



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Curso de Mestrado em Direção e Chefia de  
Serviços de Enfermagem**

**Eficácia da Teleconsulta de Enfermagem na  
Gestão de Cuidados Paliativos: Revisão  
Sistemática da Literatura**

**DISSERTAÇÃO**

**Cátia Regina Lima Moreira**

**Porto, 2024**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
**Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem**

---

EFICÁCIA DA TELECONSULTA DE ENFERMAGEM NA  
GESTÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO  
SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Dissertação orientada pela Professora  
Doutora Maria José Lumini e coorientada pela  
Professora Doutora Patrícia Coelho.

Porto, 2024

## DEDICATÓRIA

A todos aqueles a quem respondi  
“...agora não, estou a trabalhar...”

## AGRADECIMENTO

A todos os que contribuíram de forma direta ou indireta para a elaboração desta tese de mestrado, o meu sincero agradecimento. Gostaria, ainda, de manifestar o meu profundo reconhecimento em particular:

À Professora Doutora Maria José Lumini, pela orientação, apoio, disponibilidade e abertura para todas as dúvidas demonstradas durante a elaboração de todo este trabalho.

À Professora Doutora Patrícia Coelho pela coorientação, apoio, disponibilidade e palavras de incentivo.

A todos os familiares que me incentivaram e apoiaram durante esta caminhada. Ao meu marido João Rodrigues, pela paciência, apoio e disponibilidade que sempre demonstrou, estando ao meu lado e, por vezes, sendo pai e mãe para os nossos filhos.

Aos meus filhos, pelo carinho, amor e alegria no olhar que me tranquilizavam.

A todos o meu sincero...**OBRIGADO**

## RESUMO

**Introdução:** A teleconsulta em cuidados paliativos, além de proporcionar uma avaliação clínica do doente e da família, facilita a gestão de sintomas e contribui para a manutenção da qualidade de vida.

**Objetivo:** Identificar a evidência disponível sobre a eficácia da teleconsulta de enfermagem na gestão de cuidados paliativos, visando compreender o impacto desta abordagem na qualidade da assistência e na satisfação da pessoa em situação paliativa e dos seus familiares.

**Metodologia:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, conforme as diretrizes da JBI, entre fevereiro e março de 2024, utilizando as bases de dados eletrónicas EBSCOhost Web, Pubmed, Scopus e Web of Science.

**Resultados:** Foram selecionadas 7 publicações (n=7), entre as quais se incluem estudos randomizados (n=4) e artigos de revisão sistemática da literatura (n=3). Nas publicações incluídas, o principal meio de contato foi a chama telefónica. Os benefícios identificados incluíram a melhoria da qualidade de vida, uma gestão mais eficaz dos sintomas, acompanhamento contínuo, e a redução de custos económicos e de tempo. As limitações incluem as dificuldades na avaliação à distância, as falhas técnicas, os desafios relacionados com a iliteracia digital e a formação dos profissionais. Os níveis de satisfação são altos, embora a teleconsulta não substitua a proximidade e o apoio emocional dos cuidados presenciais.

**Conclusão:** A teleconsulta de enfermagem é uma alternativa viável para o acompanhamento de doentes à distância, contribuindo para cuidados mais flexíveis, acessíveis e eficientes. Mostrou-se eficaz na gestão de sintomas, acompanhamento contínuo e redução de custos. Contudo, apresenta limitações na avaliação clínica à distância, nas falhas técnicas e necessidade de formação em competências digitais para doentes, cuidadores e profissionais.

**Palavras-chave:** Teleconsulta de enfermagem; Cuidados paliativos; Pessoa em situação paliativa; Familiares cuidadores; Enfermeiros

## ABSTRACT

**Introduction:** Teleconsultation in palliative care, in addition to providing a clinical assessment of the patient and family, facilitates symptom management and contributes to maintaining quality of life.

**Objective:** To identify the available evidence on the effectiveness of nursing teleconsultation in palliative care management, aiming to understand the impact of this approach on the quality of care and satisfaction of people in palliative situations and their families.

**Methodology:** A systematic review of the literature was carried out, according to JBI guidelines, between February and March 2024, using the electronic databases EBSCOhost Web, Pubmed, Scopus and Web of Science.

**Results:** There were selected 7 publications (n=7), including randomized studies (n=4) and systematic literature review articles (n=3). In the included publications, the main means of contact was telephone calls. The benefits identified included improved quality of life, more effective symptom management, continuous monitoring, and reduction of economic and time costs. Limitations include difficulties in remote assessment, technical failures, and challenges related to digital illiteracy and professional training. In terms of satisfaction levels, they are high, although teleconsultation does not replace the closeness and emotional support of in-person care.

**Conclusion:** Nursing teleconsultation is a viable alternative for monitoring patients remotely, contributing to more flexible, accessible and efficient care. It has proven effective in managing symptoms, continuous monitoring and reducing costs, although remote clinical assessment it faces challenges such as technical failures and the need for training in digital skills for patients, caregivers and professionals.

**Keywords:** Telenursing; Palliative care; Palliative Patient; Family Cargiver; Nurses

**CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS**

ACP - Advance Care Planning (Planeamento de Cuidados Antecipados)  
CP - Cuidados Paliativos  
CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos  
CNTS - Centro Nacional de TeleSaúde  
DA - Diretiva Antecipada  
DGS - Direção Geral da Saúde  
ED- Emergency Department (departamento de emergência)  
EMPAlIA - Emergency Medicine Palliative Care Access  
ESAS - Edmonton Symptom Assessment Scale  
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto  
EUA - Estados Unidos da América  
FACT-G - Functional Assessment of Cancer Therapy-General  
HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale  
INE - Instituto Nacional de Estatística  
JBI - Joanna Briggs Institute  
LBCP - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos  
OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PEDCP - Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos  
PENTS - Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde  
PICOD - População, Intervenção, Comparação, Resultados, Desenho  
PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis  
PSQ - Patient Satisfaction Questionnaire  
RCT - Randomized Controlled Trial  
RENTEV - Registo Nacional do Testamento Vital  
RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos  
RSL - Revisão Sistemática da Literatura  
SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPCT - Specialized Palliative Care Team (equipa de cuidados paliativos especializados)

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

STAI - State-Trait Anxiety Inventory

TIC - Tecnologias da Informação e da Comunicação

UCLA - University of California, Los Angeles

UE - União Europeia

WHO - World Health Organization

## Índice

1.INTRODUÇÃO .....	11
2.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	15
2.1. Cuidados Paliativos – Uma breve abordagem do conceito à atualidade .....	15
2.1.1. Políticas de Cuidados Paliativos: Da Lei de Bases ao Plano Estratégico .....	17
2.1.2. Papel do enfermeiro gestor nos cuidados paliativos .....	19
2.2. <i>eHealth</i> : a inovação associada aos cuidados de saúde .....	22
2.2.1. <i>Telehealth</i> (Telessaúde): conceito e benefícios da sua utilização em Portugal ..	24
2.2.1.1. A Teleenfermagem na melhoria da prestação de cuidados .....	26
2.3. Importância da Teleconsulta de enfermagem nos cuidados paliativos .....	29
3.ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	33
3.1. Tipo de estudo – RSL.....	33
3.2. Formulação da questão de investigação e objetivos .....	34
3.3. Critérios de inclusão e de exclusão .....	36
3.4. Estratégia de pesquisa.....	38
3.5. Identificação, seleção dos estudos e análise crítica .....	40
3.6. Extração e síntese dos dados .....	41
4.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	43
5.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	57
6.CONCLUSÃO.....	65
7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	68
ANEXOS .....	79

**ÍNDICE de TABELAS**

Tabela 1 - Estratégia PICOD .....	35
Tabela 2 - Critérios de inclusão e de exclusão .....	38
Tabela 3 - Termos de pesquisa .....	39
Tabela 4 - Bases de dados e frase booleana .....	40
Tabela 5 - Estudos incluídos na RSL .....	44
Tabela 6 - Critérios JBI para a qualidade metodológica de ensaios clínicos randomizados e controlados, incluídos na RSL .....	46
Tabela 7 - Critérios JBI para a qualidade metodológica das revisões sistemáticas incluídas na RSL.....	47
Tabela 8 - Descrição geral dos estudos .....	49
Tabela 9 - Análise de estudos randomizados incluídos .....	51
Tabela 10 - Análise das RSL, incluídas .....	54

## ÍNDICE de FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma PRISMA .....	43
------------------------------------	----



## 1. INTRODUÇÃO

Em Portugal, ao longo dos anos, verifica-se um aumento da longevidade, acompanhado de um crescimento da população idosa. Este fenómeno está associado ao aumento de doenças crónicas e degenerativas, que resultam num maior grau de dependência e na necessidade de cuidados cada vez mais complexos e dirigidos (Direção Geral da Saúde [DGS], 2021; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os sistemas de saúde devem incluir os Cuidados Paliativos (CP) nos cuidados disponibilizados a pessoas com patologias crónicas e ameaçadoras da vida (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2021).

Os cuidados paliativos, segundo a OMS (2020), são cuidados que melhoram a qualidade de vida dos doentes e família, que enfrentam problemas relacionados com uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado. São cuidados prestados por uma equipa com o objetivo de prevenir e aliviar o sofrimento, através da identificação precoce e tratamento dos problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais.

Como enfermeira a trabalhar num Serviço de Cuidados Paliativos, tanto em internamento, como em consulta externa, testemunho diariamente as dificuldades enfrentadas por doentes, familiares e profissionais. Considerando o estado geral dos doentes seguidos em cuidados paliativos (com astenia marcada), a sua localização geográfica (frequentemente em áreas rurais e distantes dos grandes centros urbanos), os recursos económicos limitados e a escassez de recursos humanos nos serviços, torna-se pertinente realizar um estudo sobre a “Eficácia da Teleconsulta de Enfermagem na Gestão de Cuidados Paliativos: Revisão Sistemática da Literatura”, inserido no Mestrado de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) no ano letivo de 2023/2024. Este estudo insere-se neste mestrado porque compete ao enfermeiro gestor adequar da melhor

forma possível os recursos existentes às necessidades dos doentes, fundamentando a prática clínica na melhor evidência científica, para obter ganhos em saúde.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021), a **teleconsulta** é um meio de comunicação seguro e rápido, que possibilita o controle de sintomas e manutenção da qualidade de vida. Permite uma avaliação clínica eficaz do doente e família, o que se traduz num aumento de eficácia em termos clínicos e numa economia de recursos.

Assim, a finalidade do estudo é identificar o tipo de evidência que existe sobre a eficácia da teleconsulta de enfermagem na gestão de cuidados paliativos, visando compreender o impacto dessa abordagem na qualidade da assistência e na satisfação da pessoa em situação paliativa e dos seus familiares.

A reflexão sobre esta realidade levou à formulação da questão central do estudo: “Qual é a eficácia da teleconsulta de enfermagem na gestão de cuidados paliativos, considerando os métodos, resultados, satisfação da pessoa em situação paliativa, familiares e profissionais de saúde?” A partir desta questão, foram definidos os seguintes objetivos:

- Identificar os benefícios da teleconsulta de enfermagem em CP;
- Identificar as limitações da teleconsulta de enfermagem em CP;
- Analisar os métodos e as tecnologias utilizadas na teleconsulta de enfermagem em CP;
- Identificar a satisfação dos doentes, familiares e/ou cuidadores em relação à teleconsulta de enfermagem em CP;
- Identificar a satisfação dos profissionais em relação à teleconsulta de enfermagem em CP.

Para a realização deste trabalho, optamos por uma revisão sistemática da literatura, como forma de obter resultados que permitam atingir os objetivos.

O trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos essenciais: enquadramento teórico, metodologia do estudo, apresentação dos resultados e discussão dos mesmos.

No primeiro capítulo apresentamos o enquadramento teórico, abordando o conceito dos Cuidados Paliativos até à realidade atual, o papel do enfermeiro gestor nos cuidados paliativos e a *eHealth* (eSaúde) que engloba a *Telehealth* (Telessaúde) e a Teleenfermagem. Abordamos ainda a importância da Teleconsulta de Enfermagem nos CP.

No segundo capítulo descrevemos o percurso metodológico que orientou o desenvolvimento deste estudo, abordando todas as opções metodológicas tomadas na formulação da revisão, em conformidade com as orientações da *Joanna Briggs Institute* (JBI).

No terceiro capítulo mostramos os resultados com recurso ao fluxograma *PRISMA* (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) para demonstrar o processo de seleção, conforme orientações da JBI e a restante apresentação encontra-se esquematizada em tabela.

Por fim, no quarto capítulo apresentamos a discussão dos resultados, onde é efetuada uma análise crítico-reflexiva.

A presente dissertação segue as orientações para apresentação de teses de Mestrado da ESEP. Para elaboração das referências bibliográficas, foi utilizada a norma a *American Psychological Association* (7ª edição).

Esperemos que esta experiência contribua para o crescimento a nível pessoal e profissional, servindo de incentivo para futuras pesquisas.



## 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Com o objetivo de clarificar e aprofundar a compreensão da temática em estudo, apresentamos neste capítulo o enquadramento teórico, resultante pesquisa bibliográfica efetuada.

Assim, abordamos os Cuidados Paliativos, o papel do enfermeiro gestor nesses cuidados, o conceito de *eHealth* (eSaúde), a *telehealth* (Telessaúde), a teleenfermagem e a importância da Teleconsulta de enfermagem nos Cuidados Paliativos.

### 2.1. Cuidados Paliativos – Uma breve abordagem do conceito à atualidade

Na década de 1960 em Londres, surgiu o Movimento Moderno de Cuidados Paliativos, com a fundação do Saint Christopher`s Hospice por Dame Cicely Saunders. Preocupada com sofrimento dos doentes, procurou intervir para melhorar a qualidade de vida, independentemente do tempo de vida restante, introduzindo o conceito de dor total (ESEP, 2021; Neves, 2000).

Em 1988, foi criada a Associação Europeia de Cuidados Paliativos. Em Portugal, as primeiras iniciativas para o desenvolvimento dos cuidados paliativos surgiram na década de 1990, destacando-se a fundação da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos em 1995.

O desenvolvimento da ciência e a evolução tecnológica resultaram no aumento da esperança média de vida e na prevalência de doenças crónicas, o que alterou a essência dos cuidados a pessoas com doença incurável. Segundo a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2024), em Portugal, a esperança média de vida, em comparação com União Europeia (UE), aumentou mais rapidamente, sendo as principais causas de morte as doenças cardiovasculares e o cancro.

De acordo com os dados do INE referentes ao ano de 2022 (INE, 2024), as causas naturais representam 95,7% do total de mortes no país e 61,2% ocorrem em instituições hospitalares.

Tendo em conta que as doenças crónicas, progressivas ou avançadas condicionam a qualidade de vida e aumentam o sofrimento do doente e família, é imprescindível a prestação de cuidados paliativos com o objetivo de promover o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida.

Os Cuidados Paliativos são definidos como:

“cuidados holísticos, ativos, prestados a indivíduos de todas as idades com sofrimento intenso decorrente de doença grave, especialmente dirigidos àqueles perto do fim de vida. Têm como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes, das suas famílias e cuidadores”  
(International Association for Hospice and Palliative Care, 2018).

Estes cuidados podem ser prestados em qualquer estágio da doença, desde o diagnóstico até à fase final e apoio no luto, tendo em atenção o grau de sofrimento associado (Neto, 2010). São também tidas em consideração as necessidades da família, a qual é envolvida em todo o processo de cuidar, que poderá prolongar-se até ao processo de luto (Gonçalves, 2002, 2009).

Os cuidados paliativos fundamentam-se num conjunto de princípios e valores, entre os quais se destacam a universalidade (cuidados para todos), a equidade (acessíveis), a qualidade, a autonomia, a dignidade, a proximidade, a permanência no ambiente familiar, a normalização (aceitação da morte como processo natural), a eficiência, a interdisciplinaridade das equipas, a precocidade, a polivalência (cuidados adaptados às necessidades), a solidariedade e, por fim, a humanização (baseada nos princípios da privacidade, comunicação, autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) (CNCP, 2021).

A prática de CP respeita a cultura, a religião, os valores e as crenças de cada pessoa, de forma a promover a dignidade humana e encontrar um sentido para

a vida que lhe resta. É fundamental o trabalho desenvolvido por uma equipa interdisciplinar, devidamente preparada para dar respostas às várias necessidades da pessoa e da família (ESEP, 2021). O trabalho desenvolvido por esta equipa deve ser sustentado por legislação, de modo a garantir a qualidade nos cuidados.

### **2.1.1. Políticas de Cuidados Paliativos: Da Lei de Bases ao Plano Estratégico**

Em 2012 foram publicados dois importantes documentos legais relacionados com os CP: o Decreto-Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, que estabelece a Lei do Testamento Vital, e o Decreto-Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, que consagra a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. O Decreto-Lei 25/2012, de 16 de julho, p.3728) “regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de um procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)”, fundamentando-se no princípio ético do respeito pela autonomia do doente que, em qualquer momento, pode perder a capacidade de manifestar a sua vontade em relação a decisões sobre a sua saúde.

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP), estabelecida pelo Decreto-Lei n.º 52/2012, consagra o direito de acesso dos cidadãos aos Cuidados Paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), sob a tutela do Ministério da Saúde. De acordo com esta lei, os princípios pelos quais se regem os CP são:

- a) A morte é um processo natural que não pode ser prolongado pela obstinação terapêutica, afirmando assim a vida e o valor intrínseco de cada pessoa;
- b) Aumentam a qualidade de vida do doente e família;
- c) Prestação de cuidados técnicos rigorosos, individualizados, humanizados;

- d) Interdisciplinaridade e multidisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;
- e) Conhecimento de vários sintomas, em especial da dor;
- f) Atenção às necessidades individuais de cada doente;
- g) Respeito pelas práticas culturais, pessoais e religiosas, bem como pelas crenças e valores de cada um.

Conforme previsto na LBCP, a CNCP foi criada, pelo despacho n.º 7824/2016, sendo responsável pela coordenação da RNCP (Decreto-Lei n.º 52/2012). Esta Comissão apresenta como uma das suas responsabilidades desenvolver o Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP), sendo o último publicado para o biénio 2021-2022 (CNCP, 2021) e mais recentemente a elaboração do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental, para biénio 2023-2024, que vem reforçar as abordagens e fundamentos do plano anterior (CNCP, 2023).

Com os PEDCP de biénios anteriores (2017-2018 e 2019-2020) foi possível a criação de “uma RNCP funcional, com integração nos três níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados), baseadas em equipas especializadas de cuidados paliativos, com funções de prestação direta de cuidados” e de assessoria (CNCP, 2021, p.8).

Apesar da Rede abranger uma área geográfica mais extensa (Portugal Continental), muitas equipas ainda enfrentam necessidades formativas, e a maioria apresenta um número inadequado de recursos humanos (CNCP, 2021).

Em 2020, com o impacto da COVID-19, muitos dos recursos foram redirecionados. O PEDCP 2021-2022 visa recuperar os recursos para as funções originalmente previstas nas equipas de cuidados paliativos. O principal objetivo para Portugal nos próximos 10 anos é conseguir uma integração avançada dos cuidados paliativos em todo o sistema de saúde como pretendido pela OMS.

É amplamente reconhecido que a implementação precoce dos cuidados paliativos traz benefícios significativos para os doentes e suas famílias, reduzindo o impacto dos sintomas nos doentes e aliviando a sobrecarga dos familiares cuidadores. Como consequência, diminuem-se os internamentos hospitalares e o recurso aos serviços de urgência, resultando a redução dos custos em saúde (CNCP, 2019; ESEP, 2021).

