsável pela identificação de luto patológico e devida organização ao apoio disponível;

Organização dos processos físicos – o enfermeiro é responsável pela organização dos processos conforme a valência em que o doente se enquadra, podendo esta ser variável mediante as necessidades do doente;

Ajudas técnicas – o enfermeiro é responsável pela disponibilização das ajudas técnicas de que a equipa dispõe aos doentes em domicílio, e/ou articulação com ESF para disponibilização do material que também dispõe, mediante as necessidades que identifica;

Gestão de material – o enfermeiro gere o material de que dispõe em cada viatura e é responsável quer pelo material clínico quer pela medicação assegurando a sua disponibilidade em VD;

Organização do veículo – o enfermeiro é responsável pela organização do material e medicação no veículo, bem como pela sua condução e identificação de problemas técnicos;

O enfermeiro em estágio nesta equipa é Elemento do grupo de trabalho de realização de proposta de submissão da candidatura para a acreditação da idoneidade formativa pela Ordem dos Enfermeiros;

O enfermeiro em estágio nesta equipa desenvolveu um plano de formação anual como resposta aos critérios para a candidatura supracitada;

Neste âmbito, a OE preconiza que o enfermeiro especialista “supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” (OE, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4748). Nesta unidade de competência incluem-se a aplicação da “legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados”; implementação de “métodos de organização do trabalho adequados”; coordenação da “equipa de prestação de cuidados”; negociação dos “recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade” e utilização dos “recursos de forma eficiente para promover a qualidade” (p. 4748).

Por conseguinte, o enfermeiro especialista tem de adequar “o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos”, no reconhecimento dos vários “interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa”.

Deve também promover “um ambiente positivo e favorável à prática”; utilizar “estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado”; adequar “o estilo de

liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências”; usar “processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada” (OE, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4749).

Por conseguinte, a gestão dos cuidados tem como finalidade *major* a melhoria contínua da qualidade, a fim de se alcançar a máxima eficiência, sem que se ponha em causa a qualidade dos cuidados prestados.

Neste contexto, realizou-se um Plano de Formação Anual 2023 – Equipa de Cuidados Paliativos (cf. Apêndice IV), cujo público-alvo foram Enfermeiros, Médicos, Assistente Social, Assistente Espiritual, Nutricionista, Psicólogos, Psiquiatra, elementos da Equipa de Cuidados Paliativos – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, tendo como conteúdos: abordagem geral acerca da Formação em Serviço; conceito de Formação em Serviço; método de diagnóstico de necessidades de formação; necessidades de formação da equipa; sessões de formação a planear; estratégia de implementação de um Plano de Formação em Serviço Anual.

Para tal, foram estabelecidos como objetivos: apresentar a importância do Planeamento Anual da Formação em Serviço; conhecer o conceito de formação em Serviço; compreender o desenvolvimento dos processos diagnóstico de necessidades de formação; conhecer a estratégia preconizada para a implementação de um Plano Anual de Formação em Serviço, cuja realização se assumiu como uma componente fundamental na gestão dos CP.

A formação em serviço é uma parte integrante da formação contínua, que fomenta o reforço dos conhecimentos base e aquisição de novas competências e práticas de cuidados de saúde, em contexto de local de trabalho. A formação em serviço desempenha um papel indispensável na melhoria da qualidade dos cuidados. A necessidade de melhorar a eficácia da formação em serviço é uma exigência inevitável.

Assim, considera-se que a elaboração Plano Anual de Formação em Serviço capacitou ainda mais na área da gestão, tendo tomado como premissa que a formação em serviço desempenha um papel importante na realização de objetivos organizacionais através de uma combinação de interesses organizacionais e dos profissionais de saúde, com impacto deveras positivo nos cuidados prestados à pessoa em situação paliativa e sua família.

Na realidade atual, a formação é um fator essencial que contribui para uma maior eficiência da prática profissional e das instituições de saúde. De facto, é um investimento vital que levará à promoção interna, ao desenvolvimento dos profissionais de saúde e ao sucesso dos planos organizacionais.

A formação é um investimento na obtenção de produtividade e retenção dos profissionais de saúde através do desenvolvimento da carreira e satisfação profissional a longo prazo. Os programas de formação são essenciais para a sobrevivência e viabilidade das instituições de saúde. Evidências científicas sugerem que os programas de formação em serviço demonstram significativa eficácia na melhoria da qualidade dos cuidados aos doentes/família (Chaghari et al., 2017).

Competências adquiridas: Desenvolveram-se competências de gestão e de elaboração de uma base com dados que levam a objetivos que promovam a melhoria da qualidade que se pretende atingir enquanto equipa; competências de articulação entre profissionais da mesma e de outras equipas; competências de organização e gestão do apoio aos doentes, famílias e suporte e consultadoria a outras equipas da comunidade; capacidade de gestão e elaboração de uma planificação de Formação continua com base nos interesses e necessidades da equipa.

CONCLUSÃO

O presente relatório é o culminar do percurso realizado ao longo do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, cuja elaboração permitiu visualizar e refletir sobre o percurso desenvolvido em estágio, incluindo as experiências, as questões interiores constantemente colocadas, as competências adquiridas, possibilitando a reflexão sobre a prática dos cuidados e das potencialidades profissionais e pessoais. Permitiu perceber a necessidade de um investimento constante na melhor evidência, que fundamentaram e fundamentarão de futuro as práticas em contextos clínicos, enriquecendo o desempenho com o objetivo *major* de implementar intervenções de enfermagem especializada em CP da melhor qualidade. Na área da saúde a tomada de decisões efetivas é possível com a prática baseada em evidências, que permite vincular a melhor evidência científica com a experiência clínica (Ferraz, et al., 2020).

Assim, o relatório consiste num documento que explana a análise reflexiva profunda das atividades desenvolvidas recorrendo-se a conhecimento técnico-científico, humano e ético, como meio de fundamentar as competências adquiridas.

Considera-se ter conseguido uma fusão entre os conhecimentos teóricos e a prática clínica, o que se traduziu numa intervenção consistente, competente, baseada no respeito e na valorização da dignidade existencial de cada doente/família, o que se constitui como a base da enfermagem e da prática na área dos CP. É de extrema importância que cada profissional esteja preparado para prestar cuidados de forma a ir ao encontro das necessidades dos doentes com necessidade de CP e seus familiares e, assim, proporcionar-lhes o maior conforto e auxiliá-los na garantia de melhor qualidade de vida. Para que esta prestação de cuidados seja eficiente, no caso concreto, o enfermeiro deve basear a sua prática nos conhecimentos científicos (teoria que orienta a prática).

No percurso do estágio de natureza profissional, desenvolveram-se competências especializadas no âmbito da conceção, identificação, planeamento, organização, execução e avaliação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação paliativa e família, como: gestão de sintomas, apoio e acompanhamento familiar; apoio no processo de luto, comunicação e trabalho em equipa. Desenvolveram-se também competências

gerais, como: intervenção na formação, gestão de cuidados e investigação no contexto da prática clínica, de forma a contribuir para a humanização do fim de vida e educar os outros para a construção de um fim de vida condigno.

No domínio da conceção de cuidados planearam-se intervenções com base nas necessidades da pessoa em situação paliativa e família, com os seus próprios valores e prioridades. A gestão de sintomas foi uma dimensão de grande investimento, assumindo sempre a comunicação como uma estratégia terapêutica de intervenção na minimização do sofrimento, favorecendo o suporte emocional da família, o que implicou um trabalho em equipa, avaliação de resultados, bem como suportando-se na eficácia, eficiência e satisfação das intervenções implementadas.

Atendendo a que cada pessoa em situação paliativa/família é um ser único, também se configurou de extrema importância que, ao longo deste percurso, se conseguisse estabelecer uma relação empática e de confiança mútua com esta díade, foco dos CP. Estabeleceu-se esta confiança através do diálogo, da escuta ativa, do carinho e da disponibilidade demonstrada não só por afirmações verbais, mas também pela atitude e postura, o que se traduziu em experiências gratificantes, mas difíceis ao mesmo tempo, uma vez que se tratava de casos deveras complexos. Seguiu-se sempre a premissa que os CP se traduzem em condutas que melhoram a qualidade de vida dos doentes e seus familiares, minimizando os problemas associados à doença com risco de vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da avaliação, tratamento impecável da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais.

Importa também salientar, que o estudo realizado no âmbito das necessidades de formação em serviço se constituiu num contributo fundamental para a prática de enfermagem especializada ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria da qualidade, na gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, com implicações positivas na futura prática profissional em CP.

Em todo este processo de aprendizagem, não se pode deixar de mencionar o incentivo e a disponibilidade demonstrada por toda a equipa multidisciplinar, o que permitiu adquirir e aperfeiçoar o conhecimento científico, e as competências na prestação de cuidados diferenciados na área da especialidade. O Enfermeiro Especialista é, sem dúvida, um elo de

mudança, através da sua procura incessante por novos conhecimentos, pela aquisição de novas competências e através da comunicação adequada e discussão sobre as práticas realizadas, transmite aos elementos da equipa multidisciplinar o que faz, como se faz e porque se faz, sendo imprescindível a sua existência em CP.

Como futura enfermeira com formação avançada em CP é fundamental assumir um papel que reflita boas práticas e que sirva de motivação para outros profissionais, porque é necessário um constante investimento na área, sendo um exemplo, no sentido de capacitar os profissionais de saúde para cuidarem o doente em fim de vida no seu domicílio. Não se pode esquecer que esses são momentos difíceis para o doente e sua família/cuidador informal, um período notável e difícil de superar, requerendo todo o apoio da equipa multidisciplinar. Deve sempre entender-se os sentimentos e a trajetória do doente e da sua família, ajudando-os a superar os momentos difíceis, proporcionando segurança e conforto, através de um cuidado integral e ativo, para proporcionar qualidade de vida, minimizando o seu sofrimento físico, psicossocial e espiritual, o que exige um cuidado humanizado que abarque a pessoa cuidada no seu todo, numa visão holística.

Tendo em conta o estudo desenvolvido, existe, portanto, uma necessidade crescente de um aumento e melhoria da formação em serviço. Capacitar todos os profissionais de saúde equivale a potenciar mais efetivamente o saber ser, saber fazer e saber estar em CP.

Por fim, deixar deixa-se registado que em CP cada vez mais surgem situações complexas que exigem uma intervenção multidisciplinar, uma prestação de cuidados individualizados, especializados e uma resposta em tempo útil. Neste contexto, considera-se que todos os profissionais da equipa multidisciplinar devem possuir competências que lhes permitam mobilizar os seus conhecimentos para que a sua intervenção seja holística e de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akyirem, S., Salifu, Y., Bayuo, J., Duodu, P.A., Bossman, I.F., & Abboah-Offei, M. (2022). An integrative review of the use of the concept of reassurance in clinical practice. *Nurs Open*; 9(3):1515-1535. doi: 10.1002/nop2.1102.
- Almeida, G. (2021). *Cuidados paliativos, sim*. <https://www.dn.pt/opiniao/cuidados-paliativos-sim-14881537.html>
- Alves, R.S.F., & Oliveira, F.F.B. (2022). Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde: Avanços e Dificuldades. *Psicologia: Ciência e Profissão*; 42, e238471, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003238471>
- Aparício, M., Centeno, C., Carrasco, J.M., Barbosa, A., Arantzamendi, M. (2017). What are families most grateful for after receiving palliative care? Content analysis of written documents received: a chance to improve the quality of care. *BMC Palliat Care*. 16(47).
- Bagagem, M.P.M.S. (2010). *A Família e a Saúde Mental*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2010. ISBN 978-972-8930-58-5.
- Barbosa, M.M.S., (2009). Prefácio. In Carvalho, T.R. & Bartz, D.C. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, (p.7). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M. & Neto, I. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Medicina Interna*. Vol. 24, 1, 48-55. ISSN 0872-671X.
- Callaway, M., Foley, K. M., De Lima, L., Connor, S. R., Dix, O., Lynch, T., ... Clark, D. (2007). *Funding for Palliative Care Programs in Developing Countries*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 509–513. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.02.
- Capelas, M. (2018). *Indicadores de Qualidade Prioritários para os Serviços de Cuidados Paliativos em Portugal*. *Cadernos de Saúde*. 10(2). 11-24.
- Capelas, M. L., & Neto, I. G. (2010). Organização de Serviços. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2nd ed., pp. 785-814). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Centeno, C., Arantzamendi, M., Rodriguez, B., & Tavares, M. (2010). Letters from relatives: a source of information providing rich insight into the experience of the family in palliative care. *J Palliative Care*; 26, 167-175.
- Cerqueira, M. (2010). *A Pessoa em Fim de Vida e Família. O Processo de Cuidados face ao Sofrimento*. Universidade de Lisboa – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/3614>
- Chaghari, M., Saffari, M., Ebadi, A., & Ameryoun, A. (2017). Empowering Education: A New Model for In-service Training of Nursing Staff. *Journal of advances in medical education & professionalism*, 5(1), 26–32.