### **2.1.2. Papel do enfermeiro gestor nos cuidados paliativos**

O enfermeiro, como membro da equipa multidisciplinar de cuidados paliativos, assume um lugar privilegiado junto do doente e família. Com diversas competências, o enfermeiro é capaz de identificar as necessidades, planejar, organizar, executar e avaliar os cuidados, visando atenuar o sofrimento, promover a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa doente e da sua família.

Em concordância com Alvarenga (2018), o enfermeiro é o elemento que mais tempo permanece junto do doente, tendo oportunidade de o conhecer melhor como pessoa e ao seu contexto familiar, económico, social e cultural. Também Sampaio et al. (2022), refere que os cuidados de enfermagem são primordiais e indispensáveis para garantir uma assistência digna e humanizada a todos os aqueles que precisam deste tipo de cuidados.

Com a evolução tecnocientífica, a prática de cuidados de enfermagem tornou-se mais complexa e exigente. Assim, a gestão em enfermagem em CP assume um papel relevante como forma de garantir a qualidade destes cuidados.

Diante das novas exigências da sociedade, é fundamental que o enfermeiro gestor possua competências que assegurem a competitividade e inovação contínua. Ferramentas que permitam operar junto da equipa multiprofissional e interdisciplinar, respondendo de forma eficiente, efetiva, eficaz e com qualidade

às exigências impostas e expectativas da pessoa doente e família (Neves, 2012; Tamada et al., 2013).

De acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento 101/2015, 2015, p.5949), o enfermeiro gestor detém

“um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”.

De acordo com o mesmo regulamento, cabe ao enfermeiro gestor promover junto da equipa o desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional), bem como a gestão “de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros” (Regulamento 101/2015, 2015, p.5949).

Para Tamada et al. (2013), o enfermeiro gestor é o elo de ligação entre a organização, o doente e os profissionais, como tal é detentor de várias competências. Segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento 101/2015, 2015, p.5949, 5952), o enfermeiro gestor possui as competências de assessoria e de gestão no que respeita à competência do domínio da assessoria, este “desempenha um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde” através da aplicabilidade de conhecimentos de “liderança, marketing, gestão financeira, gestão de projetos, governação clínica e poder executivo”. No domínio da gestão: garante uma prática profissional e ética no seio da equipa, bem como a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados; otimiza as respostas às necessidades através da gestão da equipa e dos serviços/unidades; promove o desenvolvimento das competências dos profissionais que lidera e garante a prática profissional baseada na evidência.

Compete a este a participação na gestão dos custos da prestação de cuidados, assegurando e demonstrando que o cuidado prestado ao doente é o mais adequado em termos de custo-efetividade. Assim, é desejável que a organização e os gestores assumam uma postura que promova o crescimento da organização e a satisfação dos profissionais (Costa et al., 2016). Sendo o enfermeiro gestor a ligação entre as organizações e as equipas de profissionais que lidera procura na sua prática o aperfeiçoamento e a qualidade dos cuidados prestados (Camelo et al., 2016).

A *National Palliative and End of Life Care Partnership* (2021) refere como 4ª ambição para cuidados paliativos e de fim de vida 2021-2026 o cuidado coordenado, onde a direção clínica deve ser o centro das organizações prestadoras de cuidados de saúde, sendo vital para garantir que cada doente recebe os cuidados certos, das pessoas certas e no momento certo.

Com pandemia de COVID-19 destacou-se o valor dos profissionais de cuidados paliativos, assim como as lacunas e fragilidades do sistema, incluindo a falta de disponibilidade deste tipo de cuidados 24 horas por dia, 7 dias por semana. Este acesso contínuo é fundamental para a construção de um sistema de cuidados de alta qualidade, em conformidade com as diretrizes da *European Association for Palliative Care* (Radbruch et al., 2010), que estimam a necessidade de uma equipa de cuidados paliativos domiciliários para cada 100 mil habitantes, disponíveis 24 horas por dia.

Reconhecendo o papel decisivo do enfermeiro gestor no contexto das organizações de saúde, e sabendo que o sucesso desta depende da atuação dos seus gestores, consideramos que a lacuna mencionada também se aplica ao contexto nacional. Nesse sentido, procedemos à elaboração deste trabalho no âmbito do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, uma vez que, de acordo com o Regulamento 101/2015 (2015, p.5949-5950), este “promove a conceção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, na equipa que lidera”, dentro deste tópico o enfermeiro gestor “Promove a integração de

sistemas de informação (. . .) Participa na definição de sistemas de informação  
(. . .) Participa na implementação dos sistemas de informação.”

A seguir, serão abordadas as formas de suprir a necessidade de cuidados paliativos 24 horas por dia, 7 dias por semana, com base em evidência científica.

## **2.2. *eHealth*: a inovação associada aos cuidados de saúde**

Em Portugal, a distribuição geográfica da população é assimétrica, sendo as comunidades rurais as mais desfavorecidas em termos de acessibilidade e disponibilidade de cuidados de saúde. Para mitigar esta disparidade, é essencial desenvolver mecanismos que reduzam o isolamento geográfico, as dificuldades logísticas e a limitada mobilização de recursos humanos e especializados (OE, 2021).

A *eHealth* ou eSaúde é uma ferramenta que visa minimizar essas diferenças. Segundo a World Health Organization (WHO, 2005, 2021), *eHealth* reflete o “uso seguro e econômico de tecnologias de informação e comunicação em apoio à saúde e áreas relacionadas à saúde, incluindo serviços de saúde, vigilância em saúde, literatura em saúde e educação, conhecimento e pesquisa em saúde”. Essas soluções digitais contribuem para melhorar a qualidade de vida das pessoas, facilitando a transmissão de informação entre serviços e instituições, a interação entre parceiros e a acessibilidade da informação em qualquer lugar (WHO, 2016).

Existem várias ferramentas digitais que promovem a qualidade dos cuidados de saúde, entre eles: Portal da Saúde, o *mHealth* (uso de dispositivos ou aplicativos móveis), o *Big Data*, o *Cloud Computing*, a Telemedicina, a Internet das coisas e a Inteligência Artificial. Com o desenvolvimento da Inteligência Artificial, da robótica e das tecnologias perspectivam-se grandes mudanças ao nível laboral (WHO, 2016).

A WHO (2005a, p.15) menciona também que as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) “oferecem um grande potencial para melhorar a saúde, pois sustentam a aplicação do conhecimento em todos os setores.”

A eSaúde ou saúde e cuidados digitais são “inovadores e podem melhorar o acesso aos cuidados e a qualidade destes cuidados, bem como aumentar a eficiência global do setor da saúde” (Comissão Europeia, 2024).

No entanto, para evidenciar todo o potencial da *eHealth* é necessária uma alteração político-legal em vários sistemas de saúde. Para tal, o Estado deve “promover o acesso equitativo à inovação em saúde nas suas vertentes integradas e complementares de ciências de informação e comunicação, nanotecnologia, genética e computação, em particular no recurso à robótica e à inteligência artificial”, tendo em consideração as questões éticas (Decreto-Lei nº 95/2019, 2019, p.65). Neste âmbito, a Comissão Europeia (2020) divulgou algumas recomendações éticas no que toca à Inteligência Artificial, robótica e tecnologias conexas.

O rápido desenvolvimento das aplicações móveis e do investimento constante no futuro digital está a levar a uma transformação acelerada dos cuidados e consequentemente a transformações nos cuidados de enfermagem (ESEP, 2021).

Com a pandemia COVID-19, houve um aumento significativo do uso das TIC no setor da saúde a nível global, em especial da telessaúde. O distanciamento físico imposto tornou as consultas não presenciais uma prática comum, permitindo a prestação de cuidados sem risco de contágio. Os riscos associados às consultas presenciais superavam amplamente os benefícios, o que exigiu o desenvolvimento e implementação de medidas que garantissem a continuidade dos cuidados necessários a cada pessoa.

Uma das medidas amplamente valorizada durante a pandemia COVID foi a utilização da telessaúde, a qual será descrita no tópico seguinte.

### **2.2.1. Telehealth (Telessaúde): conceito e benefícios da sua utilização em Portugal**

A telessaúde, inserida no conceito da eSaúde, refere-se à “utilização das TIC para apoiar à distância a saúde nas vertentes da prestação de cuidados, da organização dos serviços e da formação de profissionais de saúde e cidadãos” (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2019, p.26).

A telessaúde abrange todos os profissionais de saúde e é reconhecida por enfrentar desafios na promoção da saúde e na prestação de cuidados. Permite um acompanhamento contínuo, ultrapassando as barreiras geográficas, o que facilita a partilha de informação e a articulação entre os cuidados de saúde, promove uma melhor qualidade de vida e eficiência operacional (SPMS, 2019). A WHO (2016), também afirma que a telessaúde, ao oferecer atendimento à distância, promove uma maior equidade no acesso à saúde, melhorando o custo-benefício e o acesso a serviços de qualidade. Trata-se de uma mais-valia especialmente para os doentes em áreas remotas, grupos vulneráveis e populações envelhecidas.

A telessaúde pode ser síncrona ou assíncrona. A modalidade síncrona ocorre quando a interação entre o profissional e o doente acontece em tempo real, como por telefone ou videochamada. A modalidade assíncrona ocorre quando a informação é recolhida e a comunicação com o recetor é feita posteriormente, como através de gravações de vídeo, imagem ou e-mail (SPMS, 2019; WHO, 2016).

A telessaúde e a telemedicina, apesar de serem conceitos distintos, são frequentemente utilizados para representar a utilização de tecnologias de telecomunicação nos serviços de saúde especializados à distância, aumentando a acessibilidade aos cuidados de saúde e melhorando o acompanhamento dos doentes pelos profissionais (Fadul et al., 2021).

Castro et al. (2020), afirmam que a telessaúde possibilita o desenvolvimento de competências clínicas e socioemocionais pela equipa, além de permitir captar emoções e sinais essenciais para a comunicação eficaz. Também Funderskov

et al. (2019), referem que a telemedicina nos cuidados paliativos aumenta a comunicação, a qualidade do atendimento e a cooperação entre as equipas.

Em Portugal, as primeiras atividades de telessaúde datam de 1998, e desde então várias foram as intervenções neste âmbito. Destacamos a criação do Centro Nacional de TeleSaúde (CNTS) em 2016, o qual integra a SPMS, responsável pela transformação digital na área da saúde. O CNTS pretende promover a nível nacional a Telessaúde, a inovação e utilização das TIC, contribuindo para uma reforma dos cuidados de saúde, com vista à melhoria da integração e articulação, da qualidade dos cuidados prestados (SNS & SPMS, 2024). A WHO (2024) também destaca que os serviços prestados à distância por meio de tecnologias devem assegurar a qualidade do atendimento.

Em 2019, os SPMS, através do CNTS, elaboraram o Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde (PENTS) 2019-2022. Com este documento pretendeu identificar os principais desafios, necessidades e futuras tendências. A seguir, destacam-se as principais vantagens que beneficiam os cidadãos, os profissionais e as instituições de saúde (SPMS, 2019):

- **Organização dos cuidados de saúde:** através do desenvolvimento de uma rede mais integrada e coordenada, facilitando o acesso a centros de excelência, promovendo maior equidade no SNS.
- **Monitorização contínua da saúde:** através da capacitação do doente para uma gestão conjunta da sua doença com os profissionais, fora dos estabelecimentos de saúde, evitando agudizações, urgências ou internamentos, e ajustando a periodicidade das consultas às suas necessidades.
- **Partilha de conhecimento entre profissionais:** permite a gestão conjunta de casos entre profissionais de saúde, facilitando o encaminhamento adequado para outras especialidades, diminuindo as listas de espera e otimizando os recursos existentes.
- **Redesenho de processos intra e interinstitucionais:** melhora a segurança, qualidade e eficiência dos serviços prestados, permite triagens mais eficazes.

- **Aumento da comodidade para o cidadão:** reduz a necessidade de deslocamentos, poupando tempo, dinheiro e diminuindo o absentismo, aumentando o conforto dos doentes e cuidadores.

Atualmente, a telessaúde integra múltiplos serviços prestados pelas unidades de prestação de cuidados, desde teleconsultas, teletriagem, telediagnóstico, telerreabilitação e telemonitorização, agora denominada de telecuidados. Com a constante evolução, o Centro Nacional de Telessaúde pretende agora criar pontos como o Laboratório de Inovação na Telessaúde e a Unidade de Acompanhamento de Projetos de Telessaúde, para a prestação de serviços remotos aos cidadãos e apoio na melhoria contínua dos serviços (SNS & SPMS, 2024a).

De acordo com a SPMS, nos primeiros meses de 2024, em comparação com o ano anterior, as teleconsultas realizadas pela plataforma “*Live*”, tiveram um aumento de mais de 240%, o que revele a confiança dos utentes e profissionais no atendimento. Ainda este ano, está previsto o fortalecimento tecnológico do SNS com o fim da distribuição dos equipamentos em todo o país e a disponibilização de sessões de formação online aos profissionais de saúde. Assim “a telessaúde oferece conveniência, eficiência e segurança, tanto para os profissionais quanto para os utentes” (SNS, 2024).

#### 2.2.1.1. A Teleenfermagem na melhoria da prestação de cuidados

Para uma melhor compreensão da teleenfermagem, é necessário abordar primeiro alguns conceitos, como a consulta de enfermagem não presencial. Esta ocorre sem a presença física do doente e pode ser síncrona ou assíncrona, sendo o contato estabelecido através de diferentes meios, como, videochamada, emails, telefone ou representante legal e/ou cuidador (DiGiovanni et al., 2020; Imlach et al., 2020; OE, 2021).

A teleconsulta é uma consulta realizada à distância, entre o profissional de saúde e o utente, ou entre profissionais de saúde, utilizando as TIC. Esta

modalidade permite a interação e partilha de informação, com registo obrigatório no processo clínico da pessoa. Esta pode acontecer em tempo diferido (assíncrona) ou em tempo real (síncrona) sendo a plataforma utilizada a “Live” (SNS 24, 2024).

A teleenfermagem, “utiliza as tecnologias de informação e comunicação para a prestação de cuidados de enfermagem, permitindo a interação entre o enfermeiro e a pessoa, à distância” (OE, 2021, p.3). Esta agrega a teleconsulta, a telemonitorização, telareabilitação e telarastreio.

O uso da teleenfermagem, antes de ser potenciado pela pandemia por COVID-19 já era uma realidade em Portugal, devido à desigual distribuição da população e consequentemente dos profissionais de saúde, estando mais de metade destes centrados na região do Norte e de Lisboa. Segundo dados do INE (2024), em Portugal o número de enfermeiros ativos nos últimos 5 anos aumentou mais de 15%, contudo dados de 2021 reportam para um número de enfermeiros 13% inferior à média da União Europeia.

Com as imposições decorrentes da pandemia, como a mobilização dos profissionais de saúde, as restrições de mobilidade e a redução de contacto físico, houve um aumento significativo da utilização da consulta à distância e a necessidade de regulamentar esta intervenção. Várias foram as iniciativas, destacamos em 2021, a elaboração do Guia de Consultas de Enfermagem à Distância da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2021a), o qual recomenda:

1. As instituições devem assegurar o uso das (TIC) pelos enfermeiros, garantindo o acesso a equipamentos adequados e formação;
2. Cada contexto de cuidados deve ter um procedimento que defina os critérios e normas para a realização da teleenfermagem;
3. As instituições devem criar parcerias com outras entidades para melhorar o acesso aos serviços de saúde à distância e promover a literacia digital;

4. O enfermeiro deve informar o utente sobre o objetivo e funcionamento da consulta à distância e obter o consentimento informado;
5. Enfermeiro e utente devem, em conjunto, escolher as ferramentas adequadas para teleenfermagem;
6. Se a informação fornecida à distância for insuficiente, o enfermeiro deve encaminhar o utente para outro tipo de cuidado;
7. Todos os cuidados prestados devem ser documentados no processo clínico, conforme o modelo da instituição;
8. Após o contato de teleenfermagem, o plano terapêutico deve ser enviado ao utente ou a uma pessoa designada;
9. O enfermeiro deve considerar o valor terapêutico da comunicação e recriar um ambiente adequado para o uso das TIC;
10. O financiamento e a organização da teleenfermagem devem ser avaliados continuamente para garantir maior integração, segurança e eficácia nos cuidados de enfermagem.

A teleconsulta de enfermagem, um dos métodos da teleenfermagem, é uma forma de consulta não presencial, que visa dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem a pessoas que se encontram distantes, através do uso das comunicações interativas, de dados e audiovisuais, “com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente” (OE, 2021, p.4). Pretende facilitar e garantir a acessibilidade e a proximidade entre os cuidados de enfermagem e os cidadãos, sem necessidade de deslocação da pessoa ou do enfermeiro. Este tipo de consulta não presencial respeita os princípios estruturais e operacionais da consulta presencial e exige do enfermeiro conhecimentos, habilidades e capacidades comunicacionais (OE, 2021).

É importante destacar que é necessário obter o consentimento informado para gravação e tratamento da informação obtida nestas consultas, como forma de garantir a proteção de dados. Devem também ser garantidas a privacidade e confidencialidade da informação (OE, 2021).

Para garantir a qualidade dos cuidados prestados, têm sido desenvolvidos novos conteúdos digitais que complementam a formação em serviço dos enfermeiros e a educação contínua. As plataformas digitais oferecem acesso a materiais em diversos formatos, promovendo autonomia pedagógica e gestão do tempo. Permitem também que os enfermeiros realizem a sua formação em qualquer lugar, reduzindo custos pessoais e profissionais, assegurando simultaneamente padrões elevados de qualidade.

### **2.3. Importância da Teleconsulta de enfermagem nos cuidados paliativos**

Como mencionado anteriormente, ao longo dos anos verifica-se a nível global, um aumento da população portadora de doenças crónicas e/ou incapacitantes, com necessidade de cuidados paliativos. Em resposta a este crescimento e com a evolução tecnológica, o uso da telessaúde também aumentou exponencialmente (Funderskov et al., 2019).

A teleconsulta de enfermagem, enquanto ferramenta da telessaúde em cuidados paliativos, tem-se revelado uma mais-valia para os doentes e famílias, pois permite aos doentes e família que se mantenham no domicílio o maior tempo possível (Funderskov et al., 2019).

Segundo vários autores, a utilização da telessaúde em cuidados paliativos acarreta diversos benefícios, entre os quais (Fonseca & Pereira, 2022; Ghazal, et al., 2024):

- Assegura a continuidade de cuidados e qualidade no atendimento e na comunicação;
- Melhora o acesso aos cuidados de saúde para pessoas que residem em áreas remotas ou que apresentam mobilidade reduzida, garantindo assim o apoio sem a necessidade de deslocação;
- Diminui os custos associados a viagens e hospitalizações, tanto para os utentes como para o sistema de saúde;

- Permite consultas mais rápidas, gerindo o tempo do enfermeiro e agilizando o acompanhamento de casos menos complexos;
- Facilita o acompanhamento regular de doentes, melhorando o controlo sintomático, promovendo maior conforto e qualidade de vida;
- Oferece maior flexibilidade no agendamento de consultas, permitindo que estas ocorram em horários mais convenientes para o doente/família e enfermeiro;
- Reduz o risco de transmissão de infeções, o doente não precisa de deslocar-se ao hospital;
- Melhora a relação de confiança entre o enfermeiro e o doente, pela continuidade de cuidados;
- Permite a interação remota entre vários profissionais de saúde, o que proporciona um atendimento mais integrado e holístico.