- Chen, X., Zhang, Y., & Arber, A. (2022). The training effects of a continuing education program on nurses' knowledge and attitudes to palliative care: a cross sectional study. *BMC Palliat Care*; 21, 56. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00953-0>
- Cherny, N. I., & Radbruch, L. (2009). *European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine*, 23(7), 581–593. doi:10.1177/0269216309107024
- Collière, M.H. (1999). *Promover a vida*. Lisboa : Lidel.
- Comissão Nacional da Cuidados Paliativos. (2016). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos biénio 2017-2018. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gicoCP_2017-2018-1.pdf
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022. Consultores da Pediatria das Comissões Regionais da ARS. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Observatório para os Cuidados Paliativos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Comissão Nacional de Cuidados paliativos. (2016). *Comissão Nacional de Cuidados paliativos - plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos - Biénio 2017-2018*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estrat%C3%A9gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2017). Instituições Hospitalares do SNS, Administrações Regionais de Saúde, IP/Agrupamentos de Centros de Saúde/Unidades Locais de Saúde, EPE. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Circular_Normativa_8_2017_CNCP_ACSS.pdf
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2017). *Comissão nacional de Cuidados Paliativos - proposta de formação pré-graduada em enfermagem sobre cuidados paliativos*. Disponível em <http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies/download.do?file=21412>
- Connolly, M., Ryder, M., Frazer, K., Furlong, E., Escibano, T. P., Larkin, P., ... & McGuigan, E. (2021). Evaluating the specialist palliative care clinical nurse specialist role in an acute hospital setting: a mixed methods sequential explanatory study. *BMC palliative care*; 20, 1-9. doi:10.1186/s12904-021-00834-y
- Correia, L.MT., Canhestro, A.M.G.D., & Pedro, M.G.F. (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. doi: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).502.218-234](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).502.218-234)

- Costa, C. (2008). *Oferta de Actividades Formativas em Contexto de trabalho no Âmbito da Formação Profissional Continua em Enfermagem – Estudo de Caso*. Lisboa. Universidade de Lisboa-Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Acedido em 18 de agosto de 2020. Disponível em URL: <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos Nº: 14/DGCG DATA: 13/07/04. <https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/3969ee16-30fc-42ff-b4aa-6368d31156f1.pdf>
- Ekberg, S., Parry, R., & Land, V. (2021). Communicating with patients and families about illness progression and end of life: a review of studies using direct observation of clinical practice. *BMC Palliat Care*; 20, 186. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00876-2>
- Equipa de cuidados paliativos. (2017). Manual de Funções. Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Viana do Castelo.
- Equipa de cuidados paliativos. (2017). Regulamento Interno da Equipa de Cuidados Paliativos. Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Viana do Castelo.
- Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos. (2016). Plano de Ação Serviço Cuidados Paliativos. Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Viana do castelo.
- European Association for Palliative Care (EAPC, 2009). Framework for the use of sedation in palliative care. *Medical Palliative*. 23(7), 581-593. Disponível em <https://doi.org/10.1177/0269216309107024>
- European Health Union (2022). *Initiative and Manifesto*. https://www.ehfg.org/projects-events/europeanhealthunion?gclid=Cj0KCQjw_O2IBhCFARIsAB0E8B_-aPpFl3XQg8uMlBlMl7desEXljdVrwj1ycV4OWQGDR-Dwkl1xJ0waAhhdEALw_wcB
- Fernandes, A.C. (2019). Cuidar da pessoa em agonia no domicílio: necessidades do cuidador. IPVC, Escola Superior de Saúde. Viana do Castelo. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2241>
- Fernandes, A.C. da C. (2019). *Cuidar da pessoa em agonia no domicílio: necessidades do cuidador*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2241/1/Ana_Fernandes.pdf
- Ferraz, I., Viana, F., and Pocinho, M. (2020). A “maturidade” para aprender a ler: contributos para uma reflexão. *Calidoscópico* 18 (1), 3–19. doi:10.4013/cld2.020.181.01
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Lusodidacta. Loures.
- Gallagher, R., & Krawczyk, M. (2013). Family members’ perceptions of end-of-life care across diverse locations of care. *BMC Palliat Care* 12, 25.

- Glajchen, M. (2004). The Emerging Role and Needs of Family Caregivers in Cancer Care. *Supportive Oncology*, 2 (2), 145-155.
- Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., & Higginson, I.J. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD007760. Acedido a 14 de julho de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007760.pub2>.
- Gomes, B., Sarmiento, V. P., Ferreira, P.L., Higginson, I. J. (2013). Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 26(4),327-334.
- Gonçalves, A.F.M. (2016). *O cuidar dos enfermeiros na equipa de suporte em Cuidados Paliativos*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1819/1/Filipa_Goncalves.pdf
- Guthrie, Amy, E.; GREEN, Carol, J.; MATEO, Marianne, L. – Cuidados Paliativos e Cuidados em Fase Terminal. In MONALAN, Frances, D.; SANDS, Judith, K.; NEIGBORS, <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Inoue, A., Yamaguchi, T., Tanaka, K., Sakashita, A., Aoe, K., Seki, N., & Hagiwara, K. (2019). Benefits of a Nationwide Palliative Care Education Program on Lung Cancer Physicians. *Internal medicine (Tokyo, Japan)*, 58(10), 1399–1403. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.0872-18>
- Jack, B.A., Mitchell, T.K., Cope, L.C., & O'Brien, M.R. (2016). Supporting older people with cancer and life-limiting conditions dying at home: a qualitative study of patient and family caregiver experiences of hospice at home care. *Journal of advanced nursing*, 72(9), 2162–2172.
- Jack, B.A., O'Brien, M.R., Scrutton, J., Baldry, C.R., & Groves, K.E. (2015). Supporting family carers providing end-of-life home care: a qualitative study on the impact of a hospice at home service. *J Clin Nurs*, 24(12), 131-140.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861-866
- Kennedy, G. (2016). The Importance of Patient Dignity in Care at the End of Life. *The Ulster medical journal*, 85(1), 45–48. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847835/>
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., ... Alleyne, G. A. O. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391–1454. doi:10.1016/s0140-6736(17)32513-8
- Laabar, T.D., Saunders, C., & Auret, K. (2021). Palliative care needs among patients with advanced illnesses in Bhutan. *BMC Palliat Care*; 20, 8, 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00697-9>

- Lei nº 52/2012 de fevereiro 5 de 2012. Aprova a Lei de Bases de Cuidados Paliativos. Diário da República, 1ª Série, Nº 172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- Liberado, J. (2004). A Informação aos Familiares e Acompanhantes. *Sinais Vitais*. 52, 19-24. Coimbra. ISSN 0872-8844..
- Maffei, B., Arrieira, I. C. O., Ferreira, R. A., & Cardoso, D. H. (2019). Coping strategies of caregivers of patients receiving palliative home care. *Psicologia: Teoria e Prática*; 21(3), 303-322. doi:10.5935/1980-6906/psicologia.
- Melo, T.M., Rodrigues, I.G., & Schmidt, D.R.C. (2009). Caracterização dos cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos no Domicílio. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(4). http://www1.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/365_artigo6.pdf
- Murray, S. A. (2016). *Set a low bar for starting palliative care*. *BMJ*, i3598. doi:10.1136/bmj.i3598
- Neto, I. G. (2016). Cuidados paliativos: princípios e conceitos fundamentais. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares, I.G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 49-100). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I.G., (2006). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos: Manual de Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina de Lisboa. Centro de Bioética.
- Oliveira, C. de L. (2019). Cuidados Paliativos: Por que Precisamos Falar sobre isso?. *Rev. Bras. Cancerol.*; 65(4):e-04558. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/558>
- Oliveira, J., (2019). As intervenções Especializadas do Enfermeiro em Cuidados Paliativos. Instituto Politecnico de Viana do castelo – Escola Superior de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa [em linha]. Ordem dos Enfermeiros web site. http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEEsituacaoCronicaPaliativa.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Regulamento n.º 558/2017 Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica. Diário da República, 2.ª série — N.º 200 — 17 de outubro de 2017. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6101/aa-l-2017-regulamento-da-acredita%C3%A7%C3%A3o-idoneidade-formativa-dos-contextos-da-pratica-cl%C3%ADnica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). REPE, Estatuto. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. A Ordem. Estrutura de Idoneidades. Modalidades de Acreditação. Idoneidade Formativa Padrão. <https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/estrutura-de-idoneidades/modalidades-de-acredita%C3%A7%C3%A3o/idoneidade-formativa-padr%C3%A3o/>
- Ordem dos Enfermeiros. Lei N.º 156/2015 - Diário Da República N.º 181/2015, SÉRIE I DE 2015-09-16. <http://www.homepagejuridica.net/destaques-do-diario-da-republica/7287-lei-n-156-2015-de-16-de-setembro.html>
- Organização Mundial de Saúde Europeia (2022). WHO regional technical briefing: strengthening palliative care in the WHO European Region. Virtual meeting hosted by the WHO Regional Office for Europe, 29 November 2021. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/351434/WHO-EURO-2022-4776-44539-63064-eng.pdf>
- Paiva, C., Caldas, A.C., & Capelas, M.L. (2012). Caracterização do Trabalho em Equipa nas Unidades de Cuidados Paliativos em Portugal. *Caderno da Saúde*; Vol. 5, 1-2, 47-63.
- Pereira, A. (2005). *Comunicação de Más Notícias em Saúde e Gestão do Luto. Contributos para a Formação em Enfermagem*. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Porto. <http://repositorio-aberto.up.pt>
- Pereira, S.M., Hernández-Marrero, P., Pasman, H. R., Capelas, M. L., Larkin, P., & Francke, A. L. (2020). Nursing education on palliative care across Europe: results and recommendations from the EAPC taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on an online-survey and country reports. *Palliative Medicine*. URI: <http://hdl.handle.net/10400.14/31433>
- Pettengill, M.M.A., & Angelo, M. (2005). Vulnerabilidade da Família: Desenvolviemnto do Conceito. *Revista Latino – Americana*; 982-988. São Paulo. ISSN 0104-1169.
- PORDATA (2021). *Índice de envelhecimento populacional*. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525>
- PORDATA (2023). Número de habitantes por médico e por outro pessoal de saúde. <https://www.pordata.pt/portugal/numero+de+habitantes+por+medico+e+por+outro+pessoal+de+saude-640>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro -- especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018 . Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

- Regulamento n.º 558/2017, de 17 de outubro de 2017. Diário da República n.º 200/2017, Série II de 2017-10-17. <https://dre.tretas.org/dre/3121716/regulamento-558-2017-de-17-de-outubro>
- Relvas, R. (2018). *Implementação e Organização da Formação em Serviço na USF Salus*. Portalegre. Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde.
- Santos, J.M.O. (2002). *Parceria nos Cuidados – Uma metodologia de trabalho centrada no doente*. Porto. Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Sapeta, A.P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-69-1.
- Schildmann, E. K., Groeneveld, E. I., Denzel, J., Brown, A., Bernhardt, F., Bailey, K., ... Murtagh, F. E. (2015). *Discovering the hidden benefits of cognitive interviewing in two languages: The first phase of a validation study of the Integrated Palliative care Outcome Scale*. *Palliative Medicine*, 30(6), 599–610. doi:10.1177/0269216315608348
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos Dependentes com dependência física e mental*. Coimbra: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T.F., McClement, S., Bouchal, S.R., Chochinov, H.N., & Hagen, M.A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*; Vol. 31(5), 437–447. <https://doi.org/10.1177/0269216316663499>
- Steinhauser, K.E., Fitchett, G., Handzo, G.F., Johnson, K. S., Koenig, H. G., Pargament, K. I., ..., Balboni, T. A. (2017). State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 428–440.
- Suikkala, A., Tohmola, A., Rahko, E.K., & Hökkä, M. (2021). Future palliative competence needs - a qualitative study of physicians' and registered nurses' views. *BMC Med Educ*. 7;21(1):585. doi: 10.1186/s12909-021-02949-5
- Tsang, M. (2013). The importance of empathy--as I have studied and experienced it. *Hawai'i journal of medicine & public health: a journal of Asia Pacific Medicine & Public Health*, 72(9 Suppl 4), 79–80.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos* (J.N.Almeida Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Trabalho Original Publicado em 1999).
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Unidade Local de Saúde, EPE (2022). Missão, Atribuições e Legislação. <https://www.ulsam.min-saude.pt/category/institucional/missao/>
- Usher, K., & Holmes, C. (2017). Reflective practice: what, why and how. *Contexts of Nursing: An Introduction*; 111-128. <https://hdl.handle.net/1959.11/22180>
- World Health Organization - WHO Definition of Palliative Care. WWW: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>

ANEXOS



Questionário de Avaliação da Eficácia da Formação

8. INTERVENÇÃO DO FORMADOR:

Despertou o interesse	1	2	3	4	5
Expressou-se com clareza	1	2	3	4	5
Prestou os esclarecimentos solicitados	1	2	3	4	5
Estabeleceu boa relação com o grupo	1	2	3	4	5
Utilizou metodologia facilitadora da aprendizagem	1	2	3	4	5
Contribuiu em termos de formação	1	2	3	4	5

9. INTERVENÇÃO DO FORMADOR:

Despertou o interesse	1	2	3	4	5
Expressou-se com clareza	1	2	3	4	5
Prestou os esclarecimentos solicitados	1	2	3	4	5
Estabeleceu boa relação com o grupo	1	2	3	4	5
Utilizou metodologia facilitadora da aprendizagem	1	2	3	4	5
Contribuiu em termos de formação	1	2	3	4	5

10. INTERVENÇÃO DO FORMADOR:

Despertou o interesse	1	2	3	4	5
Expressou-se com clareza	1	2	3	4	5
Prestou os esclarecimentos solicitados	1	2	3	4	5
Estabeleceu boa relação com o grupo	1	2	3	4	5
Utilizou metodologia facilitadora da aprendizagem	1	2	3	4	5
Contribuiu em termos de formação	1	2	3	4	5

Cofinanciado por:



APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário

Questionário de Diagnóstico de Necessidades de Formação

Equipa de Cuidados Paliativos - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

* Indica uma pergunta obrigatória



O presente questionário insere-se no Estágio de Natureza Profissional no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem a Pessoa em Situação Paliativa, realizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Pretende-se a partir do mesmo conhecer as Necessidades de Formação da Equipa Multidisciplinar de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, com o intuito de elaborar um Plano de Formação e assim contribuir para a Acreditação do Serviço a Idoneidade Formativa pela Ordem dos Enfermeiros.