Mathews et al. (2023) referem que a telessaúde em cuidados paliativos melhora os resultados psicológicos, particularmente ao nível psicossocial. Contudo, na Revisão Sistemática da Literatura (RSL) realizada, não foi possível identificar com clareza quais os elementos das intervenções de telessaúde associados a essas melhorias. No entanto, mencionam que, em um dos estudos analisados, as intervenções realizadas pelos enfermeiros eram de cariz psicoeducativo, incluindo troca de informações, resolução de problemas, treino de habilidades, e apoio emocional e social.

A utilização de vídeo na teleconsulta favorece a comunicação não verbal e a compreensão da linguagem corporal e das expressões faciais, o que facilita a avaliação do doente (Funderskov et al, 2019).

Além de beneficiar os doentes, a teleenfermagem, também é útil para os cuidadores, pois ajuda a reduzir a sobrecarga e orienta os cuidados no domicílio (Sadeghmoghadam et al., 2020; Shohani et al., 2018).

Fonseca & Pereira (2022) e Imam et al. (2024) identificam várias limitações neste tipo de assistência, como a dificuldade de avaliação de doentes à

distância, a iliteracia digital de alguns doentes e familiares, a segurança dos dados e a falha nas redes de telecomunicações. Outro entrave é a ausência de dispositivos digitais que permitam a realização deste tipo de consulta. A resolução de alguns dos problemas mencionados poderá passar pela criação de parcerias entre os cuidados de saúde primários, Juntas de Freguesia e Unidades Hospitalares de prestação de cuidados especializados, facilitando os cuidados de saúde.

Em suma, a prestação de cuidados paliativos à distância auxilia a pessoa em situação paliativa no controlo de sintomas e na melhoria da sua qualidade de vida. Ao facilitar o acesso a cuidados de qualidade, promove uma maior proximidade com os serviços de saúde, reduzindo custos e diminuindo o stress físico e emocional. Além disso, proporciona apoio emocional ao doente e à família e melhora a coordenação entre os profissionais de saúde.

Assim, considerando o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, no qual a DGS destaca como estratégia de intervenção a “recuperação e/ou melhoria do acesso aos cuidados paliativos” (DGS, 2021, p.182), a teleconsulta de enfermagem imerge como um veículo inovador e promotor dessa melhoria.



### 3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta a metodologia que orientou o desenvolvimento do presente estudo.

De acordo com Polit e Hungler (1995), o método consiste num conjunto de procedimentos controlados, organizados e sistemáticos, destinados à obtenção de informações organizadas e seguras.

Segundo a OE (2006), o conhecimento produzido pela investigação em enfermagem é um contributo fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, fundamentando a prática clínica e otimizando os resultados em saúde.

A seguir, serão abordados o tipo de estudo, a problemática e os objetivos da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão, as estratégias utilizadas, a identificação, a seleção dos estudos e a análise crítica, bem como a extração e síntese dos dados.

#### 3.1. Tipo de estudo – RSL

O presente estudo consiste numa RSL, um método de pesquisa rigoroso que permite combinar várias metodologias a partir da análise de estudos primários relevantes, alcançando o nível mais elevado de evidência científica (Tufanaru et al., 2020). Segundo Fink (2020), a RSL é definida como um método sistemático, explícito, reproduzível, o qual permite identificar, avaliar e sintetizar estudos elaborados por investigadores, estudantes e profissionais de saúde. Obtendo as melhores evidências sobre a eficácia das intervenções de saúde, incluindo estratégias de melhoria da qualidade (Grimshaw et al., 2003).

A tipologia escolhida para esta RSL foi a Systematic Reviews of Effectiveness, de acordo com a JBI, que permite uma análise da literatura disponível e

avaliação da eficácia de uma prática específica, envolvendo etapas complexas (Tufanaru et al., 2020).

Nesse contexto é importante definir um protocolo de RSL, no qual são identificados: a questão de investigação, os critérios de inclusão e de exclusão, a estratégia de recolha de dados, bem como os procedimentos de avaliação da qualidade metodológica dos estudos. O protocolo desta RSL está registado na base de dados internacional PROSPERO (International Prospective register of systematic reviews) com o ID 552563.

### 3.2. Formulação da questão de investigação e objetivos

Segundo Fortin (1999, p.48), “qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar; uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.”

A identificação desta problemática decorreu da necessidade de fundamentar a implementação da teleconsulta no meu local de trabalho, com base na evidência científica, visando a melhoria dos cuidados prestados a doentes em situação paliativa.

É através da clareza e objetividade da questão de investigação que o “(. . .) investigador tenta exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor” (Quivy & Campenhoudt, 1992, p.41).

A questão de investigação foi formulada de acordo com a metodologia do JBI, seguindo o modelo PICOD (População, Intervenção, Comparação, Resultados, Desenho), sendo: **P** (População) - pessoas em situação paliativa (incluindo familiares/cuidadores) e enfermeiros envolvidos no processo de cuidados paliativos); **I** (Intervenção) - Teleconsulta de enfermagem (uso de tecnologia para fornecer consultas e orientações à distância no contexto dos cuidados paliativos); **C** (Comparação) – Quando aplicável reporta-se ao grupo de

utilizadores do grupo de controlo que não utilizam a teleconsulta (incluem cuidados paliativos prestados presencialmente ou métodos convencionais de gestão de cuidados (consultas presenciais, cuidados tradicionais); **O** (Resultados) – Eficácia na melhoria da qualidade do atendimento e satisfação dos utilizadores; **D** (Desenho) - Revisão sistemática, ensaio clínico randomizado (RCT)/ Estudo Experimental.

A questão de investigação é: “Qual é a eficácia da teleconsulta de enfermagem na gestão de cuidados paliativos, considerando os métodos aplicados e os seus resultados na satisfação da pessoa em situação paliativa, familiares/cuidadores e profissionais de saúde?”. Na Tabela 1 apresentamos o esquema da pergunta PICOD.

**Tabela 1 - Estratégia PICOD**

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>	<b>D</b>
Pessoa em situação paliativa, familiares/ cuidadores e enfermeiros envolvidos no processo de cuidados paliativos	Teleconsulta de enfermagem	Quando aplicável reporta-se ao grupo de utilizadores do grupo de controlo que não utilizam a teleconsulta	Eficácia na qualidade do atendimento e satisfação dos utilizadores	Revisão sistemática / Estudo randomizado (RCT)/ Estudo Experimental

Partindo desta questão, outras se colocaram, nomeadamente:

- Quais os benefícios da teleconsulta de enfermagem em Cuidados Paliativos?
- Quais as limitações da teleconsulta de enfermagem em Cuidados Paliativos?
- Que métodos e tecnologias são utilizadas na teleconsulta de enfermagem em Cuidados Paliativos?
- Qual a satisfação dos doentes, familiares e/ou cuidadores em relação à teleconsulta de enfermagem em Cuidados Paliativos?

- Qual a satisfação dos profissionais em relação à teleconsulta de enfermagem em Cuidados Paliativos?

Definiu-se como objetivo geral deste trabalho: Identificar o tipo de evidência que existe sobre a eficácia da teleconsulta de enfermagem na gestão de cuidados paliativos, visando compreender o impacto dessa abordagem na qualidade da assistência e na satisfação da pessoa em situação paliativa e familiares. E como objetivos específicos:

- Identificar os benefícios da teleconsulta de enfermagem em Cuidados Paliativos;
- Identificar as limitações da teleconsulta de enfermagem em Cuidados Paliativos;
- Analisar os métodos e as tecnologias utilizadas na teleconsulta de enfermagem em Cuidados Paliativos;
- Identificar a satisfação dos doentes, familiares e/ou cuidadores em relação à teleconsulta de enfermagem em Cuidados Paliativos;
- Identificar a satisfação dos profissionais em relação à teleconsulta de enfermagem em Cuidados Paliativos.

### **3.3. Critérios de inclusão e de exclusão**

Os critérios de inclusão e de exclusão foram definidos com base na metodologia JBI.

Estes critérios devem ser claros, sólidos e inequívocos, pois determinam os estudos a serem incluídos (Tufanaru et al., 2020). Também devem ser formulados tendo em conta as características que constituem a questão da investigação (PICOD), o seu objetivo e a publicação (Higgins & Green, 2011).

Assume-se que os critérios de exclusão são baseados nos opostos aos especificados como critérios de inclusão.

Na organização da RSL, são consideradas 2 características NOS critérios de inclusão: as características do estudo e as características da publicação. Nas características do estudo consideram-se os participantes, tipos de intervenção, comparações, resultados e tipologia do estudo (PICOD) (Tufanaru et al., 2020). Nas características da publicação tem-se em consideração a data da publicação, o idioma e o tipo de publicação (documentos publicados ou não em bases de dados científicas).

Assim, serão incluídos no estudo artigos: em texto integral disponível; em inglês, espanhol e português; com data de publicação entre 1 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2023 (inclusive); estudos mencionados nas referências bibliográficas secundárias relacionados com a questão de investigação.

Para esta RSL, os seguintes critérios de inclusão, baseados no modelo PICOD, foram estabelecidos:

P (Participantes): Pessoas em situação paliativa (idade  $\geq 18$  anos) e respetivos familiares/cuidadores. Excluem-se estudos dirigidos a crianças ou cuidadores formais.

I (Intervenção): Estudos que avaliam a eficácia da teleconsulta de enfermagem, métodos e ferramentas, bem como a satisfação dos utilizadores.

O (Resultados): Estudos que demonstrem a eficácia (ou sua ausência) da teleconsulta de enfermagem na melhoria do atendimento e satisfação. A avaliação da eficácia da teleconsulta de enfermagem deve estar registada através da descrição dos instrumentos utilizados.

D (Desenho do estudo): Revisões sistemáticas da literatura, ensaios clínicos randomizados (RCT) ou estudos experimentais.

Na Tabela 2 são apresentados os critérios de inclusão e de exclusão dos artigos para revisão.

**Tabela 2 - Critérios de inclusão e de exclusão**

	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<b>P</b>	Pessoas em situação paliativa e familiares / cuidadores	Crianças, pais Cuidadores formais Estudos dirigidos a idosos não paliativos Estudos dirigidos a doentes oncológicos não paliativos
<b>I</b>	Estudos que avaliem a eficácia da teleconsulta, métodos, ferramentas, satisfação dos utilizadores.	
<b>C</b>	Quando aplicável reporta-se ao grupo de controlo que não foram envolvidos na teleconsulta	
<b>O</b>	Eficácia da utilização da teleconsulta de enfermagem na melhoria do atendimento e satisfação da pessoa em situação paliativa, familiares e enfermeiros	Estudos que não apresentem a avaliação da eficácia da teleconsulta em cuidados paliativos
<b>D</b>	Revisões sistemáticas da literatura Ensaio clínico randomizado Estudos experimentais	Todos os restantes estudos

### 3.4. Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa, segundo Tufanaru et al. (2020), deve conter informação clara, explícita e abrangente, com capacidade de identificar todos os estudos relevantes para a RSL. Deve ainda identificar todas as fontes utilizadas na revisão onde se inclui as bases de dados eletrónicas, motores de busca, revistas, sites de organizações relevantes, entre outros.

A estratégia de pesquisa, com base no JBI, foi implementada em três fases (Tufanaru et al., 2020):

1. Identificação de palavras-chave iniciais aplicadas em bases de dados limitadas, seguida de uma análise dos termos usados no título e resumo utilizados para descrever artigos relevantes.
2. Implementação da pesquisa nas bases de dados.
3. Análise de referências bibliográficas de estudos relevantes.

Neste sentido, tendo em consideração a questão de partida, define-se as palavras-chave que irão constituir a base da pesquisa (Santos et. al, 2007). As palavras-chave foram baseadas no acrónimo PICOD e controladas através dos termos Mesh (Medical Subject Headings) e CINAHL Headings. Para a constituição da frase booleana, os descritores são combinados com os delimitadores da pesquisa representados pelos termos AND e OR (Bettany-Saltikov, 2012).

Por forma a potenciar a pesquisa através da criação de novas variações da mesma palavra, foi acrescentada a ferramenta “\*” (truncatura). A Tabela 3 identifica os termos utilizados na pesquisa para a construção da frase booleana.

**Tabela 3 - Termos de pesquisa**

<b>Termos em português relacionados com PICOD</b>	<b>MESH (Medical Subject Headings)</b>	<b>CINAHL Headings</b>	<b>Termos utilizados para construção da frase booleana</b>
<b>Pessoa em situação paliativa Familiares cuidadores Enfermeiros</b>	Patient* Caregiver* Nurs*	Patient* Caregiver* Nurs*	Patient* Caregiver* Nurs*
<b>Cuidados paliativos</b>	Palliative Care	Palliative Care	Palliative Care
<b>Teleconsulta de enfermagem</b>	Remote consultation Telenursing	Remote consultation Telenursing	Remote consultation Telenursing

A pesquisa foi efetuada nas bases de dados Scopus, PubMed, Web of Science e em todas as bases do agregador de conteúdos EBSCOHost Web via Biblioteca Virtual da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no período de 8 de fevereiro de 2024 a 8 de março de 2024.

As frases booleanas para as diferentes bases de dados encontram-se descritas na Tabela 4.

**Tabela 4 - Bases de dados e frase booleana**

Base de dados	Frase Booleana
Todas as bases de dados via EBSCOHost Web	TI ( (Patient* OR Caregiver* OR Nurs*) AND ("Palliative Care") AND ("Remote Consultation" OR Telenursing) ) OR SU ( (Patient* OR Caregiver* OR Nurs*) AND ("Palliative Care") AND ("Remote Consultation" OR Telenursing) ) OR AB ( (Patient* OR Caregiver* OR Nurs*) AND ("Palliative Care") AND ("Remote Consultation" OR Telenursing) )
Scopus	TI-ABS-KEY(Patient* OR Caregiver* OR Nurs*) AND ("Palliative Care") AND ("Remote Consultation" OR Telenursing) )
Pubmed	All fields(Patient* OR Caregiver* OR Nurs*) AND ("Palliative Care") AND ("Remote Consultation" OR Telenursing) )
Web of Science	All fields(Patient* OR Caregiver* OR Nurs*) AND ("Palliative Care") AND ("Remote Consultation" OR Telenursing) )

Após inclusão dos estudos na revisão sistemática da literatura, foi ainda efetuada uma análise das referências bibliográficas com o intuito de encontrar o maior número de estudos relevantes para a investigação.

### 3.5. Identificação, seleção dos estudos e análise crítica

Após a pesquisa, os estudos identificados foram recuperados e armazenados no software Rayyan®, com remoção dos duplicados. Dois revisores analisaram os títulos e resumos, e recorreu-se a um terceiro para resolução de eventuais divergências.

A análise e seleção dos artigos foi conduzida com base nas diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA), que inclui uma lista de verificação e um diagrama de fluxo de quatro fases (Page et al., 2021).

Análise crítica ou avaliação do risco de viés consiste em examinar a qualidade metodológica dos estudos, com o objetivo de minimizar a probabilidade de viés no processo de investigação. A JBI utiliza ferramentas padronizadas em função do desenho do estudo. Neste protocolo de pesquisa, foram utilizadas as

ferramentas de avaliação crítica do JBI: a checklist para ensaios clínicos randomizados e a checklist para revisões sistemáticas.

### **3.6. Extração e síntese dos dados**

Considerando o objetivo, a questão da investigação e os critérios de inclusão os revisores devem selecionar os dados mais relevantes de cada estudo (Tafanaru et al., 2020).

Na presente revisão sistemática de literatura, os dados foram extraídos por dois revisores, de acordo com as diretrizes Joanna Briggs Institute que abrangem detalhes específicos sobre os participantes, o contexto, intervenções, comparação, instrumento de avaliação, desenho do estudo e resultados. A extração de dados seguiu um processo sistematizado, conforme recomendado por Higgins e Green (2011). O Anexo 1 (Fichas de análise dos estudos incluídos) fornece um esboço da ferramenta utilizada para extração dos dados. Ressalta-se que eventuais desentendimentos durante a extração foram resolvidos por meio de discussões com o terceiro revisor.



#### 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados de acordo com as diretrizes do JBI. São expostos o processo de seleção dos estudos, a avaliação da sua qualidade metodológica e as suas principais características. Além disso, é fornecida uma síntese narrativa dos resultados extraídos dos estudos incluídos na revisão sistemática.

O processo de seleção de estudos encontra-se representado na Figura 1, pelo fluxograma PRISMA, adaptado do Page (2021).

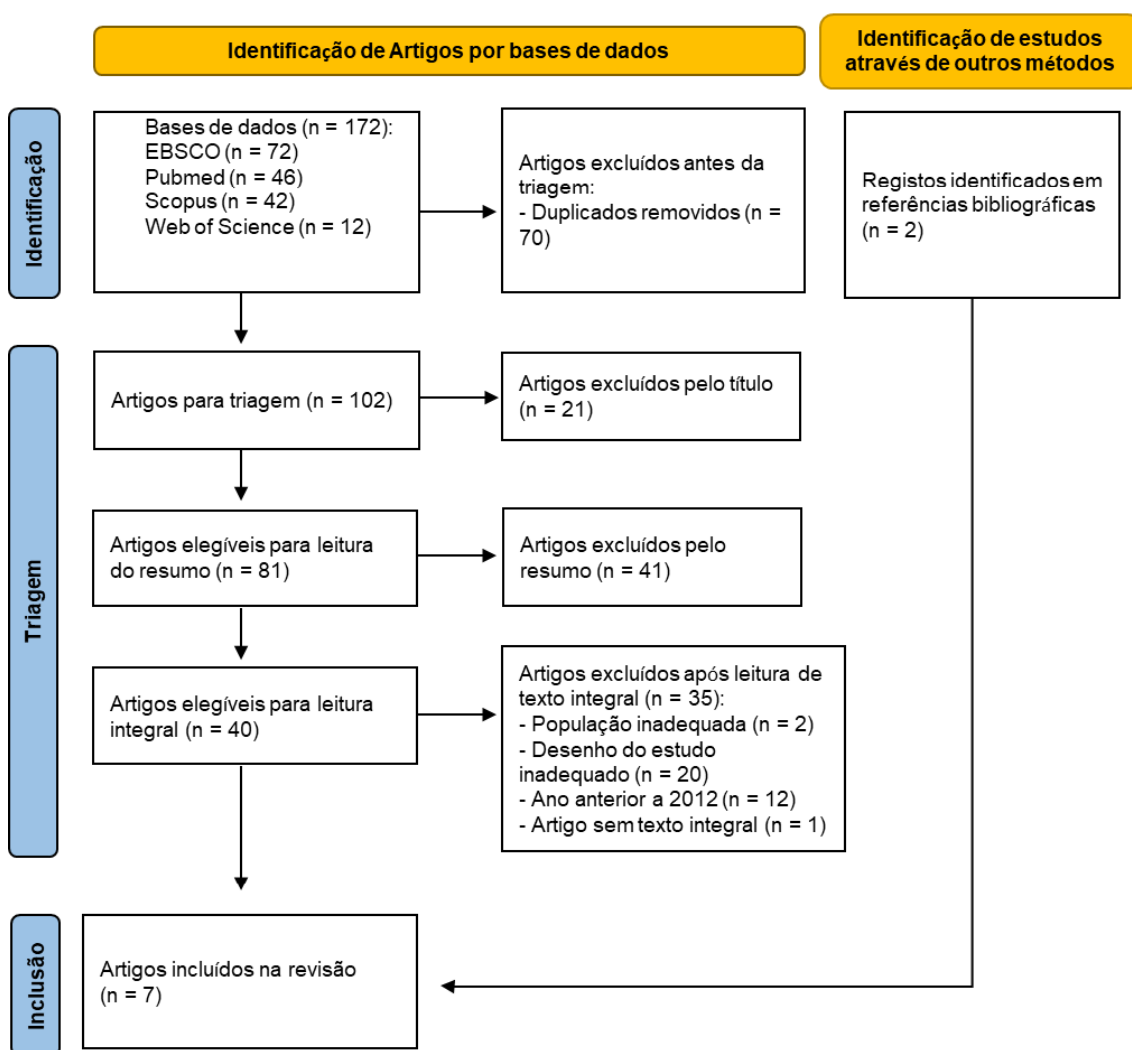


Figura 1 - Fluxograma PRISMA.