Neste sentido solicita-se o seu contributo.

Para isso necessitará de cerca de 15 minutos para responder ao questionário.

O anonimato das respostas será garantido.

Grata pela colaboração.

1. 1. Género *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino
- Outro: _____

2. 2. Idade *

3. 3. Nível de Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro: _____

4. 4. Categoria Profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Assistente Social
- Assitente Tecnica/o
- Capelão
- Enfermeira/o
- Medica/o
- Nutricionista
- Psicologa/o
- Psiquiatra

5. 5. Experiência Profissional em Anos *

6. 6. Experiência Profissional na área de Cuidados Paliativos, em anos *

7. 7. Experiência Profissional na Equipa de Cuidados Paliativos da ULSAM, em anos/meses *

8. 8. Colaboração com a Equipe de Cuidados Paliativos da ULSAM *

Marcar apenas uma oval.

- Tempo Inteiro
 Tempo Parcial

9. 9. Se respondeu Tempo Parcial na questão anterior, por favor designe o número de horas semanais

10. 10. Tem Formação Especifica em Cuidados Paliativos *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

11. 11. Se Sim, Qual

12. 12. Tem Formação em Ética e Deontologia Profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

13. 13. Tem Formação em Precauções Básicas de Controle de Infecção *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

14. 14. Tem Formação em Gestão de Risco *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

15. 15. Tem Formação em Emergências Clínicas *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

16. 16. Tem Formação em Emergências Não Clínicas *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

17. 17. Áreas de Interesse de Formação *

Marque todas que se aplicam.

- Apoios Sociais em Cuidados Paliativos
- Comunicação em Cuidados Paliativos
- Cuidados Paliativos e Doentes Hemodialisados
- Cuidados Paliativos e SarsCov2
- Dor Irruptiva
- Dor Não Oncológica
- Estatuto do Cuidador Informal
- Espiritualidade em Fim de Vida
- Feridas Malignas
- Insuficiência de Órgão
- Reabilitação em Cuidados Paliativos
- Terapêutica usada em Off-Label
- Terapias Alternativas em Cuidados Paliativos
- Nutrição em Situações de Fim de Vida
- Cuidados Paliativos e o Doente Psiquiátrico
- Adição em Cuidados Paliativos
- Úlcera de Pressão no Doente em Fim de Vida
- Ventilação Não-Invasiva
- Perda de Autonomia da Pessoa Doente
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
- Depressão e o Diagnóstico de Doença Incurável
- Sexualidade em Cuidados Paliativos
- Luto

18. 18. Outras Áreas de Interesse

19. 19. Considera Importante Formação Contínua em Serviço *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

20. 20. Que Vantagens Identifica na Formação em Serviço *

21. 21. Que Dificuldades Identifica na Formação em Serviço *

22. 22. Que sugestões acrescenta para a melhoria da Formação em Serviço

Grata pela Colaboração!

O presente questionário insere-se no Estágio de Natureza Profissional no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem a Pessoa em Situação Paliativa, realizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do castelo.

Pretende-se a partir do mesmo conhecer as Necessidades de Formação da Equipa Multidisciplinar de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, com o intuito de elaborar um Plano de Formação e assim contribuir para a Acreditação do Serviço a Idoneidade Formativa pela Ordem dos Enfermeiros.

Neste sentido solicita-se o seu contributo.

Para isso necessitará de cerca de 15 minutos para responder ao questionário.

O anonimato da respostas será garantido.

Grata pela colaboração.

Apêndice II – Planificação de Formação Anual – Equipa de Cuidados Paliativos

PLANO DE SESSÃO

Entidade:	Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo – IPVC		
Atividade:	Formação		
Tema:	Plano de Formação Anual – Equipa de Cuidados Paliativos		
Local:	Sala Reuniões - Equipa Cuidados Paliativos		
Horário:	9h-11h	Regime:	Presencial

Público-alvo:	Enfermeiros, Médicos, Assistente Social, Assistente Espiritual, Nutricionista, Psicólogos, Psiquiatra		
Equipa	Equipa de Cuidados Paliativos – Unidade Local de Saúde do Alto Minho		
Data	28/06/2022	Nº Horas:	2h
Objetivo Geral:	Apresentação do Plano de Formação Anual para o ano de 2023 para a Equipa Multidisciplinar de Cuidados Paliativos		

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação Geral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação pessoal; • Apresentação enquanto aluna do Mestrado em Enfermagem à pessoa em situação paliativa; • Contextualizar a sessão de formação. 	2'	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador
Plano de Formação Anual 2023	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem geral acerca da Formação em Serviço; • O Conceito de Formação em Serviço; • Método de Diagnóstico de Necessidades de Formação; • As necessidades de Formação da Equipa; • Sessões de Formação a planear; • A estratégia de implementação de um Plano de Formação em Serviço Anual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar a importância do Planeamento Anual da Formação em Serviço; • Conhecer o conceito de Formação em Serviço; • Compreender o desenvolvimento dos processos diagnóstico de necessidades de formação; • Conhecer a estratégia preconizada para a implementação de um Plano Anual de Formação em Serviço. 	15'	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Pen • Apresentação em powerpoint

Estágio de Natureza Profissional

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Formação em Serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de Formação em Serviço; • Diagnóstico de Necessidades em Formação Multidisciplinar da equipa de cuidados paliativos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho. • Caracterização da Formação Multidisciplinar a Implementar em Plano Anual; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o conceito de Formação em Serviço; • Conhecer a realidade formativa atual na equipa de cuidados paliativos na Unidade Local de Saúde do Alto Minho. • Conhecer o método de diagnóstico de necessidades; • Conhecer os temas de maior interesse para planeamento de formação; 	20'	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador
Apresentação da proposta de investigação	<ul style="list-style-type: none"> • Proposta de trabalho de investigação – Diagnóstico de Necessidade de Formação da Equipa Multidisciplinar de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho; • Enquadramento metodológico da investigação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar a proposta de investigação a realizar; • Apresentar os objetivos da investigação a desenvolver; • Apresentar a justificação para o estudo a desenvolver; • Apresentar o enquadramento metodológico da investigação. 	23'	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Pen • Apresentação em powerpoint
Problemas na Formação em Serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Constrangimentos atuais à implementação de um Plano Anual de Formação em Serviço; • Identificar estratégias e soluções na procura da otimização do processo de implementação de um Plano Anual de Formação em Serviço; 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar os constrangimentos identificados à implementação de um Plano Anual de Formação em Serviço; • Identificar novos constrangimentos e/ou preocupações quanto à implementação do processo de implementação de um Plano Anual de Formação em Serviço; 	60'	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo 	
Avaliação de conhecimentos adquiridos	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação da técnica de <i>brainstorming</i> para avaliação de conhecimentos adquiridos. 				
Avaliação da ação de formação	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de um questionário de satisfação. 				

Estágio de Natureza Profissional

Sessão	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Tempo Previsto	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Meios e Recursos
Metodologia de Avaliação	Aplicação de um questionário de satisfação. Aplicação da técnica de <i>brainstorming</i> .				

Data	Responsável pela Atividade
------	----------------------------

APÊNDICE III – Apresentação do Projeto de Formação



Necessidades de Formação - Equipa de Cuidados Paliativos

Liliana Teixeira



IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADES FORMATIVAS DA ECP



IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADES FORMATIVAS DA ECP

- A ULSAM tem definido em Regulamento Interno da Equipa de Cuidados Paliativos, já desde 2002 que "(...) assume como missão institucional o compromisso de excelência (...) garantindo a qualidade e efetividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia."
- Sendo neste seguimento que esta equipa procura a melhoria e crescimento permanentes, baseados na cientificidade e na prática diária de cuidados de saúde.

IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADES FORMATIVAS DA ECP



- A formação é, sem dúvida, a forma de atingir os objetivos de melhoria e crescimento contínuos a que as ECP procuram e se propõem.
- A existência de um projeto de formação específico, desenvolvido mediante as características e necessidades dos seus elementos, é de extrema importância, não podendo portanto ser descurado nem desvalorizado.
- Desenvolver um plano de formação para uma ECP tem de englobar a multidisciplinaridade, bem como a unicidade dos seus elementos, tem de procurar ir ao encontro do que é pretendido quer enquanto indivíduos, quer enquanto elementos de uma equipa que funciona em interligação permanente.

Enfermeira Responsável pela Formação Contínua



Para que qualquer percurso profissional se vá construindo de modo evolutivo e se vá enriquecendo, conta-se necessariamente tanto com os ganhos que a prática profissional acrescentam todos os dias, tanto com o enriquecimento que o estudo, através da procura constante de formação, adicionam e complementam.

Só assim, será permitido aos profissionais que tenham constante e crescente qualidade na sua prática, com a devida fundamentação teórica e científica.

Enfermeira Responsável pela Formação Contínua



- O objetivo fundamental deste Projeto de Formação é o de procurar garantir o nível máximo de qualidade de cuidados à pessoa em situação paliativa e seus familiares, não esquecendo outros de igual importância, como a satisfação profissional, implementação de métodos de trabalho, mudança de atitudes e comportamentos e uniformidade dos cuidados.
- O plano de formação, calendarizado de acordo com as disponibilidades pessoais dos formadores e formandos, e articulado com a Enfermeira Coordenadora da Equipa, procurará ser o mais flexível e exequível possível, tendo ainda em atenção os períodos de férias e os prazos relativos à execução dos trâmites de início e fim do ano de formação.
- Visando os profissionais referidos, o plano de formação procura colmatar as carências identificadas, incidindo, acima de tudo, as necessidades sentidas com a aplicação de um questionário.

Enfermeira Responsável pela Formação Contínua



- **Destinatários:** Profissionais de saúde da Equipa de CP.
- **Formadores:** Profissionais com formação avançada e/ou prática clínica em CP.
- **Horizonte temporal:** Biénio 2023/2024
- **Duração da formação:** Total de 90 horas (11 dias completos de 7h + 4h em presença física)
- **Calendário e horário:** 1 dia/semana, (7h/dia) num total de 12 semanas; biénio 2023/2024.

Enfermeira Responsável pela Formação Contínua



- **Metodologia letiva:** Considerando que os formandos são adultos, profissionais com experiência clínica, serão adotados os princípios da andragogia com recurso a metodologias ativas, a mobilização de conhecimentos e de experiências prévias, valorizando as vivências de cada um. São privilegiadas as metodologias: expositiva oral direta; trabalhos de grupo; discussão de casos clínicos; simulações; Estudo de Caso; *Brainstorming*; Pensamentos próprios (Autoscopia); "Action Maze" (labirinto de ações); *Role Playing*; Visualização e Reflexão crítica de filmes. Bibliografias de suporte.

Plano de Formação em Serviço



O planeamento e seleção de conteúdos são elaborados pelo responsável da formação, tendo em atenção as motivações dos formadores.

A estruturação da comunicação será da responsabilidade dos respetivos formadores, assim como a seleção de estratégias e métodos a utilizar na apresentação.

A marcação de cada sessão será afixada com pelo menos 7 dias de antecedência, com a indicação do tema, objetivo, formador, data, hora e local da apresentação e seus destinatários. A calendarização do programa será estabelecida até dezembro de 2024, de acordo com Enfermeira Coordenadora da Equipa.

FORMAÇÃO PROPOSTA PARA 2023/2024



TEMA: Apoios Sociais em Cuidados Paliativos	
Objetivo:	Realizar avaliação socializar e mobilizar em situações paliativas, reconhecer a família como um dos cuidadores. Compreender as principais ações sociais no âmbito de pessoas em situação de doença em períodos de cura. Terceira conferência de qual se aplica ao âmbito dos cuidados. Terceira conferência sobre os cuidados sociais em domicílio. Saber as respostas disponibilizadas pelo RNCCD.
Conteúdos:	RNCCD; Apoios sociais em domicílio; Apoio na preparação da alta hospitalar; Cuidados Informais; Apoios ao cuidador
Formador:	A. D. SILVA
Destinatários:	Profissionais de saúde

FORMAÇÃO PROPOSTA PARA 2023/2024



TEMA: Comunicação em Cuidados Paliativos	
Objetivo:	Compreender a importância da comunicação em situações paliativas, reconhecer a família como um dos cuidadores. Compreender as principais ações sociais no âmbito de pessoas em situação de doença em períodos de cura. Terceira conferência de qual se aplica ao âmbito dos cuidados. Terceira conferência sobre os cuidados sociais em domicílio. Saber as respostas disponibilizadas pelo RNCCD.
Conteúdos:	Comunicação em CP: princípios e competências específicas; Comunicação em Situações complexas; Comunicação de más notícias; lidar com a incerteza e com expectativas irreais; lidar a ansiedade; gestão da esperança; Dinâmicas Familiares como instrumento terapêutico; Comunicação na Equipa Interdisciplinar.
Formador:	A. D. SILVA
Destinatários:	Profissionais de saúde