Foram identificados 172 estudos, dos quais 72 provenientes da EBSCOhost, 42 da Scopus, 12 da Web of Science e 46 da Pubmed. Após a exclusão de 70 duplicados, foram analisados 102 registos com base no título e resumo, resultando na exclusão de 62. Dos 40 relatórios recuperados para leitura integral 35 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão. No entanto, dois artigos adicionais foram incluídos após análise das referências bibliográficas. Assim, após a avaliação da elegibilidade, 7 estudos foram incluídos para a realização da presente revisão sistemática.

A Tabela 5 resume as principais características dos sete estudos incluídos, como autores, ano de publicação, tipo de estudo e país de origem.

Observa-se que os temas foram publicados nos seguintes anos: um em 2012 (Zhou et al., 2012), um em 2017 (Hoek et al., 2017), um artigo em 2019 (Jess et al., 2019) um em 2021 (Schmucker et al., 2021) dois em 2022 (Yamarik et al., 2022; Kwok et al., 2022) e um em 2023 (Yamarik et al., 2023).

Dos sete artigos, três foram realizados nos Estados Unidos da América (EUA) (Yamarik et al., 2022; Yamarik et al., 2023; Schmucker et al., 2021), dois no Canadá (Kwok et al., 2022; Zhou et al., 2012), um na Holanda (Hoek et al., 2017); e um na Dinamarca (Jess et al., 2019). Não foram encontrados estudos realizados em Portugal no âmbito desta temática.

A maioria dos estudos são ensaios clínicos randomizados (RCT) (Yamarik et al., 2022; Hoek et al., 2017; Schmucker et al., 2021; Yamarik et al., 2023), dois são revisões sistemáticas (Jess et al., 2019; Zhou et al., 2012) e uma revisão sistemática com meta análise (Kwok et al., 2022).

**Tabela 5 - Estudos incluídos na RSL**

<b>Estudo</b>	<b>Autor / Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo estudo</b>	<b>País</b>
<b>E1</b>	Yamarik et al. 2022	Nurse-Led Telephonic Palliative Care: A Case-Based Series of a Novel Model of Palliative Care Delivery	Ensaio clínico randomizado	EUA
<b>E2</b>	Hoek et al.	The effect of weekly specialist palliative	Ensaio	Holanda

	2017	care teleconsultations in patients with advanced cancer -a randomized clinical trial	clínico randomizado	
<b>E3</b>	Jess et al. 2019	Video consultations in palliative care: A systematic integrative review	Revisão sistemática	Dinamarca
<b>E4</b>	Zhou et al. 2012	The utilization of telephone follow-up in the advanced cancer population: a review of the literature	Revisão sistemática da literatura	Canadá
<b>E5</b>	Yamarik et al. 2023	Engagement, Advance Care Planning, and Hospice Use in a Telephonic Nurse-Led Palliative Care Program for Persons Living with Advanced Cancer	Ensaio clínico randomizado	EUA
<b>E6</b>	Kwok et al. 2022	Nurse-led telehealth interventions for symptom management in patients with cancer receiving systemic or radiation therapy: a systematic review and meta-analysis	Revisão sistemática e meta-análise	Canadá
<b>E7</b>	Schmucker et al. 2021	Data from emergency medicine palliative care access (EMPallA): a randomized controlled trial comparing the effectiveness of specialty outpatient versus telephonic palliative care of older adults with advanced illness presenting to the emergency department	Ensaio clínico randomizado	EUA

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada de forma independente por dois investigadores, utilizando os instrumentos *JBI Critical Appraisal Checklist* para ensaios clínicos randomizados (Barker et al., 2023) e para revisões sistemáticas (Aromataris et al., 2015).

A cada item presente no estudo analisado, de acordo como os instrumentos de avaliação, foi atribuído um ponto. As Tabelas 6 e 7 apresentam a qualidade metodológica dos estudos selecionados.

**Tabela 6 - Critérios JBI para a qualidade metodológica de ensaios clínicos randomizados e controlados, incluídos na RSL.**

<b>Critério JBI</b>	<b>Autores Ano</b>	Yamarik et al. 2022 E1	Hoek et al. 2017 E2	Yamarik et al. 2023 E5	Schmucker et al. 2021 E7
1. A verdadeira randomização foi usada para atribuição de participantes a grupos de tratamento?		S	S	S	S
2. A alocação para grupos de tratamento foi ocultada?		N	S	N	N
3. Os grupos de tratamento eram semelhantes no início do estudo?		S	S	PC	S
4. Era ocultado aos participantes que pertenciam ao grupo de intervenção?		N	S	PC	N
5. O estudo foi cego para os profissionais no grupo de intervenção?		N	N	N	N
6. Os grupos de controlo e tratamento eram tratados da mesma forma, exceto na intervenção?		PC	N	PC	PC
7. Os investigadores que analisaram os resultados estavam cegos quanto à forma de tratamento?		S	S	PC	PC
8. Os resultados foram medidos de igual forma para os dois grupos?		S	S	S	S
9. Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados?		S	S	S	N
10. Os resultados foram medidos de igual forma para os grupos de tratamento?		S	S	S	S
11. Os resultados foram medidos de forma confiável?		S	S	S	S
12. Foi utilizada a análise estatística apropriada?		S	S	S	S
13. O desenho do ensaio foi apropriado e quaisquer desvios do desenho padrão do ECR (randomização individual, grupos paralelos) foram considerados na condução e análise do ensaio?		S	S	S	S
<b>SCORE</b>		9/13	11/13	7/13	7/13

S- Sim, N- Não, PC – Pouco claro, NC- Não Aplicável || **Qualidade Metodológica:** Score (0-4) Baixa; Score (5-9) Média; Score (10-13) Alta

**Tabela 7 - Critérios JBI para a qualidade metodológica das revisões sistemáticas incluídas na RSL.**

Critério JBI	Autores			
	Ano	Jess et al. 2019 E3	Zhou et al. 2012 E4	Kwok et al. 2022 E6
1. A pergunta da revisão clara e explicitamente declarada?		S	N	N
2. Os critérios de inclusão foram adequados para a pergunta da revisão?		S	N	S
3. A estratégia de busca foi adequada?		S	S	S
4. As Fontes e os recursos utilizados para a busca dos estudos foram adequados?		S	S	S
5. Os critérios de avaliação dos estudos foram adequados?		S	S	S
6. A avaliação crítica sequer foi conduzida por 2 ou mais revisores de forma independente?		S	PC	S
7. Havia métodos para minimizar erros na extração de dados?		PC	S	S
8. Os métodos usados para combinar os estudos foram apropriados?		S	S	S
9. A probabilidade de viés de publicação foi avaliada?		PC	S	S
10. As recomendações políticas e ou práticas foram apoiadas pelos dados relatados?		S	S	PC
11. As diretrizes específicas para as novas pesquisas foram apropriadas?		S	S	S
<b>SCORE</b>		9/11	8/11	9/11

S- Sim, N- Não, PC – Pouco claro, NC- Não Aplicável || **Qualidade Metodológica:** Baixa; Média; Alta

A maioria dos estudos incluídos são ensaios clínicos randomizados e foram identificadas três revisões sistemáticas da literatura, o que indica um elevado nível de evidência científica.

Em dois estudos de RSL (Kwok et al., 2022; Zhou et al., 2012), a questão da revisão não está claramente explícita. No que diz respeito à avaliação crítica conduzida por dois ou mais revisores de forma independente, o processo é pouco claro no estudo de Zhou et al. (2012). Da mesma forma, no estudo de Jess et al. (2019) não estão devidamente esclarecidos os métodos utilizados para minimizar os erros na extração de dados e se a probabilidade de viés foi avaliada. Num dos estudos (Kwok et al., 2022), as recomendações políticas não estão claramente descritas, nem há informação para se perceber se estas foram suportadas pelos dados relatados.

Quanto aos estudos randomizados, nos quatro, os participantes foram distribuídos aleatoriamente entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo.

No entanto, nenhum estudo cumpriu o critério de manter a distribuição dos participantes oculta aos investigadores. Em relação ao desconhecimento dos participantes sobre o grupo a que pertenciam (intervenção ou controlo), apenas um estudo foi claro quanto ao cumprimento deste critério (Hoek et al. 2017). Higgins e Green (2011) defendem que a extração dos dados deve seguir um processo sistematizado.

Com base na análise da qualidade realizada anteriormente, foi construído um instrumento seguindo o proposto pela JBI (Tufanarau et al., 2020), o qual foi dividido em três partes, para melhor compreensão.

A Tabela 8 descreve os estudos de forma geral, abordando os objetivos, a amostra, os instrumentos e o tipo de teleconsulta. Já as Tabelas 9 e 10 analisam os estudos incluídos, considerando o seu desenho de investigação.

**Tabela 8 - Descrição geral dos estudos**

Objetivo	Amostra	Instrumento	Tipo de teleconsulta
<p><b>E1</b> - Discutir exemplos de casos de cuidado fornecido por um programa de cuidado paliativo telefónico liderado por enfermeiros, demonstrando a variedade de domínios de cuidado paliativo que podem ser abordados através desse modelo de atendimento; - Avaliar a eficácia do modelo de cuidado paliativo telefónico em relação ao cuidado tradicional, focando aspetos como qualidade de vida, satisfação do doente e gestão de sintomas</p>	300 doentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Ansiedade de Hamilton</li> <li>- Escala de Fadiga de Piper</li> <li>- Questionário de Qualidade de Vida da OMS</li> <li>- Escala Numérica de Dor e entrevistas por telefone</li> </ul>	Chamadas telefónicas
<p><b>E2</b> Avaliar se as teleconsultas semanais, realizadas por uma equipa especializada em cuidados paliativos, contribuem para a melhoria da sintomatologia dos doentes, em comparação com os “cuidados habituais”</p>	32 doentes	<p><b>Participantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Edmond Symptom Assessment System</i> (ESAS)- durante 4 semanas</li> <li>- <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>- durante 4 semanas</li> <li>- Problemas e Necessidades em Cuidados Paliativos - versão curta e uma versão modificada do Questionário de Continuidade de Nijmegen- durante 4 semanas</li> </ul> <p>Grupo de intervenção ainda preencheram um Questionário de Satisfação do Paciente (<i>Patient Satisfaction Questionnaire [PSQ]</i>) após 2 primeiras teleconsultas.</p> <p><b>Cuidadores informais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobrecarga autopercebida do cuidado informal (<i>Self-Perceived Burden from Informal Care</i>), no início do estudo e acompanhamento quinzenal.</li> </ul> <p><b>Equipa especializada em cuidados paliativos e clínicos gerais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PSQ após as 2 primeiras teleconsultas.</li> </ul>	Face Time®, de chamada vídeo e áudio
<p><b>E3</b> Fornecer uma visão geral das evidências sobre as videoconsultas em cuidados paliativos para diferentes grupos de doentes</p>	39 artigos incluídos considerados	<p><b>Questionários:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (STAI) - utilizado para medir a ansiedade.</li> </ul>	Videoconferência. Alguns usaram mais de uma

		35	- <i>Caregiver Quality of Life Index-Revised</i> - utilizado para avaliar a qualidade de vida dos cuidadores. <b>Observações e entrevistas</b> - Utilizadas para colher dados qualitativos sobre a experiência dos cuidadores e a eficácia das consultas por vídeo.	tecnologia (chamadas telefônicas), outros não especificaram
<b>E4</b>	Realizar uma revisão sistemática da literatura e analisar a utilidade e eficácia do acompanhamento telefónico em comparação com o acompanhamento clínico no contexto dos cuidados paliativos.	11 estudos incluídos	- 7 estudos utilizaram o <i>Edmond Symptom Assessment System</i> (ESAS) durante o follow-up por telefone - Diário analgésico, - <i>Feedback</i> do doente, - <i>Family Satisfaction with Advanced Cancer Care</i> - versão adaptada ao doente - Folha de dados padrão para recolher sintomas gerais, efeitos secundários da radioterapia e dosagem de dexametasona, - Ferramentas padronizadas: Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para a Investigação e Tratamento do Cancro Core 30, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Estudo de Resultados Médicos Pesquisa de Apoio Social e Inventário Breve da Dor	Acompanhamento telefónico
<b>E5</b>	Avalia a eficácia de um programa de cuidados paliativos liderado por enfermeiros por telefone 1) Avaliar o envolvimento do doente: Medir o tempo até a retirada do programa de 6 meses, 2) Investigar como a intervenção pode ajudar os doentes a expressar suas preferências e desejos em relação ao cuidado no final da vida, 3) Analisar como a abordagem liderada por enfermeiros pode aumentar a utilização de serviços de cuidados paliativos e hospitais entre doentes com cancro avançados	218 doentes com cancro avançado	- <i>Functional Assessment of Cancer Therapy-General</i> (FACT-G), para avaliação da qualidade de vida - <i>Edmond Symptom Assessment System</i> (ESAS) - Escala de solidão de três itens	Acompanhamento telefónico
<b>E6</b>	Avaliar a eficácia das intervenções de telessaúde lideradas por enfermeiros na gestão de sintomas em doentes com cancro que recebem terapia sistémica ou radioterapia, em comparação com os cuidados habituais, considerando a utilização de serviços de	10 estudos incluídos (8 ensaios clínicos randomizado	- <i>Edmond Symptom Assessment System</i> (ESAS) - FACT-G para avaliar a Qualidade de vida	Acompanhamento telefónico programado e intervenções iniciadas por

	saúde, a qualidade de vida e a gravidade dos sintomas.	s, 2 estudos quase-experimentais)		doentes através de telefonemas ou alertas automáticos.
<b>E7</b>	1) Reportar dados demográficos e de qualidade de vida da coorte do <i>Emergency Medicine Palliative Care Access (EMPallA)</i> . 2) Identificar a associação entre tipo de doença e qualidade de vida enquanto controla outros fatores. 3) Explorar as relações entre tipo de doença, carga de sintomas e solidão na linha de base	500 participantes	- Entrevistas estruturadas e questionários validados, como o FACT-G para avaliar a qualidade de vida. - <i>Edmond Symptom Assessment System (ESAS)</i> para medir a carga de sintomas - Escala de solidão de Três Itens da UCLA ( <i>University of California, Los Angeles</i> ), que mede a percepção subjetiva de solidão dos participantes	Acompanhamento telefónico

**Tabela 9 - Análise de estudos randomizados incluídos**

	<b>Descrição</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Resultados</b>
<b>E1</b>	Acompanhamento dos doentes por um período de <b>6 meses</b> . Incluiu chamadas telefónicas regulares, que variavam de semanais a bimestrais, para monitorizar a saúde dos doentes, coordenar serviços e fornecer suporte emocional Programa de CP liderado por enfermeiros.	- Discussão sobre objetivos de cuidado: As enfermeiras abordaram os objetivos, medos, esperanças e preocupações dos doentes em relação à sua doença e ao seu tratamento, ajudando a informar decisões sobre intervenções futuras. -Educação e aconselhamento: As chamadas incluíram educação sobre a condição de saúde do doente, gestão de sintomas e informações sobre o uso de medicamentos -Coordenação de serviços: As enfermeiras trabalharam para coordenar serviços adicionais, como cuidados de saúde domiciliares, terapia ocupacional.	- Aumento do acesso aos cuidados paliativos: permite que os doentes recebessem suporte em casa ou em qualquer lugar onde pudessem ser contactados - Melhoría na coordenação de cuidados: As enfermeiras conseguiram coordenar efetivamente os cuidados entre diferentes prestadores de serviços de saúde - Educação e gestão de sintomas: Os doentes relataram receber educação sobre a gestão de sintomas e cuidados relacionados à sua condição, o que contribuiu para uma melhor compreensão e controle de sua saúde. Sintomas como ansiedade, dor e fadiga sofreram uma diminuição significativa ao longo do período de intervenção. - Resultados positivos em saúde: A intervenção pode ter levado a uma redução no uso de serviços de emergência e hospitalizações. -Satisfação dos doentes com o programa de cuidados paliativos liderado por enfermeiras foi alta, refletindo uma percepção positiva sobre a qualidade dos cuidados recebidos e o impacto positivo na sua qualidade de vida.
<b>E2</b>	Teleconsultas semanais por um período de 13 semanas	Avaliação dos sintomas. Aspetos emocionais: Suporte emocional e	<i>Total Distress Score</i> : o valor médio aumentou significativamente no grupo de intervenção, alcançando uma diferença ajustada de 6,90

Teleconsultas pelo aplicativo *Face Time*®, de chamada vídeo e áudio, com um membro da equipa especializada em CP (principalmente enfermeira). O médico de família do doente foi convidado a visitar e acompanhar o doente durante a teleconsulta. Se isso não fosse possível, após a primeira teleconsulta, um membro da equipa especializada em CP, entrava em contato com o médico por telefone para discutir os problemas e necessidades do doente.

psicossocial tanto para doentes quanto para cuidadores.  
Discussão de cuidados paliativos: Incluía planos de tratamento, gestão de sintomas e comunicação sobre decisões no fim de vida.  
Orientação: Informação e orientação sobre cuidados domiciliários e apoio ao cuidador.

pontos em relação ao grupo de controle na semana 12 ( $P = 0.04$ ).  
*Hospital Anxiety and Depression Scale*: Os resultados indicaram uma maior pontuação de ansiedade e depressão no grupo de intervenção ao longo do estudo, com uma queda dos valores no grupo de controle, enquanto o grupo de intervenção apresentou aumento.  
Os valores de depressão, medidos pela *Hospital Anxiety and Depression Scale*, não mostraram diferenças significativas entre os grupos.  
Satisfação com teleconsultas: Os participantes do grupo de intervenção mostraram uma satisfação positiva com as teleconsultas, conforme indicado pelas respostas ao *Patient Satisfaction Questionnaire*.

**Resultados secundários:**

- Necessidades não atendidas: O número médio de necessidades não atendidas não diferiu entre os grupos de intervenção e controle.
- Continuidade do Cuidado (Questionário de Continuidade de Cuidados): das três subescalas (continuidade pessoal, de equipa e transfronteiriça), não houve diferenças significativas entre os grupos.
- Internamentos hospitalares: O número médio de internamentos hospitalares durante o estudo não diferiu entre os grupos.
- Contatos médico família e intervenções complexas: Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.
- Satisfação: Os valores médios após as duas primeiras teleconsultas foram altos tanto para os participantes quanto para os membros da equipa de cuidados paliativos especializados (SPCT).
- Sobrecarga dos Cuidadores Informais: Houve uma tendência de menor proporção de cuidadores informais com alta sobrecarga percebida no grupo de intervenção, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa.