FORMAÇÃO PROPOSTA PARA 2023/2024



TEMA: Cuidados Paliativos e Doenças não oncológicas	
Objetivo:	Realizar avaliação socializar e mobilizar em situações paliativas, reconhecer a família como um dos cuidadores. Compreender as principais ações sociais no âmbito de pessoas em situação de doença em períodos de cura. Terceira conferência de qual se aplica ao âmbito dos cuidados. Terceira conferência sobre os cuidados sociais em domicílio. Saber as respostas disponibilizadas pelo RNCCD.
Conteúdos:	Doenças não oncológicas: deterioramento psiquiátrico, doença neurodegenerativa crónicas, insuficiência de órgão terminal
Formador:	A. D. SILVA
Destinatários:	Profissionais de saúde

FORMAÇÃO PROPOSTA PARA 2023/2024



TEMA: Cuidados Paliativos e Doenças não oncológicas	
[Redacted]	
Conteúdos:	Doenças não oncológicas; distúrbios/condições psiquiátricas; doenças neurodegenerativas crônicas; insuficiência de órgão artificial
Destinatários:	Profissionais de saúde

FORMAÇÃO PROPOSTA PARA 2023/2024



TEMA: Espiritualidade em Fim de Vida	
[Redacted]	
Conteúdos:	Avaliação sociodemográfica; diagnóstico de necessidades; atuação multidisciplinar da equipe no doente, família e equipe; Profeta de Luta: condição e fase do lar/hospital; Luta; Psicologia: avaliação, objetivos de orientação e linhas orientadoras para a intervenção terapêutica; Espiritualidade em CR
Destinatários:	Profissionais de saúde

FORMAÇÃO PROPOSTA PARA 2023/2024



TEMA: Terapêutica usada em CR-Label	
[Redacted]	
Formador:	A, DCP-0001
[Redacted]	
Destinatários:	Profissionais de saúde

FORMAÇÃO PROPOSTA PARA 2023/2024



TEMA: Terapêutica usada em DR-Label	
[Conteúdo oculto]	
Formador	A. DCFVSR
[Conteúdo oculto]	
Destinatários	Profissionais de saúde

FORMAÇÃO PROPOSTA PARA 2023/2024



TEMA: Dor não Oncológica	
[Conteúdo oculto]	
Conteúdos	Conceito e etiologia da Dor crónica não oncológica; Terapêuticas e tratamentos para a dor não-oncológica; A adesão ao regime terapêutico; A dor crónica não-oncológica em jovens e em idosos; Resiliência e medicamentos; Mitos sobre a dor crónica
Destinatários	Profissionais de saúde

FORMAÇÃO PROPOSTA PARA 2023/2024



- No final de cada sessão formativa, e com base nos conteúdos abordados durante a mesma e ainda outros que possam surgir, proceder-se-á elaboração da primeira e seguintes edições do Jornal club mensal.

FORMAÇÃO PROPOSTA PARA 2023/2024



- No final de cada sessão formativa, e com base nos conteúdos abordados durante a mesma e ainda outros que possam surgir, proceder-se-á elaboração da primeira e seguintes edições do *Jornal club mensal*.

Conclusões



- Em GP cada vez mais surgem situações complexas que exigem uma intervenção multidisciplinar, uma prestação de cuidados individualizados, especializados e uma resposta em tempo útil.
- Neste contexto, considera-se que todos os profissionais da equipa multidisciplinar devem possuir competências que lhes permitam mobilizar os conhecimentos para que a sua intervenção seja holística e de qualidade.



Obrigada

APÊNDICE IV – Projeto de Formação 2023-2024

**Formação de uma Equipa de Cuidados Paliativos
para a Acreditação da Idoneidade Formativa em
Enfermagem**

**Projeto
Formação em
Serviço
2023/2024**

Liliana Salomé Pinto Teixeira

Viana do Castelo, 2023

INTRODUÇÃO

O estudo realizado na Equipa de CP de uma Unidade de Saúde do Norte, constituída por 23 profissionais de saúde, revelou que os mesmos expressaram, como áreas de interesse de formação: Comunicação em CP, Apoios Sociais em CP, em CP, Doentes Hemodialisados, Doente Psiquiátrico, Dor Não Oncológica e Terapêutica usada em *Off-Label* e Espiritualidade em Fim de Vida. Todos os elementos da equipa consideram importante a existência de formação em serviço, que se adequa às necessidades dos doentes/família, atualização de conhecimentos, melhoria dos cuidados prestados e aquisição e consolidação de conhecimentos.

O objetivo fundamental deste Projeto de Formação é o de procurar garantir o nível máximo de qualidade de cuidados à pessoa em situação paliativa e seus familiares, não esquecendo outros de igual importância, como a satisfação profissional, implementação de métodos de trabalho, mudança de atitudes e comportamentos e uniformidade dos cuidados.

O plano de formação, calendarizado de acordo com as disponibilidades pessoais dos formadores e formandos, e articulado com a Enfermeira Coordenadora da Equipa, procurará ser o mais flexível e exequível possível, tendo ainda em atenção os períodos de férias e os prazos relativos à execução dos trâmites de início e fim do ano de formação. Visando os profissionais referidos, o plano de formação procura colmatar as carências identificadas, incidindo, acima de tudo, as necessidades sentidas com a aplicação de um questionário.

OBJETIVOS E ATIVIDADES PLANEADAS

As condições prévias para elaborar o plano de formação para o biénio 2023/2024 tiveram por base o levantamento das necessidades formativas sentidas pela equipa. Assim, a formação corresponde às necessidades objetivas e estar integrada na política da instituição, ao contemplar o conhecimento dos formandos e suas necessidades formativas, bem como procura traçar prioridades sobre às áreas temáticas identificadas e mais carenciadas. A especificação dos objetivos passa pela melhoria do desempenho, continuidade da evolução dos conhecimentos e motivação dos formandos.

A formação está planeada em sala e, simultaneamente, por WEB ZOOM.

Por tudo isto, os objetivos definidos, formação e capacitação dos profissionais de saúde para a aquisição de mais conhecimentos de modo a permitir o desenvolvimento de competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com necessidades de CP e sua família, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, em conformidade com a filosofia dos CP, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar, teve em conta as necessidades encontradas e o seu grau de prioridade, além das políticas da instituição e capacidade dos serviços em matéria de recursos humanos. Ter-se-á em conta também a escolha dos métodos de realização das ações pelos formadores, as necessidades individuais de formação multidisciplinares e os níveis de formação.

Destinatários: Profissionais de saúde de uma Equipa de CP de uma Unidade de Saúde do Norte

Formadores: Profissionais com formação avançada e/ou prática clínica em CP.