<p><b>E5</b> Teleconsultas semanais ou mensais, conforme necessidade do doente, por um período de 6 meses. Os doentes eram contactados por enfermeiros</p>	<p>Os conteúdos do programa de cuidados paliativos liderado por enfermeiros incluíam uma variedade de tópicos abordados durante as chamadas telefónicas. Embora não tenha havido um currículo fixo ou conteúdo educacional específico, as discussões eram</p>	<p>Envolvimento dos doentes: Quase metade dos 218 participantes permaneceu envolvida ao longo do programa de seis meses, com 105 (50%) completando o programa. Taxa de Mortalidade: Um quarto dos participantes (54, ou 26%) morreu ou foi inscrito em cuidados especializados durante o período de intervenção de seis meses.</p>
--	---	--

<p>semanalmente a mensalmente, dependendo das necessidades individuais. O programa foi projetado para ser flexível, permitindo que as discussões fossem adaptadas às necessidades dos doentes e dos seus cuidadores, utilizando uma abordagem de resolução de problemas</p>	<p>individualizadas e adaptadas às necessidades dos doentes e dos seus cuidadores. Principais conteúdos: Os dados do processo <i>Advance Care Planning</i> foram recolhidos por enfermeiros, os elementos incluíam: objetivos das conversas de cuidados; nomear, informar ou documentar um procurador de saúde no registo de saúde eletrónico; preencher uma diretiva antecipada (DA); partilhar o DA com um prestador ou procurador de saúde; documentar a diretiva antecipada no registo de saúde eletrónico e discutir o CP; gestão de sintomas, suporte emocional e psicológico, necessidades dos cuidadores</p>	<p>Finalização do Planeamento de Cuidados Antecipados (ACP): A taxa de completude do ACP foi alta entre os participantes que faleceram, indicando que muitos estavam preparados para o fim da vida. Metade dos participantes era do sexo masculino, sendo a maioria de etnia branca e uma minoria de etnia negra. Uma parte significativa dos participantes relatou sintomas leves, enquanto alguns relataram sentir-se muito solitários. Doentes de etnia branca e aqueles com menos sintomas no início apresentaram maior tendência para abandonar o estudo. A maioria dos participantes completou pelo menos uma etapa do planeamento antecipado de cuidados, sendo a ação mais comum a nomeação de um procurador de saúde. A discussão sobre cuidados paliativos foi a menos frequente entre os participantes. Doentes com menor qualidade de vida no início foram mais propensos a serem inscritos em cuidados paliativos. Os enfermeiros conseguiram comunicar com os oncologistas em 29% das ocasiões</p>
<p><b>E7</b> Os participantes foram aleatoriamente designados para um dos dois grupos: 1) Cuidados Paliativos Especializados em Ambulatórios, onde receberam cuidados paliativos presenciais por equipas especializadas; e 2) Gestão de Casos por Telefone Liderada por Enfermeiros onde recebiam cuidados geridos por enfermeiros treinados através de chamadas telefónicas, com contactos semanais ou mais frequentes conforme as necessidades do doente</p>	<p>O conteúdo do programa de intervenção variou entre os dois grupos. Para o grupo de Cuidados Paliativos Especializados em Ambulatórios, os participantes receberam cuidados paliativos presenciais realizados por equipas especializadas que abordaram as necessidades individuais dos doentes. No grupo de Gestão de Casos por Telefone Liderado por Enfermeiros, os doentes foram atendidos por enfermeiros treinados que realizavam as ligações, oferecendo suporte e gestão de sintomas de forma remota. Este grupo tinha contatos regulares, geralmente semanais, podendo ocorrer com maior frequência de acordo com as necessidades do doente</p>	<p><b>Qualidade de Vida:</b> Os doentes com falência de órgãos em estágio terminal apresentaram uma qualidade de vida significativamente mais baixa, com uma diferença estimada de 9,6 pontos em comparação com os doentes com cancro. Aqueles com múltiplas condições tiveram uma redução adicional de 7,4 pontos. <b>Carga de Sintomas:</b> Doentes com falência de órgãos relataram uma carga de sintomática maior do que doentes com cancro. Fadiga, dor e dispneia são sintomas de ambos os grupos, sendo mais severos nos doentes com falência orgânica. <b>Solidão e Suporte Social:</b> Os níveis de solidão foram maiores entre os doentes com falência de órgãos; 25% deste grupo frequentemente sentiam-se isolados, em comparação com apenas 10% dos doentes com câncer. A intervenção telefónica mostrou uma ligeira redução na perceção de solidão, embora sem significância estatística. A teleconsulta pode oferecer algum nível de conexão social, mas pode não ser suficiente para combater a solidão em doentes com doenças crónicas graves.</p>

durante um período de 6 meses.

**Utilização de Serviços de Saúde:** Houve uma tendência de redução nas rehospitalizações e visitas ao serviço de urgência, mas os resultados não foram estatisticamente significativos. A gestão de casos por telefone pareceu melhorar a adesão ao tratamento, com mais doentes a seguir as recomendações médicas do que no grupo de cuidados em ambulatório.

**Tabela 10 - Análise das RSL, incluídas.**

Descrição	Conteúdos	Resultados
<p><b>E3</b> As tecnologias utilizadas para as consultas por vídeo incluem videofones, computadores com webcam, tablets e equipamentos para videoconferência. A maioria das pesquisas envolvia consultas de um para um entre o doente e um profissional de saúde, mas também existem exemplos de consultas que incluíam múltiplos participantes.</p>	<p><b>Comunicação:</b> O uso de videoconferências permitiu que doentes e familiares cuidadores se comunicassem efetivamente com profissionais de saúde.</p> <p><b>Educação:</b> A aprendizagem sobre a condição do doente e gestão de sintomas, com uma ênfase em fatores como suporte emocional e informações sobre cuidados. Terapias de resolução de problemas.</p> <p><b>Apoio psicológico:</b> As consultas incluíram componentes de aconselhamento psicossocial, ajudando a abordar preocupações emocionais dos doentes e familiares.</p> <p><b>Gestão de cuidados:</b> O conteúdo também abordou o planeamento de cuidados e discussões sobre o tratamento, facilitando decisões informadas.</p> <p><b>Acesso à equipe de saúde:</b> Os programas promovem um acesso mais fácil à equipe de saúde, possibilitando que ações e intervenções sejam realizadas de forma mais ágil.</p>	<p>Incluídos 35 estudos.</p> <p>A evidência diz-nos que as videoconsultas permitem a avaliação clínica e apoiam uma comunicação (não)verbal eficaz à distância. No entanto, a falta da presença física pode ser uma desvantagem. As consultas por vídeo podem complementar, mas não devem substituir, o cuidado presencial.</p> <p>Além disso, as evidências indicam que as videoconsultas são uma solução económica em comparação com as consultas de internamento ou as visitas domiciliárias.</p> <p>Os desafios técnicos em quase todos os estudos sugerem que este poderia ser uma barreira para a utilização.</p> <p>Quanto aos profissionais de saúde podem considerar as videoconsultas um acréscimo à sua carga de trabalho e necessitam de formação sobre como realizar videoconsultas.</p> <p>Além disso, as videoconsultas podem ter implicações na privacidade e segurança dos doentes.</p>

<p><b>E4</b> A intervenção consistiu em telefonemas realizados por profissionais de saúde, onde foram colhidas informações sobre sintomas, efeitos colaterais do tratamento e níveis de satisfação do doente. A maioria dos estudos aplicou contatos regulares, com um intervalo comum de acompanhamento em 4 semanas.</p>	<p>Os telefonemas foram direcionados a fornecer informações sobre cuidados, estratégias de <i>coping</i> e suporte psicológico e social.</p>	<p>Identificados 11 estudos que utilizaram o acompanhamento telefônico. Em 7, o acompanhamento dos doentes foi efetuado por pessoal médico (quatro com radioterapeuta ou enfermeiro) e três por equipe de pesquisa treinada. Os demais acompanhamentos foram por 'escriturários' (dois) ou não relatados (dois).</p> <p><b>Avaliações e Ferramentas Utilizadas:</b> A maioria dos estudos usou o Sistema de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), uma ferramenta validada para monitorizar sintomas físicos e emocionais. Outros instrumentos incluíam diários analgésicos e questionários de qualidade de vida.</p> <p><b>Intervalos de Acompanhamento:</b> Foram implementados vários calendários de acompanhamento, mas os dados sugerem que intervalos de 4 semanas são viáveis. O atrito foi observado, com doentes desistindo devido à deterioração clínica ou morte, enquanto aqueles com melhor estado de saúde continuaram no estudo.</p> <p><b>Viabilidade e Efetividade:</b> eficaz na recolha de dados clínicos simples, como a deteção de sintomas, aconselhamento e apoio ao doente. Este método ofereceu ainda conveniência, poupando tempo e custos de deslocação, bem como, tempo gasto em consultas presenciais, beneficiando tanto doentes como equipe de cuidados. No entanto, doentes com piores condições clínicas tendem a não participar, criando um possível viés nos resultados.</p>
<p><b>E6</b> Os estudos incluídos na revisão variavam nas suas abordagens de intervenção. As intervenções foram divididas em telessaúde reativa (contato iniciado pelo doente) e agendada (iniciada pelos enfermeiros). Os modos de</p>	<p><b>Conteúdos dos estudos incluídos:</b> Gestão de sintomas de doentes com cancro. Suporte aos doentes que realizaram ciclos de quimioterapia. Realização de chamadas telefónicas pré-agendadas com monitores treinados. Chamadas telefónicas programadas guiadas por um guia de cuidados para alívio dos sintomas com foco na quimioterapia para o cancro do pulmão. Chamadas telefónicas programadas com enfermeiros para fornecer suporte durante os dois primeiros ciclos de quimioterapia. Consultas de enfermagem antes da quimioterapia,</p>	<p><b>Gravidade dos Sintomas:</b> As intervenções de telessaúde lideradas por enfermeiros resultaram numa diminuição significativa na gravidade da dor em doentes oncológicos. Houve também benefícios moderados na redução de sintomas como fadiga e náusea, com variações entre os estudos devido a diferenças nas abordagens de intervenção, frequência e tipo de acompanhamento.</p> <p><b>Qualidade de Vida:</b> Melhora nas Intervenções Reativas: Duas das três intervenções onde os doentes iniciam o contato mostraram melhorias significativas na qualidade de vida, sugerindo que o acesso flexível aos cuidados conforme as necessidades pode ter um impacto positivo na perceção de bem-estar.</p>

entrega incluíram telefonemas, tecnologia de vídeo, e-mail, mensagens de texto e aplicativos móveis.

seguidas de acompanhamento telefónico durante o tratamento.

**Menor Impacto nas Intervenções Proativas:** Intervenções programadas apresentaram menor impacto na qualidade de vida, destacando a importância de personalizar o cuidado de acordo com as necessidades imediatas dos doentes.

**Utilização dos Serviços de Saúde:**

**Estabilidade na Utilização:** Não houve diferenças significativas nas hospitalizações ou visitas de urgência entre os doentes que receberam telessaúde e os que receberam cuidados usuais, indicando que as intervenções melhoram o controlo dos sintomas, mas não substituem os cuidados presenciais.

**Adesão ao Tratamento:** As intervenções de telessaúde que envolviam contato regular e sistemático com enfermeiros, contribuíram para uma melhor adesão aos tratamentos, promovendo o controlo eficaz dos sintomas ao longo do tempo.

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será realizada uma análise dos resultados encontrados e a respetiva discussão dos mesmos, atendendo aos objetivos delineados para a revisão sistemática do tema em estudo.

Relativamente aos resultados encontrados sobre a eficácia da teleconsulta de enfermagem em cuidados paliativos, a partir de um total inicial de 172 estudos, foram selecionados para discussão 7, incluindo também referências bibliográficas secundárias.

No seguimento dos dados apresentados nos quadros anteriores, procede-se à discussão dos mesmos de acordo com o objetivo previamente definido e a evidência científica atual.

Apesar das diferenças na tipologia dos estudos apresentados, a maioria tende para um objetivo comum que é avaliar eficácia da teleconsulta em cuidados paliativos.

Os estudos selecionados foram desenvolvidos entre 2012 e 2023, onde se destacam o número de estudos desenvolvidos nos EUA (Schmucker et al., 2021; Yamarik et al. 2022; Yamarik et al., 2023), Canadá (Kwok et al., 2022; Zhou et al., 2012;), Holanda (Hoek et al., 2017), Dinamarca (Jess et al., 2019). Tal facto, poderá estar relacionado com a dimensão dos dois primeiros países. Da pesquisa realizada, não foram identificados em Portugal estudos que respondessem à questão de partida.

Após a análise dos resultados de cada estudo, emergiram 4 categorias: tecnologias e instrumentos no uso da teleconsulta, benefícios da teleconsulta, limitações da teleconsulta, satisfação de doentes, família/cuidadores e profissionais. Estas categorias serão analisadas à luz dos objetivos propostos para o estudo.

Tecnologias e instrumentos no uso da teleconsulta

Ao longo da pesquisa realizada na elaboração do presente trabalho, denotamos que maioritariamente os estudos foram elaborados com recurso ao uso de chamadas telefónicas. Dos estudos incluídos, relativamente ao tipo de teleconsulta, Kwok et al. (2022), Schmucker et al. (2021), Yamarik et al. (2022), Yamarik et al. (2023), Zhou et al. (2012), refletem isso mesmo, dado que envolveram nos seus estudos como meio de comunicação as chamadas telefónicas. Outros estudos como Baird-Bower et al. (2016), Martins e Pinto (2023) e Valenti et al. (2023), também utilizaram este meio de teleconsulta.

Enquanto nos estudos realizados por Hoek et al. (2017) e Jess et al. (2019), o meio de comunicação utilizado foi a videoconferência, o que, segundo Funderskov et al. (2019) facilita a avaliação do doente, como referido anteriormente, pois permite a visualização da comunicação não-verbal da linguagem corporal e das expressões faciais.

Dos estudos analisados, o contacto era predominantemente realizado por enfermeiros e envolvia doentes. No estudo de Hoek et al. (2017) também envolvia a família (cuidadores informais).

A maioria dos estudos utiliza como instrumento a escala de avaliação de sintomas, de *Edmond Symptom Assessment System* (Hoek et al., 2017; Kwok et al., 2022; Schmucker et al., 2021; Yamarik et al., 2023; Zhou et al., 2012). Como forma de avaliar a qualidade de vida, 3 estudos (Kwok et al., 2022; Schmucker et al., 2021; Yamarik et al., 2023) utilizam a *Functional Assessment of Cancer Therapy-General* (FACT-G). Os restantes instrumentos eram constituídos por diversas escalas em função do tema e do objetivo do estudo, tais como o questionário de qualidade de vida da OMS (Yamarik, 2022), o questionário de continuidade de *Nijmegen* numa versão modificada, o questionário de satisfação do paciente aplicado ao doente e à equipa de CP e avaliada a sobrecarga autopercebida do cuidador informal (Hoek et al., 2017). Foram ainda utilizadas as escalas de avaliação da solidão, como a escala de três itens (Yamarik et al., 2023) direccionada para uma população idosa com declínio cognitivo, pessoas com baixa alfabetização ou com dificuldades de leitura pelo benefício de ser uma escala curta e a UCLA *Loneliness* de 10 itens

(Schmucker et al., 2021) dirigida para adultos jovens ou na meia-idade, em estudo onde a compreensão aprofundada dos sentimentos de solidão é o foco.

### Benefícios da teleconsulta

Como refere Yamarik et al. (2022), a teleconsulta permite ao doente ter acesso a CP no domicílio ou em qualquer parte do mundo onde possa ser contactado. Para Jess et al. (2019), o facto da teleconsulta se realizar com transmissão de imagem (vídeoconsulta) possibilita uma avaliação mais correta do doente, nomeadamente de sinais e sintomas, pelo que facilita a comunicação, com destaque para a comunicação não verbal, de forma eficaz graças à visualização da pessoa.

A teleconsulta permite melhorar o controlo sintomático, como refere Kwok et al. (2022), melhorar sintomas como dor, fadiga e náuseas. Contudo, os autores referem que, apesar de permitir a gestão e monitorização dos sintomas este não substitui os cuidados presenciais, mantendo-se o número de internamentos e visitas ao serviço de urgência. Por sua vez, no estudo de Yamarik et al. (2022), sintomas como dor, ansiedade e fadiga diminuíram significativamente ao longo do tempo e conseqüentemente, diminuíram os episódios de recorrência à urgência e o número de internamentos hospitalares. Os resultados alcançados por Martins e Pinto (2023) reforçam esta afirmação, pois no estudo realizado numa equipa de enfermagem, a maioria dos problemas relatados foi resolvida e apenas uma minoria recorreu ao serviço de urgência. Atreya et al. (2020) corroboram parte destes resultados, uma vez que o seu estudo revela uma diminuição no número de consultas presenciais e internamentos hospitalares, mas manteve-se o número de episódios/admissões ao serviço de urgência.

Valenti et al. (2023), no estudo que desenvolveram, pretendem apresentar a sua experiência relativamente à consulta telefónica de enfermagem, descrevem as solicitações dos doentes e cuidadores, bem como as intervenções médicas ou de enfermagem delineadas e mencionam que os motivos mais frequentes

para o uso da teleconsulta foram situações de dor, as atualizações da situação clínica, gestão terapêutica e questões de agendamento relacionadas com o agendamento de consultas, tratamentos e exames. Os mesmos motivos foram registados no estudo de Martins e Pinto (2023).

No estudo realizado por Zhou et al. (2012), estes autores salientam também como benefício deste tipo de consulta a diminuição dos custos com deslocações, bem como o tempo despendido para as viagens e para as consultas presenciais, resultado que corrobora com o estudo de Watanabe et al. (2013), onde mencionam uma melhoria significativa dos sintomas como ansiedade e apetite, e tendo ainda em consideração uma economia de custos, de distância e de tempo a favor da teleconsulta. Jess et al. (2019) referem que a teleconsulta é uma solução económica, estando de acordo com os resultados de Valenti et al. (2023).

Outro benefício descrito por Schmucker et al. (2021) e Kwok et al. (2022), trata-se da gestão de casos por telefone que contribuiu para melhorar a adesão ao tratamento, por parte dos doentes. Estes dados corroboram com Oelschlägel et al. (2023), dado que concluíram que o atendimento por teleconsulta facilitou o quotidiano dos doentes, a gestão da doença no domicílio e o controlo dos sintomas.

Como mencionado anteriormente, para além de beneficiar os doentes, a teleconsulta de enfermagem também é útil para diminuir a sobrecarga do cuidador e orientar os cuidados no domicílio (Sadeghmoghadam et al., 2020; Shohani et al., 2018), tendo o mesmo sido verificado por Hoek et al. (2017) onde, apesar de não haver uma diferença significativa, os autores verificaram uma menor sobrecarga percebida pelos cuidadores.

### Limitações da teleconsulta

Apesar de a maioria dos estudos mencionarem uma melhoria no controlo sintomático, Hoek et al. (2017) concluíram que a adição de consultas por vídeo chamada, realizadas semanalmente a doentes em cuidados paliativos,

mais especificamente em doentes com cancro avançado, foi desfavorável. Verificaram que estas levaram a um aumento significativo do *Total Distress Score* que avalia o nível global de sofrimento do doente, tendo em atenção diferentes dimensões, como sintomas físicos (dor, fadiga, falta de apetite), sintomas psicológicos (ansiedade, depressão), e outros fatores que afetam o bem-estar emocional e social do doente. O mesmo estudo também revelou que não houve diferenças significativas no número médio de internamentos hospitalares e nas intervenções complexas entre o grupo que recebeu apenas cuidados paliativos habituais e aquele que contou com a adição da teleconsulta. Dionne-Odom et al. (2020), no estudo com cuidadores de doentes com insuficiência cardíaca avançada, concluíram que ao longo da intervenção de cuidados paliativos precoces via teleconsulta, não se observou uma melhoria significativa na qualidade de vida, no humor ou na sobrecarga dos cuidadores. A intervenção consiste em suporte telefónico, com o intuito de melhorar o bem-estar dos cuidadores através de sessões de orientação sobre a gestão da doença e apoio emocional.

Uma outra limitação é o facto de os participantes dos estudos serem doentes detentores de doença avançada, pelo que muitos não chegam a concluir o tempo de intervenção dos estudos por óbito ou degradação do estado geral (Zhou et al., 2012). No estudo de Yamarik et al. (2023), apenas metade dos doentes completaram os 6 meses de intervenção do estudo, que tinha como objetivo avaliar a eficácia de um programa de cuidados paliativos liderado por enfermeiros com recurso a contato via telefone (teleatendimento), em doentes com cancro avançado.

Schmucker et al. (2021) relatam que a intervenção telefónica mostrou uma ligeira redução na perceção de solidão, embora sem significância estatística. Referem que a teleconsulta pode oferecer algum nível de conexão social, mas pode não ser suficiente para combater a solidão em doentes com doenças crónicas graves. Os autores salientam ainda que, embora os cuidados telefónicos tenham demonstrado uma tendência na redução dos internamentos e recurso ao serviço de urgência, não substitui completamente a necessidade de cuidados presenciais em situações consideradas complexas.

No estudo de Jess et al. (2019), estes apontam como limitações da teleconsulta os desafios técnicos, e acrescentam o facto de os profissionais de saúde poderem considerar a teleconsulta como um acréscimo de sobrecarga de trabalho e a necessidade de formação dos profissionais para a realização deste tipo de consulta. Bem como, as implicações na privacidade e segurança dos doentes, também apontes por Aldana et al. (2023). No entanto, Fonseca e Pereira (2022), Imam et al. (2024), e Lopez et al. (2021), salientam limitações como a dificuldade de avaliação de doentes à distância e a iliteracia digital de alguns doentes/familiares. Oelschlägel et al. (2023) adicionam a falha nas redes de telecomunicações que dificulta e inviabiliza o contacto.

### Satisfação

A satisfação dos doentes em cuidados paliativos com este tipo de consulta, liderado por enfermeiros, foi alta, refletindo o impacto positivo na qualidade dos cuidados e consequentemente na qualidade de vida dos doentes (Yamarik et al., 2022). Estes resultados corroboram com os alcançados por Watanabe et al. (2013). Atreya et al. (2020), também obteve como um dos seus resultados a elevada satisfação dos doentes com o apoio contínuo da equipa e os conselhos prestados por esta.

Watanabe et al. (2013), no estudo realizado onde aplicaram um inquérito de satisfação aos médicos, verificaram que a maioria estava satisfeita com este tipo de serviço e referem que, em algumas situações, seria difícil o acesso aos doentes, a cuidados paliativos, e que a gestão de sintomas melhorou, bem como o tempo de espera para as consultas presenciais foi menor.

No estudo de Hoek et al. (2017), apesar de se verificar um agravamento da sintomatologia, os níveis de satisfação com a utilização da teleconsulta foram altos, tanto para os doentes como para os membros da equipa de cuidados paliativos.

Dos resultados analisados, não encontramos um estudo que abordasse a satisfação dos familiares/cuidadores informais quanto à utilização da

teleconsulta de enfermagem em cuidados paliativos. Contudo, Martins e Pinto (2023), salientam que os familiares são os principais autores do contacto telefónico com a equipa de enfermagem, e reportam como motivos de satisfação a confiança na equipa, a rapidez e o baixo custo do serviço, a facilidade de internamento em cuidados paliativos pela fácil articulação com a equipa e a facilidade de cancelamento de consultas ou outro tipo de intervenção.



## 6. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho permitiu-nos alcançar os objetivos inicialmente propostos. Assim, concluímos que a prestação de cuidados paliativos à distância, como é o caso da teleconsulta de enfermagem, no que respeita ao uso das tecnologias, a mais utilizada são as chamadas telefónicas, seguindo-se as videoconferências/vídeoconsultas. Quanto aos instrumentos utilizados para avaliação da eficácia da teleconsulta, estes variam desde escalas de avaliação de sintomas, de avaliação da solidão, de avaliação da qualidade de vida, da satisfação doente, da família e profissionais de saúde.

Da análise, verificamos que vários são os benefícios da teleconsulta, desde a facilidade de acesso a cuidados de qualidade, independentemente do contexto, pois permite planear os cuidados antecipadamente, ajudar no controlo de sintomas, aumenta a acessibilidade aos cuidados, melhora a adesão ao tratamento e reduz os custos económicos com as deslocações, bem como o tempo despendido para as viagens e para as consultas. Permite ainda diminuir a sobrecarga do cuidador e orientar os cuidados no domicílio.

No entanto, também identificamos limitações, entre elas a dificuldade de avaliação dos doentes à distância, as falhas técnicas, a iliteracia dos utilizadores, a segurança e a privacidade do doente. A falta de formação dos profissionais para a realização deste tipo consulta, bem como o facto de estes poderem considerar a teleconsulta como um acréscimo ao trabalho. A conexão social fornecida pela teleconsulta não é suficientemente forte para combater a solidão dos doentes em situação paliativa, pois embora seja eficiente na comunicação à distância, a interação humana direta tem uma dimensão emocional e sensorial que é difícil de replicar virtualmente, ficando a mesma comprometida. Outra limitação refere-se ao facto de não substituir a necessidade de cuidados presenciais em casos considerados complexos.

Quanto à satisfação dos doentes e profissionais da saúde, nomeadamente dos enfermeiros, o impacto foi positivo na qualidade dos cuidados e na qualidade

de vida dos doentes. A satisfação dos enfermeiros pode estar associada a fatores como a melhoria no acesso aos doentes, a possibilidade de oferecer um acompanhamento mais contínuo e eficiente (através de teleconsultas), e o empoderamento dos doentes na gestão dos seus próprios cuidados. Estes sentem que oferecem cuidados de qualidade e, conseqüentemente, sentem maior satisfação no trabalho, que pode ter um efeito direto na qualidade de vida dos doentes. Dos estudos analisados, não encontramos resultados para a satisfação dos familiares/cuidadores informais.

Em suma, a teleconsulta de enfermagem oferece uma alternativa valiosa para o acompanhamento de doentes à distância, contribuindo para um modelo de cuidados mais flexível, acessível e eficiente.

Como limitações desta revisão, destacamos o facto de, embora a pesquisa tenha sido realizada de forma sistemática e rigorosa, eventualmente algum estudo pode ter sido omitido. Para reduzir esse risco, procedeu-se a uma pesquisa manual nas listas de referências dos estudos incluídos. Apenas dois estudos foram encontrados por esse meio, o que acreditamos ser um indicador do rigor da estratégia de pesquisa. Os estudos incluídos utilizaram duas metodologias diferentes, o que pode ser um desafio na análise e síntese dos dados, tornando-se num processo complexo. Outra limitação foi encontrar estudos que abordassem em simultâneo a satisfação dos doentes, família/cuidadores informais e os enfermeiros.

Apesar das limitações, consideramos que o estudo permitiu verificar a eficácia da teleconsulta de enfermagem em Cuidados Paliativos, constituindo um ponto de reflexão para a mudança/ inovação das práticas de Enfermagem.

Assim sendo, a partir da reflexão dos resultados obtidos através da investigação, surgiram novas propostas que poderão ter implicações na prática clínica em geral, e em particular na prática de enfermagem, tais como: formar enfermeiros para a realização da teleconsulta (avaliar sintomas, capacitar para o uso de ferramentas tecnológicas); melhorar a infraestrutura tecnológica, assegurando um acesso estável à internet e equipamentos adequados tanto para os profissionais como para os doentes; apoiar os doentes e família no uso

das plataformas de teleconsulta; assegurar a proteção dos dados e da segurança digital. Outro aspeto importante, é estabelecer parcerias entre as Unidades de CP e, por exemplo, as Juntas de Freguesia e, através de voluntários gerar uma rede de apoio para os doentes com dificuldade em aceder à internet ou a equipamentos, ou mesmo contactar com a realidade digital. Uma das sugestões poderá ser através das cidades compassivas ou das ajudas das paróquias, de forma a assegurar o cumprimento dos itens anteriores. Também podem criar-se protocolos que identifiquem de forma célere os casos que necessitam de ajuda presencial.

Para futuras investigações, sugerimos a avaliação da perceção das famílias/cuidadores informais quanto ao uso da teleconsulta, dado que os familiares cuidadores acompanham o processo de doença do seu familiar em situação paliativa, estabelecendo a ponte entre os profissionais de saúde, quando a pessoa em situação paliativa não está capaz de participar.

Consideramos que também seria importante e interessante a realização de outros estudos dentro desta área temática, mas utilizando outras perspetivas. Tendo em consideração que na gestão em saúde, um dos seus pilares é a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, é crucial fornecer a melhor qualidade a um baixo custo. Assim, na nossa perspetiva, outros estudos poderiam debruçar-se sobre os aspetos económicos.

O presente trabalho exigiu dedicação e investimento, várias foram as dificuldades ultrapassadas, entre elas a análise dos artigos, a gestão do tempo na elaboração do documento e a gestão documental de toda a literatura existente. Todavia, pensamos que o empenho e o esforço ajudaram a superar esta fase, contribuindo para o desenvolvimento profissional e pessoal.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldana, G. L., Evoh, O. V., & Reddy, A. (2023). Best Practices for Providing Patient-Centered Tele-Palliative Care to Cancer Patients. *Cancers*, 15(6), 1809. <https://doi.org/10.3390/cancers15061809>
- Alvarenga, M. (2018). Papel do Enfermeiro. In R. Nunes; F. Rego.; G. Rego, Enciclopédia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos. (pp. 417-428). Edições Almedina.
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Kahlil, H. & Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc*.13(3).132-40. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B. & Jordan, Z. (2024). JBI Manual for Evidence Synthesis. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Atreya, S., Kumar, G., Samal, J., Bhattacharya, M., Banerjee, S., Mallick, P., Chakraborty, D., Gupta, S., & Sarkar, S. (2020). Patients'/Caregivers' Perspectives on Telemedicine Service for Advanced Cancer Patients during the COVID-19 Pandemic: An Exploratory Survey. *Indian journal of palliative care*, 26(Suppl 1), S40–S44. [https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_145\\_20](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_145_20)
- Baird-Bower, D., Roach, J., Andrews, M., Onslow, F., & Curnin, E. (2016). Help is just a phone call away: after-hours support for palliative care patients wishing to die at home. *International journal of palliative nursing*, 22(6), 286–291. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.6.286>
- Barker TH, Stone JC, Sears K, Klugar M, Tufanaru C, Leonardi-Bee J, Aromataris E, Munn Z. (2023). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBI Evidence Synthesis* 21(3). 494-506. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Bettany-Saltikov, J. (2012). How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. Open University Press.

[https://books.google.pt/books?id=qMkvEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=qMkvEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

- Bitar, H., & Alismail, S. (2021). The role of eHealth, telehealth, and telemedicine for chronic disease patients during COVID-19 pandemic: A rapid systematic review. *Digital health*, 7, 20552076211009396. <https://doi.org/10.1177/20552076211009396>
- Camelo, S. H. H., Soares, M. I., Chaves, L. D. P., Rocha, F. L. R., & Silva, V. L. dos S. (2016). Enfermeiros gerentes de um hospital de ensino: formação profissional, responsabilidades e desafios [Nurse managers at a teaching hospital: training, responsibilities and challenges]. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(3), e11637. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.11637>
- Comissão Europeia (2020). Relatório de recomendações à Comissão sobre o quadro dos aspetos éticos da inteligência artificial, da robótica e das tecnologias conexas. (2020/2012, INL). [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2020-0186\\_PT.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2020-0186_PT.html)
- Comissão Europeia (2024). Saúde em linha (e-Saúde): Saúde e cuidados de saúde digitais. Síntese. [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/overview\\_pt](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/overview_pt)
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2019). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos Biénio 2019-2020 <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
- CNCP. (2021). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021\\_2022.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf)
- CNCP. (2023). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal continental: biénio 2023-2024. [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023\\_2024\\_signed.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf)
- Castro, A. A., Chazan, A. C., Santos, C. P. D., Candal, E. M. B., Chazan, L. F., & Ferreira, P. C. D. S. (2020). Teleconsulta no contexto da covid-19:

Experiência de uma Equipe em Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44(Sup. 01), e138.

Costa, C., Laimer, V. R., Piovesan, R. T. C., & Coelho, E. A. (2016). Competências gerenciais importantes em uma organização hospitalar. *Revista de Administração IMED*, 6(1), 45-55. [https://www.researchgate.net/publication/304031115\\_Competencias\\_Gerenciais\\_Importantes\\_em\\_Uma\\_Organizacao\\_Hospitalar](https://www.researchgate.net/publication/304031115_Competencias_Gerenciais_Importantes_em_Uma_Organizacao_Hospitalar)

Decreto Lei n.º 52/2012 da Assembleia da República. (2012). *Diário da República: I Série*, nº 172. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>

Decreto Lei n.º 25/2012 da Assembleia da República. (2012). *Diário da República: I Série*, nº 136. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607>

Decreto Lei nº 95/2019 da Assembleia da República. *Diário da República: I Série*, nº 169/2019. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

DiGiovanni, G., Mousaw, K., Lloyd, T., Dukelow, N., Fitzgerald, B., D'Aurizio, H., Loh, K., Mohile, S., Ramsdale, E., Maggiore, R., Zittel, J., Kadambi, S., & Magnuson, A. (2020). Development of a telehealth geriatric assessment model in response to the COVID-19 pandemic. *Journal of Geriatric Oncology*, 11(5), 761–763. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.04.007>

Dionne-Odom, J. N., Ejem, D. B., Wells, R., Azuero, A., Stockdill, M. L., Keebler, K., Sockwell, E., Tims, S., Engler, S., Kvale, E., Durant, R. W., Tucker, R. O., Burgio, K. L., Tallaj, J., Pamboukian, S. V., Swetz, K. M., & Bakitas, M. A. (2020). Effects of a Telehealth Early Palliative Care Intervention for Family Caregivers of Persons With Advanced Heart Failure: The ENABLE CHF-PC Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 3(4), e202583. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.2583>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2021). *Plano nacional de saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. 1–268. [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)

- Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). (2021). *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. Porto: ESEP. <https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98>
- Fadul, N., Elsayem, A. F., & Bruera, E. (2021). Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *BMJ supportive & palliative care*, 11(1), 40–44. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002364>
- Fink A. (2020). *Conducting research literature reviews: from the Internet to paper*. 5th Edition. Sage Publications. [https://books.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=0z1\\_DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Fink+A.+\(2020\).+Conducting+research+literature+reviews:+from+the+Internet+to+paper.5th+Edition.+Sage+Publications.+&ots=16ltf1WQax&sig=2owSuaaZC2z-ByScDO2i0pLJy8&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Fink%20A.%20\(2020\).%20Conducting%20research%20literature%20reviews%3A%20from%20the%20Internet%20to%20paper.5th%20Edition.%20Sage%20Publications.&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=0z1_DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Fink+A.+(2020).+Conducting+research+literature+reviews:+from+the+Internet+to+paper.5th+Edition.+Sage+Publications.+&ots=16ltf1WQax&sig=2owSuaaZC2z-ByScDO2i0pLJy8&redir_esc=y#v=onepage&q=Fink%20A.%20(2020).%20Conducting%20research%20literature%20reviews%3A%20from%20the%20Internet%20to%20paper.5th%20Edition.%20Sage%20Publications.&f=false)
- Fonseca, E., & Pereira, S. (2023). Teleconsulta em ambulatório de cuidados paliativos: Relato de experiência. *Europub Journal of Health Research*, 3(4 Edição Especial), 992–1001. <https://doi.org/10.54747/ejhrv3n4-ed.esp.028>
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Funderskov, K. F., Danbjørg, D. B., Jess, M., Munk, L., Zwisler, A.-D. O., & Dieperink, K. B. (2019). Telemedicine in specialised palliative care: Healthcare Professionals and their perspectives on video consultations: - A Qualitative Study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21-22), 3966-3976. <https://doi.org/10.1111/jocn.15004>
- Ghazal, K.Y., Singh Beniwal, S., & Dhingra, A. (2024). Assessing Telehealth in Palliative Care: A Systematic Review of the Effectiveness and Challenges in Rural and Underserved Areas. *Cureus*. <https://www.cureus.com/articles/282615-assessing-telehealth-in-palliative-care-a-systematic-review-of-the-effectiveness-and-challenges-in-rural-and-underserved-areas#!/>

- Gonçalves, F. (2002). *Controlo de sintomas no cancro avançado*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, J. (2009). *A Boa-Morte. Ética no fim da vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Grimshaw, J., McAuley, L. M., Bero, L. A., Grilli, R., Oxman, A. D., Ramsay, C., ... & Zwarenstein, M. (2003). Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *BMJ Quality & Safety*, 12(4), 298-303. <https://doi.org/10.1136/qhc.12.4.298>
- Grudzen, C. R., Shim, D. J., Schmucker, A. M., Cho, J., Goldfeld, K. S., & EMPallA Investigators (2019). Emergency Medicine Palliative Care Access (EMPallA): protocol for a multicentre randomised controlled trial comparing the effectiveness of specialty outpatient versus nurse-led telephonic palliative care of older adults with advanced illness. *BMJ open*, 9(1), e025692. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025692>
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. (Version 5.). The Cochrane Collaboration. [Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions | Cochrane Training](https://www.cochrane.org/handbook)
- Hoek, P. D., Schers, H. J., Bronkhorst, E. M., Vissers, K. C. P., & Hasselaar, J. G. J. (2017). The effect of weekly specialist palliative care teleconsultations in patients with advanced cancer -a randomized clinical trial. *BMC medicine*, 15(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0866-9>
- Howell D. (2018). It is unclear whether specialist palliative care teleconsultation leads to an improvement in patient symptom scores. *Evidence-based nursing*, 21(1), 1. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102842>
- Imam, S.N., Braun, U.K., Garcia, M.A., & Jackson, L.K. (2024). Evolution of Telehealth—Its Impact on Palliative Care and Medication Management. *Pharmacy*, 12. <https://www.semanticscholar.org/reader/f6207b047cd834d5a19839453591463628ad80c8>
- Imlach, F., McKinlay, E., Middleton, L., Kennedy, J., Pledger, M., Russell, L., Churchward, M., Cumming, J., & McBride-Henry, K. (2020). Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey

and interviews on patient experiences and preferences. *BMC family practice*, 21(1), 269. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01336-1>

INE. (2024). Estatísticas da Saúde – 2022. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=660522170&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=660522170&PUBLICACOESmodo=2)

International Association for Hospice and Palliative Care. (2018). Global Consensus based palliative care definition. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

Jess, M., Timm, H., & Dieperink, K. B. (2019). Video consultations in palliative care: A systematic integrative review. *Palliative medicine*, 33(8), 942–958. <https://doi.org/10.1177/0269216319854938>

Kwok, C., Degen, C., Moradi, N., & Stacey, D. (2022). Nurse-led telehealth interventions for symptom management in patients with cancer receiving systemic or radiation therapy: a systematic review and meta-analysis. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(9), 7119–7132. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07052-z>

Lopez, A. M., Lam, K., & Thota, R. (2021). Barriers and Facilitators to Telemedicine: Can You Hear Me Now?. *American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting*, 41, 25–36. [https://doi.org/10.1200/EDBK\\_320827](https://doi.org/10.1200/EDBK_320827)

Martins, M., & Pinto, S. (2023). Analysis of a telephone hotline for palliative care patients at home and their families. *International journal of palliative nursing*, 29(12), 571–577. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2023.29.12.571>

Mathews, J., Chow, R., Wennberg, E., Lau, J., Hannon, B., & Zimmermann, C. (2023). Telehealth palliative care interventions for patients with advanced cancer: a scoping review. *Supportive Care in Cancer*, 31(8), 451. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2978197/v1>

National Palliative and End of Life Care Partnership. (2021). Ambitions for Palliative and End of Life Care: A national framework for local action

2021-2026. [ambitions-for-palliative-and-end-of-life-care-2nd-edition.pdf  
\(england.nhs.uk\)](https://www.nhs.uk/consult/externalpublicationsanddocuments/ambitions-for-palliative-and-end-of-life-care-2nd-edition.pdf)

Neto, I. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In António Barbosa e Isabel Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa. Centro de bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Neves, C. (2000). A morte, a sociedade e os cuidados paliativos. In Neves et al. *Dossier cuidados paliativos*. Coimbra: FORMASAU.