Horizonte temporal: biénio 2023/2024

Duração da formação: total de 90 horas (11 dias completos de 7h + 4h em presença física)

Calendário e horário: 1 dia/semana, (7h/dia) num total de 12 semanas; biénio 2023/2024.

Metodologia letiva: Considerando que os formandos são adultos, profissionais com experiência clínica, serão adotados os princípios da andragogia com recurso a metodologias ativas, a mobilização de conhecimentos e de experiências prévias, valorizando as vivências de cada um. São privilegiadas as metodologias: expositiva oral direta; trabalhos de grupo, discussão de casos clínicos; simulações; Estudo de Caso; *Brainstorming*; Pensamentos próprios (Autoscopia); “Action Maze” (labirinto de ações); *Role Playing*; Visualização e Reflexão crítica de filmes. Bibliografia de suporte.

PLANO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O planeamento e seleção de conteúdos são elaborados pelo responsável da formação, tendo em atenção as motivações dos formadores.

A estruturação da comunicação será da responsabilidade dos respetivos formadores, assim como a seleção de estratégias e métodos a utilizar na apresentação. A marcação de cada sessão será afixada com pelo menos 7 dias de antecedência, com a indicação do tema, objetivo, formador, data, hora e local da apresentação e seus destinatários. A calendarização do programa será estabelecida até dezembro de 2024, de acordo com Enfermeira Coordenadora da Equipa.

FORMAÇÃO PROPOSTA PARA 2023/2024

TEMA: Apoios Sociais em Cuidados Paliativos

Objetivo	Realizar avaliação sociofamiliar e estabelecer um diagnóstico psicossocial, considerando sempre a Família como alvo de cuidados; compreender os principais apoios sociais ao alcance da pessoa em situação de doença sem perspectiva de cura; Tomar conhecimento de quais os apoios ao alcance dos cuidadores; Tomar conhecimento acerca das respostas sociais em domicílio; Saber as respostas disponibilizadas pela RNCCI.
Conteúdos	RNCCI; Apoios sociais em domicílio; Apoios na preparação da alta hospitalar; Cuidador Informal; Apoios ao cuidador
Formador	A DEFINIR
Destinatários	Profissionais de saúde

TEMA: Comunicação em Cuidados Paliativos

Objetivos	Envolver família no processo de cuidados, promovendo a sua autonomia e prevenindo a sua claudicação; Compreender os princípios gerais da comunicação com a pessoa em situação paliativa e família de forma articulada com restante equipa interdisciplinar; Desenvolver perícias essenciais de assertividade na comunicação; Desenvolver capacidades de comunicação em situações problemáticas e complexas, relacionadas com o fim de vida;
Conteúdos	Comunicação em CP: princípios e competências específicas. Comunicação em Situações complexas: Comunicação de más notícias, lidar com a incerteza e com expetativas irrealistas; treinar a assertividade; gestão da esperança; Conferência Familiar como instrumento terapêutico; Comunicação na Equipa Interdisciplinar.
Formador	A DEFINIR
Destinatários	Profissionais de saúde

TEMA: Cuidados Paliativos e Doenças não oncológicas

Objetivos	Compreender a filosofia e princípios dos CP nas doenças não oncológicas; As doenças de insuficiência de órgão; Abordar as suas especificidades na avaliação do prognóstico, O controlo dos sintomas mais prevalentes e comunicação e apoio à família.
Conteúdos	Doenças não oncológicas: demência/doente psiquiátrico, doenças neurodegenerativas crónicas, insuficiência de órgão terminal.
Formador	A DEFINIR
Destinatários	Profissionais de saúde

TEMA: Espiritualidade em Fim de Vida

Objetivo	Assistir o doente, a família e os amigos, ajudando-os a lidar com o sofrimento, a dor e as perdas; Caracterização e abordagem do luto antecipatório; Caraterizar o processo de luto normal e diferenciar de luto patológico; Atuar de modo terapêutico junto de doente e família nas diferentes fases do luto, e atuar preventivamente quanto ao luto patológico; Compreender a definição humanística e fenomenológica da espiritualidade e suas diferentes dimensões; princípios da abordagem espiritual.
Conteúdos	Avaliação sociofamiliar /diagnóstico de necessidades; Impacto multidimensional da morte no doente, família e equipa; Processo de Luto: conceito e fases do luto normal; Luto Patológico: avaliação, objetivos da orientação e linhas orientadoras para a intervenção terapêutica; Espiritualidade em CP.
Formador	A DEFINIR
Destinatários	Profissionais de saúde

TEMA: Terapêutica usada em *Off-Label*

Objetivo	Compreender as questões éticas, os riscos inerentes à segurança e efetividade da utilização da terapêutica; Desenvolver estudos com base teórica e prática acerca da terapêutica usada off-label;
Conteúdos	Conceito e âmbito de utilização <i>off-label</i> ; enquadramento legal; melhor opção terapêutica ou mesmo por carência de alternativas terapêuticas aprovadas; condições que constituem a indicação e a forma de uso mais frequente do medicamento: indicações terapêuticas, dosagem, frequência de administração e via de administração; consentimento informado; adequada monitorização do doente, como condições essenciais; reações adversas associadas ao uso <i>off-label</i> de medicamentos.
Formador	A DEFINIR
Destinatários	Profissionais de saúde

TEMA: Dor não Oncológica

Objetivo	Compreender a Dor não oncológica; Como tratar a dor não oncológica; Valorizar a gravidade da Dor Crónica não oncológica; Epidemiologia da Dor crónica;
Conteúdos	Conceito e etiologia da Dor crónica não oncológica; Terapêutica e tratamentos para a dor não oncológica; A adesão ao regime terapêutico; A dor crónica não oncológica em jovens e em idosos; Resistência a medicamentos; Mitos sobre a dor crónica;
Formador	A DEFINIR
Destinatários	Profissionais de saúde

No final de cada sessão formativa, e com base nos conteúdos abordados durante a mesma e ainda outros que possam surgir, proceder-se-á elaboração da primeira e seguintes edições do *Jornal club mensal*.

ÚLTIMAS NOTAS

A formação é, ao mesmo tempo, um direito e um dever, criando obrigações distintas nos responsáveis dos estabelecimentos de saúde e nos profissionais, mas centrados num mesmo objetivo, o de fomentar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde aos cidadãos.

Salienta-se ainda o princípio qualidade e segurança nos cuidados de saúde, orientador da conduta profissional, contudo, aproximar um projeto de formação em serviço deste princípio é trabalho em constante mudança.

O projeto de formação em serviço apresentado tem a particularidade de ser uma proposta de um dos elementos da equipa do serviço em virtude da atual formação, não deixando, assim, de materializar as necessidades de formação, expressas pela respetiva equipa e tendo como objetivo ser acrescido dos contributos dos restantes elementos da equipa.

Viana de Castelo, Março 2023

(Liliana Teixeira)