Neves, J. (2000). Gestão de Recursos Humanos: Evolução do problema em termos dos conceitos e das práticas. In Jorge Vala & António Caetano. *Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas*. RH Editores, pp. 3-30.

Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários-Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 125-134.

OECD. (2024). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2023*. <https://doi.org/10.1787/6be7d83c-pt>.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem tomada de posição*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021). Parecer do conselho de enfermagem N°53/2021: Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem. [https://ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-nº-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-nº-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2021a). Guia de Consultas de Enfermagem à Distância – Telenfermagem: Recomendações. <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/guia-de-recomendações-para-as-consultas-de-enfermagem-à-distância-consulta-pública/>

- Oelschlägel, L., Christensen, V. L., Moen, A., Heggdal, K., Österlind, J., Dihle, A., & Steindal, S. A. (2023). Patients' experiences with a welfare technology application for remote home care: A longitudinal study. *Journal of clinical nursing*, 32(17-18), 6545–6558. <https://doi.org/10.1111/jocn.16592>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Ed. de pesquisa clínica)*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quivy, R., & Campenhoudt, LV. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Trajectos.
- Radbruch L., Payne S., Bercovitch M., Caraceni A., Vlieger T., Firth P. & Board of directors of the European Association for Palliative Care. (2010). White Paper on Standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*, 17(1), 22-33.
- Regulamento 101/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República: 2.ª Série, nº 48*, 5949. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_101\\_2015\\_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf)
- Sadeghmoghadam, L., Shahriyan, F., Delshad, A., & Deluee, M. A. (2020). The effect of educational intervention by tele-nursing on caregiver burden in family caregivers of elderly with Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dementia*, 16(7). doi:10.1002/alz.040961
- Sampaio, S. M., Santana, T. C., & Angelim, E. G. F. (2022). O papel do enfermeiro nos cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Revista de Ensino, Ciência e Inovação em Saúde*, 3(3), 32-40.
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista*

*Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508–511.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

Schmucker, A. M., Flannery, M., Cho, J., Goldfeld, K. S., Grudzen, C., & EMPAllA Investigators (2021). Data from emergency medicine palliative care access (EMPAllA): a randomized controlled trial comparing the effectiveness of specialty outpatient versus telephonic palliative care of older adults with advanced illness presenting to the emergency department. *BMC emergency medicine*, 21(1), 83.  
<https://doi.org/10.1186/s12873-021-00478-4>

Shohani, M., Mozafari, M., Khorshidi, A., & Lotfi, S. (2018). Comparing the effects of face-to-face and telenursing education on the quality of family caregivers caring in patients with cancer. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(6), 1209- 1215. doi:10.4103/jfmpe.jfmpe\_317\_18

SNS (2024, maio 06). Reforço da telessaúde no SNS.  
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2024/05/06/reforco-da-telessaude-no-sns/>

SNS 24 (2024, fev. 2022). Teleconsultas.  
<https://www.sns24.gov.pt/guia/teleconsulta/>

SNS & SPMS (2024a). TeleSaúde. <https://www.spms.min-saude.pt/servicos-de-telessaude/>

SNS & SPMS (2024). Centro Nacional de TeleSaúde. <https://www.spms.min-saude.pt/centro-nacional-de-telessaude/>

SPMS. (2019). Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022  
[spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS\\_português.pdf](https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_português.pdf)

SPMS. (2023). Telessaúde SPMS Guia para registo de Teleconsultas pela plataforma RSE Live nos Cuidados de Saúde Primários: documento informativo. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Guia%20para%20registo%20de%20Teleconsultas%20nos%20CSP.pdf>

- Tamada, R., Barreto, M. & Cunha, I. (2013). Modelos de Gestão em Saúde: Novas Tendências, Responsabilidades e Desafios. Convibra. [https://convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/2013\\_38\\_7937.pdf](https://convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/2013_38_7937.pdf)
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In E. Aromataris & Z. Munn (Editors)., *JBI Reviewer's Manual* (pp. 72-131). <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-04>
- Valenti, V., Rossi, R., Scarpi, E., Ricci, M., Pallotti, M. C., Dall'Agata, M., Montalti, S., & Maltoni, M. (2023). Nurse-led telephone follow-up for early palliative care patients with advanced cancer. *Journal of clinical nursing*, 32(11-12), 2846–2853. <https://doi.org/10.1111/jocn.16403>
- Watanabe, S. M., Fairchild, A., Pituskin, E., Borgersen, P., Hanson, J., & Fassbender, K. (2013). Improving access to specialist multidisciplinary palliative care consultation for rural cancer patients by videoconferencing: report of a pilot project. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 21(4), 1201–1207. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1649-7>
- World Health Organization. (2005). Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005. Resolutions and decisions annex. [http:// apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58-REC1/english/A58\\_2005\\_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf)
- World Health Organization. (2005a). World Health Organization Knowledge Management Strategy. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69119/WHO\\_EIP\\_KMS\\_2005\\_1.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69119/WHO_EIP_KMS_2005_1.pdf?sequence=1)
- World Health Organization (WHO). (2016). *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth*. [9789241511780-eng.pdf \(who.int\)](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/201826/9789241511780-eng.pdf?sequence=1)
- World Health Organization. (2021). Global strategy on digital health 2020-2025. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/344249>.

World Health Organization. (2024). Telehealth quality of care tool. [Telehealth quality of care tool \(who.int\)](https://www.who.int/teams/digital-health-and-telemedicine/telehealth/telehealth-quality-of-care-tool)

Yamarik, R. L., Chiu, L. A., Flannery, M., Van Allen, K., Adeyemi, O., Cuthel, A. M., Brody, A. A., Goldfeld, K. S., Schrag, D., Grudzen, C. R., & On Behalf Of The EMPallA Investigators (2023). Engagement, Advance Care Planning, and Hospice Use in a Telephonic Nurse-Led Palliative Care Program for Persons Living with Advanced Cancer. *Cancers*, 15(8), 2310. <https://doi.org/10.3390/cancers15082310>

Yamarik, R. L., Tan, A., Brody, A. A., Curtis, J., Chiu, L., Bouillon-Minois, J. B., & Grudzen, C. R. (2022). Nurse-Led Telephonic Palliative Care: A Case-Based Series of a Novel Model of Palliative Care Delivery. *Journal of hospice and palliative nursing: JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 24(2), E3–E9.

Zhou, M., Holden, L., Bedard, G., Zeng, L., Lam, H., Chu, D., Lao, N., Lauzon, N., & Chow, E. (2012). The utilization of telephone follow-up in the advanced cancer population: a review of the literature. *Journal of comparative effectiveness research*, 1(6), 509–517. <https://doi.org/10.2217/ce.12.63>

## ANEXOS

## ANEXO I - Fichas de análise dos estudos incluídos

<b>Ficha E1</b>	
<b>Autor(es)</b>	Yamarik, R. L., Tan, A., Brody, A. A., Curtis, J., Chiu, L., Bouillon-Minois, J. B., & Grudzen, C. R.
<b>Ano</b>	2022
<b>País de Origem</b>	EUA
<b>Título</b>	<i>Nurse-Led Telephonic Palliative Care: A Case-Based Series of a Novel Model of Palliative Care Delivery</i>
<b>Objetivo(s)</b>	<p>- Discutir exemplos de casos de cuidado fornecido por um programa de cuidado paliativo telefónico liderado por enfermeiros, demonstrando a variedade de domínios de cuidado paliativo que podem ser abordados através desse modelo de atendimento;</p> <p>- Avaliar a eficácia do modelo de cuidado paliativo telefónico em relação ao cuidado tradicional, focando aspetos como qualidade de vida, satisfação do doente e gestão de sintomas</p>
<b>Desenho do estudo</b>	Ensaio clínico randomizado
<b>Participantes</b>	<p>Amostra de 300 doentes que foram randomizados para participar do ensaio clínico</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <p>Doentes com 50 anos ou mais que estão programados para alta ou status de observação após uma visita ao departamento de emergência</p> <p>Os pacientes devem ter um diagnóstico de câncer avançado (tumor sólido metastático) ou falência de órgão em estágio terminal, como insuficiência cardíaca (classificação III ou IV da <i>New York Heart Association</i>), doença renal em estágio terminal ou doença pulmonar obstrutiva crônica em estágios III ou IV 3.</p> <p>Doentes que falam inglês ou espanhol e residir dentro da área geográfica do site do estudo e ter um telefone funcional.</p> <p>O estudo foi realizado em 18 locais em 9 estados</p> <p>300 doentes que aceitaram participar no estudo e que possuíam os critérios de inclusão foram randomizados para o grupo controlo e de intervenção. A randomização no estudo foi realizada utilizando um sistema de randomização em bloco, que assegura que os grupos de tratamento sejam equilibrados em termos de características importantes. Os blocos de randomização foram utilizados para garantir que a alocação dos pacientes aos grupos de intervenção ou controlo fosse feita de maneira imparcial e aleatória, minimizando assim o viés na seleção dos participantes.</p> <p>Os pacientes elegíveis foram identificados durante as suas visitas ao departamento de emergência (ED). A equipe do ED desempenhou um papel crucial na triagem inicial dos doentes que poderiam beneficiar do programa de cuidados paliativos por telefone.</p>
<b>Intervenção</b>	<p>Aplicação de instrumentos: Escala de Ansiedade de Hamilton, Escala de Fadiga de Piper, Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, Escala Numérica de Dor e entrevistas por telefone</p> <p>Procedimentos:</p> <p>As enfermeiras que colaboraram nesta investigação foram preparadas através de um treino abrangente e específico. A preparação das enfermeiras incluiu os seguintes componentes: Treino em <i>Palliative Care</i>, Protocolos de Comunicação Telefónicas, gestão de casos e apoio e supervisão contínuos.</p> <p>Foi realizado um contacto inicial: Após identificação, os doentes foram abordados por membros da equipe do estudo ainda no ambiente do ED.</p> <p>Durante este contato inicial, os objetivos do estudo foram explicados, e foi solicitado o consentimento para participar.</p> <p>Os doentes que aceitaram participar foram orientados a assinar um formulário de consentimento informado.</p> <p>Este processo incluiu uma explicação detalhada dos procedimentos do estudo, possíveis riscos e benefícios, e a garantia de confidencialidade.</p> <p>Depois de obter o consentimento, os doentes foram contactados por telefone pelas enfermeiras treinadas.</p>

	<p>As enfermeiras realizaram avaliações iniciais e subseqüentes via telefone, seguindo os protocolos estabelecidos.</p> <p>As enfermeiras mantiveram contato regular com os doentes para monitorar a evolução dos cuidados, identificar novas necessidades e ajustar os planos de cuidados conforme necessário.</p> <p>Duração do estudo: O estudo incluiu um acompanhamento dos doentes por um período de 6 meses após a intervenção inicial no departamento de emergência (ED).</p> <p>Grupo de intervenção: A intervenção no estudo consistiu num programa de cuidados paliativos liderado por enfermeiros por meio de teleatendimento. Este modelo de intervenção incluiu chamadas telefônicas regulares, que variavam de semanais a bimestrais, para monitorizar a saúde dos doentes, coordenar serviços e fornecer suporte emocional.</p> <p>Conteúdos do programa das chamadas telefônicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão sobre objetivos de cuidado: As enfermeiras abordaram os objetivos, medos, esperanças e preocupações dos doentes em relação à sua doença e ao seu tratamento, ajudando a informar decisões sobre intervenções futuras.</li> <li>- Educação e aconselhamento: As chamadas incluíram educação sobre a condição de saúde do paciente, gerenciamento de sintomas, e informações sobre o uso de medicamentos, especialmente em relação ao medo de dependência de opioides 5, 4.</li> <li>- Coordenação de serviços: As enfermeiras trabalharam para coordenar serviços adicionais, como cuidados de saúde domiciliares, terapia ocupacional e física, e agendamento de consultas médicas, garantindo que os doentes recebessem o suporte necessário.</li> <li>- Acompanhamento e monitoramento: As chamadas serviram para monitorar a saúde dos doentes, realizar avaliações contínuas e fornecer suporte emocional, ajudando a construir uma relação de confiança entre o doente e a enfermeira</li> </ul> <p>Grupo de controlo: Ao grupo controle foi fornecido cuidado usual, que geralmente inclui o tratamento padrão e a gestão da saúde sem a intervenção específica de teleatendimento. Isso significa que os doentes no grupo controle continuaram a receber os cuidados médicos regulares, mas não tiveram acesso ao programa de cuidados paliativos</p> <p>Considerações éticas Respeita os princípios éticos dos ensaios clínicos randomizados.</p>
<p><b>Resultados</b></p>	<p>O tratamento estatístico utilizado no estudo foi a análise de eficácia comparativa. Os principais resultados incluem:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento do acesso aos cuidados paliativos: O modelo demonstrou ser escalável e capaz de aumentar o acesso a cuidados paliativos, permitindo que os doentes recebessem suporte em casa ou em qualquer lugar onde pudessem ser contactados</li> <li>2. Melhoria na coordenação de cuidados: As enfermeiras conseguiram coordenar efetivamente os cuidados entre diferentes prestadores de serviços de saúde, o que é crucial para doentes com doenças complexas</li> <li>3. Educação e gestão de sintomas: Os doentes relataram receber educação sobre a gestão de sintomas e cuidados relacionados à sua condição, o que contribuiu para uma melhor compreensão e controle de sua saúde</li> <li>4. Resultados positivos em saúde: A intervenção pode ter levado a uma redução no uso de serviços de emergência e hospitalizações, refletindo uma melhoria na gestão da saúde dos doentes.</li> </ol> <p>Ansiedade: A intervenção de cuidados paliativos mostrou-se eficaz na gestão dos sintomas de ansiedade em doentes com doenças avançadas. Os doentes relataram uma diminuição significativa nos níveis de ansiedade ao longo do</p>

	<p>período de intervenção de 6 meses. As avaliações regulares e o suporte contínuo proporcionado pelas enfermeiras contribuíram para uma melhoria geral no bem-estar emocional dos pacientes.</p> <p>Qualidade de vida: Os doentes relataram uma melhoria significativa na qualidade de vida após a implementação do programa de cuidados paliativos telemáticos. A presença contínua e o suporte das enfermeiras ajudaram os doentes a gerir melhor os sintomas e a enfrentar os desafios emocionais associados à sua condição.</p> <p>Satisfação dos Pacientes: A satisfação geral dos doentes com o programa de cuidados paliativos liderado por enfermeiras foi alta, refletindo uma perceção positiva sobre a qualidade dos cuidados recebidos e o impacto positivo na sua qualidade de vida.</p> <p>Dor: Houve uma redução significativa na intensidade da dor relatada pelos doentes ao longo do período de intervenção de 6 meses. As enfermeiras, através de contatos telefónicos regulares, foram capazes de ajustar os planos de gestão da dor de acordo com as necessidades dos doentes, proporcionando um alívio mais eficaz dos sintomas dolorosos. A monitorização contínua permitiu que as enfermeiras identificassem mudanças na intensidade da dor rapidamente e ajustassem o tratamento conforme necessário. As enfermeiras forneceram educação aos doentes e seus cuidadores sobre técnicas não farmacológicas de gestão da dor, além do uso correto de medicamentos analgésicos. A satisfação dos doentes com o controle da dor foi alta, refletindo a eficácia do modelo de cuidados paliativos telemáticos liderado por enfermeiras em fornecer um alívio adequado da dor.</p> <p>Fadiga: Os doentes relataram uma redução significativa nos níveis de fadiga ao longo dos seis meses de intervenção. As intervenções das enfermeiras, que incluíam orientações sobre gestão de energia, descanso adequado e atividades físicas leves, contribuíram para a diminuição da fadiga. As enfermeiras forneceram educação sobre estratégias para gerir a fadiga, como a importância de um sono adequado, técnicas de relaxamento, e a necessidade de balancear atividades e períodos de descanso. A redução da fadiga teve um impacto positivo significativo na qualidade de vida dos doentes.</p>
<p><b>Conclusões</b></p>	<p>O modelo de cuidados paliativos liderados por enfermeiros por teleatendimento demonstrou ser uma abordagem eficaz para fornecer cuidados abrangentes a doentes com doenças graves, abordando múltiplas dimensões dos cuidados paliativos. A telemedicina permite que os doentes recebam cuidados em casa, aumentando o acesso a serviços de cuidados paliativos, especialmente para aqueles que enfrentam barreiras para comparecer a consultas presenciais. As enfermeiras desempenharam um papel crucial na coordenação de cuidados, facilitando a comunicação entre doentes, familiares e outros prestadores de serviços de saúde, o que é essencial para a gestão eficaz de condições complexas. O modelo não apenas forneceu educação sobre a gestão de sintomas, mas também ofereceu suporte emocional, ajudando a construir uma relação de confiança entre os doentes e as enfermeiras. A implementação de cuidados paliativos liderados por enfermeiros por teleatendimento pode ser uma estratégia valiosa para melhorar a qualidade de vida e a experiência de cuidados para doentes com doenças avançadas.</p> <p>Limitações do estudo Necessidade de mais pesquisas para validar esses resultados em uma população mais ampla e para explorar a eficácia a longo prazo do modelo.</p>

<b>Ficha E2</b>	
<b>Autor(es)</b>	Hoek, P. D., Schers, H. J., Bronkhorst, E. M., Vissers, K. C. P., & Hasselaar, J. G. J.
<b>Ano</b>	2017
<b>País de Origem</b>	Holanda
<b>Título</b>	<i>The effect of weekly specialist palliative care teleconsultations in patients with advanced cancer - a randomized clinical trial</i>
<b>Objetivo(s)</b>	Avaliar se as teleconsultas semanais, realizadas por uma equipa especializada em cuidados paliativos, contribuem para a melhoria da sintomatologia dos doentes, em comparação com os "cuidados habituais"
<b>Desenho do estudo</b>	Ensaio clínico randomizado de dois braços, não cego
<b>Participantes</b>	<p>32 doentes (15 grupo de intervenção e 17 no grupo controlo)</p> <p>Critérios de inclusão: 18 anos ou mais, falar holandês e ser capazes de dar consentimento informado. Além disso, inicialmente tiveram que atender aos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ser diagnosticado com uma condição oncológica progressiva,</li> <li>(2) residir em casa,</li> <li>(3) ter um médico de família que concorde em participar,</li> <li>(4) ter uma pontuação de <i>Karnofsky Performance Status</i> de 60 ou menos</li> <li>(5) ter uma expectativa de vida de 3 meses ou menos.</li> </ol> <p>Os participantes foram recrutados de clínicas ambulatoriais e organizações de cuidados domiciliários entre maio de 2011 e janeiro de 2015. Eles foram divididos aleatoriamente em dois grupos: um grupo de intervenção, que recebeu teleconsultas semanais com membros de uma equipe de cuidados paliativos especializados (SPCT), e um grupo de controle, que recebeu o "cuidado habitual". A duração do acompanhamento foi de 12 semanas. Os principais fatores analisados incluíram a carga de sintomas, as necessidades paliativas não atendidas, a continuidade do atendimento e a satisfação com as teleconsultas.</p> <p>Devido a problemas de recrutamento, foi implementada uma alteração, após a inclusão de 24 participantes. Os critérios (4) e (5) foram substituídos por um novo critério, em que os doentes não deveriam estar a receber nenhum tratamento modificador da doença no momento da inclusão nem o fariam no futuro. No entanto, como o recrutamento não melhorou muito, foi ainda implementada outra alteração, após a inclusão de 35 participantes, em que o último critério foi removido e não foi substituído por novos critérios de inclusão.</p>
<b>Intervenção</b>	<p>Instrumentos mencionados:</p> <p>Para participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Edmonton Symptom Assessment System</i> (ESAS)</li> <li>- <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)</li> <li>- Problemas e Necessidades em Cuidados Paliativos - versão curta e uma versão modificada do Questionário de Continuidade de Nijmegen</li> </ul> <p>Os 3 no início do estudo e no acompanhamento de 4 semanas. Grupo de intervenção ainda preencheram um Questionário de Satisfação do Paciente (<i>Patient Satisfaction Questionnaire</i>, PSQ) após 2 primeiras teleconsultas.</p> <p>Cuidadores informais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobrecarga autopercebida do cuidado informal (<i>Self-Perceived Burden from Informal Care</i>), no início do estudo, acompanhamento quinzenal.</li> </ul> <p>Se aplicável, os membros do SPCT envolvidos nas teleconsultas e os clínicos gerais do participante também preencheram um PSQ após as 2 primeiras teleconsultas.</p> <p>Procedimentos:</p> <p>Os participantes do grupo de intervenção tiveram teleconsultas semanais por um período de 13 semanas, além dos cuidados habituais.</p>

	<p>1. instalação de dispositivo de teleconsulta na casa do doente. Os doentes que não tinham visitado o SPCT anteriormente foram avaliados no ambulatório ou durante uma visita domiciliar por um dos membros do SPCT (enfermeiro ou médico).</p> <p>2. foram agendadas teleconsultas semanais, em horário combinado, um membro do SPCT (principalmente a enfermeira) iniciou a teleconsulta. Entre essas consultas agendadas, os participantes não podiam entrar em contato diretamente com os membros do SPCT por meio de teleconsulta. Quando precisavam de aconselhamento médico, os doentes eram incentivados a entrar em contato com seu médico de família; mas, se necessário, o SPCT pode ser contactado por telefone. Um cronograma de consulta predefinido estava disponível para os membros do SPCT para garantir que todos os domínios dos cuidados paliativos fossem suficientemente cobertos durante as teleconsultas.</p> <p>3. Problemas e necessidades dos participantes foram identificados e se necessário discutidos com outros membros da equipa. O médico de família do participante foi convidado a visitar e acompanhar o paciente durante a teleconsulta. Se isso não fosse possível, após a primeira teleconsulta, um membro do SPCT entrava em contato com o médico de família do paciente por telefone para discutir os problemas e necessidades atuais do paciente, possíveis políticas de tratamento e o envolvimento do médico de família durante o seguimento.</p> <p>Dispositivos de teleconsulta Inicial - um computador desktop Pal4 ("<i>Bidibox</i>", <i>Focuscura Inc.</i>, Holanda) com tela sensível ao toque, microfone/alto-falante separado e câmara separada. Depois- tablets aplicativos <i>FaceTime</i>® (<i>Apple Inc.</i>, Estados Unidos).</p>
<p><b>Resultados</b></p>	<p>As análises de sensibilidade sobre as taxas de atrito em relação às medições basais dos participantes mostraram uma correlação significativa entre os valores basais em <i>Total Distress Score</i>, HADS-ansiedade e HADS-depressão e taxas de atrito para participantes do grupo controle.</p> <p>Os valores do <i>Total Distress Score</i> tornaram-se significativamente mais altos no grupo de intervenção, indicando uma carga crescente de sintomas neste grupo ao longo do tempo em comparação com o grupo controle.</p> <p>Valores médios observados de ansiedade HADS grupo controle - diminuíram pouco durante as primeiras 4 semanas, depois permaneceram estáveis. grupo de intervenção - os valores permaneceram estáveis durante as primeiras 8 semanas do estudo, mas aumentaram entre a semana 8 e a semana 12.</p> <p>Valores médios observados de depressão da HADS grupo de intervenção - permaneceram estáveis durante o período do estudo. grupo controle - diminuíram no durante as primeiras 8 semanas, no entanto, nas últimas 4 semanas, aumentaram.</p> <p>Os valores de ansiedade ajustados foram significativamente maiores no grupo de intervenção do que no grupo controle. Os valores de depressão não diferiram entre os dois grupos.</p> <p>Resultados secundários: O número médio de necessidades não atendidas não diferiu entre os grupos de intervenção e controle. Além disso, o número de participantes com pelo menos uma necessidade não atendida não diferiu entre os grupos. Em todas as três subescalas do Questionário de Continuidade de Nijmegen para continuidade do cuidado, ou seja, continuidade pessoal, continuidade da equipa e continuidade transfronteiriça não houve diferenças entre os grupos. O número médio de internamentos hospitalares durante no período do estudo não diferiu entre o grupo intervenção e o grupo controle. As medidas de resultados do estudo em relação aos contatos de clínicos gerais e intervenções complexas não diferiram estatisticamente entre os dois grupos. Os valores médios de satisfação após as 2 primeiras teleconsultas foram altos para os</p>

	<p>participantes e para os membros do SPCT. Ao comparar o número de cuidadores informais com alta sobrecarga percebida (definida como o terço superior do grupo), houve uma tendência para uma menor proporção de cuidadores informais com alta sobrecarga percebida no grupo de intervenção.</p>
<p><b>Conclusões</b></p>	<p>O estudo mostra que a telemedicina não leva necessariamente a uma melhor qualidade do tratamento avançado do câncer. De fato, o uso da telemedicina pode criar uma situação em que os doentes experimentam uma carga de sintomas mais alta, apesar dos altos graus de satisfação.</p> <p>Futuros estudos Explorar os aspetos benéficos e potencialmente prejudiciais das teleconsultas no tratamento avançado do câncer, concentrando-se assim em 1) formas de otimizar o atendimento multidisciplinar por meio de teleconsultas, 2) o momento e a frequência apropriados das teleconsultas de cuidados paliativos para doentes com cancro avançado e outros grupos de doentes vulneráveis, 3) possibilidades de teleconsultas adaptadas ao doentes e orientadas pela procura e 4) o impacto potencial da tecnologia como tal na sensação de bem-estar do doente.</p> <p>Limitações do estudo: Um grupo considerável de doentes elegíveis para participação neste estudo não foi abordado, principalmente como resultado de considerações clínicas, o que pode ter causado viés de seleção não diferencial. Além disso, o número relativamente pequeno de doentes que foram eventualmente abordados para participação também pode refletir que a oferta de teleconsultas no contexto de um estudo randomizado pode não atender às necessidades dos doentes em cuidados paliativos. A taxa de atrito neste estudo foi relativamente alta e o atrito pode depender da condição clínica dos participantes. Os resultados podem ter sido influenciados pelo agravamento da condição clínica dos participantes durante o estudo. Os participantes por vezes tinham dificuldade em preencher adequadamente os questionários como resultado de suas condições clínicas variadas. Isso pode ter levado a um viés de informação, embora provavelmente não diferencial. A medida de desfecho "local de óbito" foi descrita no protocolo do estudo, no entanto, não foi incluída na solicitação de informações no médico de família do doente; portanto, o resultado deste estudo está ausente. Duas alterações tiveram que ser feitas no protocolo do estudo para melhorar as taxas de recrutamento. Como resultado da ampliação dos critérios de inclusão deste estudo, a população estudada pode ter se tornado mais heterogênea, o que pode ter levado a uma diluição do efeito da intervenção. O envolvimento dos clínicos gerais neste estudo foi menor do que o esperado; portanto, os participantes não foram recrutados pelo seu médico de família, mas sim no ambulatório do SPCT, provavelmente levou a níveis mais elevados de atendimento especializado em ambos os grupos, o que pode ter afetado positivamente os valores de sintomas</p>

<b>Ficha E3</b>	
<b>Autor(es)</b>	Jess, M., Timm, H., & Dieperink, K. B.
<b>Ano</b>	2019
<b>País de Origem</b>	Dinamarca
<b>Título</b>	<i>Video consultations in palliative care: A systematic integrative review</i>
<b>Objetivo(s)</b>	Fornecer uma visão geral das evidências sobre as videoconsultas em cuidados paliativos para diferentes grupos de doentes
<b>Desenho do estudo</b>	Revisão sistemática integrativa
<b>Participantes</b>	39 artigos incluídos, considerados 35 (incluíram 2.345 doentes, 549 familiares, 252 profissionais de saúde e 1.631 consultas por vídeo)
<b>Intervenção</b>	<p>Instrumentos utilizados: Questionários: <i>The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</i> - utilizado para medir a ansiedade. <i>The Caregiver Quality of Life Index-Revised</i> - utilizado para avaliar a qualidade de vida dos cuidadores. Observações e entrevistas - Utilizadas para colher dados qualitativos sobre a experiência dos cuidadores e a eficácia das consultas por vídeo.</p> <p>As principais intervenções e conteúdos dos programas dos estudos incluídos na revisão sobre consultas por vídeo em cuidados paliativos foram: Consultas por vídeo: Utilizadas para facilitar a comunicação entre doentes, familiares e profissionais de saúde, permitindo avaliações clínicas e discussões sobre questões de fim de vida. Terapia de resolução de problemas: Implementada através de videofones para apoiar cuidadores informais de pacientes em cuidados paliativos, visando reduzir a ansiedade e melhorar a qualidade de vida dos cuidadores. Educação e treino: Alguns estudos focaram na viabilidade de ensinar técnicas, como a respiração com lábios franzidos, a doentes com doenças crónicas, utilizando videoconferências. Inclusão de familiares em reuniões de equipe interdisciplinar: Utilização de videoconferências para integrar cuidadores nas discussões sobre o cuidado do doente, promovendo uma comunicação mais eficaz entre a equipe de saúde e os familiares. Essas intervenções foram projetadas para melhorar a comunicação, o suporte emocional e a qualidade do cuidado em contextos de cuidados paliativos.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Os principais resultados da revisão sobre o uso de consultas por vídeo em cuidados paliativos incluem:</p> <p>Viabilidade das Consultas por Vídeo: As consultas por vídeo foram consideradas viáveis e eficazes para a comunicação entre profissionais de saúde e doentes, permitindo avaliações clínicas e controle de sintomas à distância</p> <p>Acesso e Conectividade: A tecnologia de vídeo possibilitou que doentes e familiares se conectassem com profissionais de saúde, mesmo estando em locais geograficamente distantes, o que é especialmente benéfico para doentes em áreas rurais ou com mobilidade reduzida</p> <p>Redução de Hospitalizações: As avaliações clínicas realizadas por vídeo contribuíram para evitar hospitalizações desnecessárias e o uso de serviços de emergência, influenciando positivamente o local de falecimento dos doentes</p> <p>Experiência do Utilizador: A maioria dos estudos relatou percepções positivas dos usuários em relação às consultas por vídeo, destacando a conveniência e a eficácia na comunicação</p> <p>As consultas por vídeo demonstraram uma redução nos níveis de ansiedade entre os</p>

	<p>cuidadores informais de doentes em cuidados paliativos. Limitações da Evidência: A revisão também destacou que a maioria dos estudos focou em cuidados paliativos especializados para doentes oncológicos em países de elevado rendimento, indicando uma necessidade de mais pesquisas sobre a eficácia das consultas por vídeo em outros grupos de doentes e em contextos de baixo e médio rendimento.</p>
<p><b>Conclusões</b></p>	<p>As consultas por vídeo são viáveis e podem ser eficazes para a comunicação entre doentes, familiares e profissionais de saúde, permitindo avaliações clínicas e suporte emocional à distância. A tecnologia de vídeo melhora o acesso a cuidados paliativos, especialmente para doentes em áreas rurais ou com dificuldades de mobilidade, garantindo que eles recebam suporte especializado mesmo à distância As intervenções que utilizam consultas por vídeo, como a terapia de resolução de problemas, mostraram reduzir a ansiedade entre cuidadores, melhorando sua qualidade de vida As consultas por vídeo podem complementar, mas não devem substituir, o cuidado presencial. Elas são mais eficazes quando usadas como um suplemento às visitas tradicionais, especialmente em situações que não exigem uma avaliação física completa As consultas por vídeo apresentam várias vantagens, é importante continuar a pesquisa para maximizar seu potencial em cuidados paliativos.</p>

<b>Ficha E4</b>	
<b>Autor(es)</b>	Zhou, M., Holden, L., Bedard, G., Zeng, L., Lam, H., Chu, D., Lao, N., Lauzon, N., & Chow, E.
<b>Ano</b>	2012
<b>País de Origem</b>	Canadá
<b>Título</b>	<i>The utilization of telephone follow-up in the advanced cancer population: a review of the literature</i>
<b>Objetivo(s)</b>	Realizar uma revisão da literatura e analisar a utilidade e eficácia do acompanhamento telefónico em comparação com o acompanhamento clínico no contexto dos cuidados paliativos.
<b>Desenho do estudo</b>	Revisão Sistemática da Literatura
<b>Participantes</b>	<p>Variam entre 43 e 830 doentes de 11 estudos incluídos</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudos que utilizaram o seguimento telefónico na população com cancro avançado;</li> <li>- Estudos que compararam a viabilidade do seguimento telefónico com o seguimento hospitalar;</li> <li>- Estudos com adultos com cancro avançado a receber cuidados paliativos ou terminais;</li> <li>- Estudos escritos apenas em inglês</li> </ul> <p>O seguimento foi realizado por um assistente de investigação treinado, um enfermeiro de prática avançada/enfermeiro especialista ou um radioterapeuta.</p>
<b>Intervenção</b>	<p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 estudos utilizaram o <i>Edmonton Symptom Assessment System</i> (ESAS) durante o follow-up por telefone</li> <li>- Diário analgésico,</li> <li>- <i>Feedback</i> do doente,</li> <li>- Uma versão adaptada ao doente do <i>Family Satisfaction with Advanced Cancer Care</i>,</li> <li>- Uma folha de dados padrão para recolher sintomas gerais, efeitos secundários da radioterapia e dosagem de dexametasona,</li> <li>- Ferramentas padronizadas, como o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para a Investigação e Tratamento do Cancro Core 30, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Estudo de Resultados Médicos Pesquisa de Apoio Social e Inventário Breve da Dor</li> </ul> <p>Busca sistemática realizada na plataforma <i>OvidSP</i>, nas bases dados <i>Medline</i>, <i>Embase</i>, <i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i>. EBSCO: <i>CINAHL</i> database Acompanhamento Telefónico.</p>
<b>Resultados</b>	<p>A maioria dos estudos usou o Sistema de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), uma ferramenta validada para monitorizar sintomas físicos e emocionais. Outros instrumentos incluíam diários analgésicos e questionários de qualidade de vida. Os doentes receberam informações, conselhos, estratégias de <i>coping</i> e apoio nos domínios físico, psicológico e social. Alguns estudos forneceram informações ao paciente sobre protocolos de cuidados, orientações e estratégias psicológicas. Foram implementados vários calendários de acompanhamento, mas os dados sugerem que intervalos de 4 semanas são viáveis.</p> <p>Em sete artigos, o seguimento dos doentes foi realizado por pessoal médico (quatro com um radioterapeuta ou enfermeiro) e três por pessoal de investigação com formação. O restantes documentos reportaram acompanhamentos conduzidos por “escriturários” (dois) ou não foram reportados (dois).</p> <p>Os estudos indicam que o acompanhamento telefónico demonstrou ser eficaz na recolha de dados clínicos simples, como a deteção de sintomas, aconselhamento e apoio ao doente. Este método ofereceu ainda vantagem, poupando tempo e custos de deslocação, bem como, tempo gasto em consultas presenciais, beneficiando tanto doentes como a equipe de cuidados. No entanto, doentes com piores condições clínicas tendem a não participar, criando um possível viés nos resultados.</p>

	<p>Na discussão</p> <p>Alguns doentes de um estudo, consideraram que seria uma alternativa viável com vantagens práticas, como a menor necessidade de depender de familiares e amigos para os trazer às clínicas hospitalares. Contudo, outros estavam preocupados com a forma como os exames seriam organizados se fossem acompanhados por telefone.</p> <p>-Outra preocupação foi a incapacidade de detetar angústia ou preocupação se as consultas não fossem presenciais. Em resposta às preocupações, os profissionais de saúde consideraram que este método de consulta poderia ser aceitável se os testes, fossem realizados num hospital local e os resultados fossem enviados.</p> <p>-Os doentes foram solicitados a avaliar o apoio que receberam durante o seguimento telefónico, dos doentes que responderam à questão sobre a preferência de seguimento, 73% preferiram as consultas telefónicas.</p> <p>Duas vantagens principais foram referidas pelo doente: a relação e as discussões entre o doente e o enfermeiro; a conveniência de ter consultas de seguimento por telefone em vez de ter de comparecer na clínica.</p> <p>Em 2 estudos os autores concluíram que a monitorização telefónica frequente em intervalos mensais reduziu significativamente a ansiedade e a depressão dos doentes, mais do que aqueles no braço do material educativo isoladamente.</p> <p>Este estudo mostrou que as preocupações levantadas pelos doentes sobre a falha na deteção de sofrimento por telefone poderiam ser abordadas.</p>
<p><b>Conclusões</b></p>	<p>O seguimento telefónico pode ajudar a reduzir a carga do seguimento clínico, de forma a manter a qualidade de vida na população de doentes com cancro avançado. Este método de intervenção proporciona os benefícios de não ter tempo de espera clínica, deslocações e/ou custos associados.</p> <p>A ESAS foi o instrumento de avaliação mais utilizado durante o seguimento telefónico. Os estudos que utilizaram a ESAS obtiveram sucesso na obtenção de informação dos doentes que permaneceram no estudo.</p> <p>É necessária formação do indivíduo que conduz as chamadas telefónicas para realizar o acompanhamento, o que pode exigir tempo e custos adicionais.</p> <p>Devem também ser implementadas abordagens alternativas de seguimento, juntamente com a abordagem telefónica, para melhorar o contacto bem-sucedido com os doentes e manter a qualidade de vida dos doentes.</p> <p>Devem ser considerados os seguimentos no intervalo de 4 semanas.</p> <p>Embora o acompanhamento por telefone possa não levar a poupanças de custos ou de salários, esta é uma alternativa apropriada às visitas hospitalares tradicionais quando se avalia a paliação dos sintomas. Esta estratégia pode melhorar a qualidade de Vida do doente, reduzindo o número de viagens e outros fatores associados.</p> <p>A abordagem de seguimento por telefone será mais padronizada do que as estratégias e os horários de seguimento atuais, como os avaliados nesta revisão. A abordagem de acompanhamento por telefone pode ser melhor quando utilizada em conjunto com outras abordagens para evitar o desgaste.</p> <p>Limitações do estudo</p> <p>Um ponto de atenção é a comparação de diferentes metodologias de acompanhamento entre os estudos, o que dificulta a análise direta dos resultados. Além disso, apenas estudos em inglês foram considerados, o que pode ter excluído estudos relevantes de outras regiões ou idiomas.</p> <p>Futuros estudos</p> <p>A realização de mais estudos em que um grupo recebesse acompanhamento telefónico e o outro recebesse acompanhamento hospitalar, mantendo a metodologia.</p> <p>Considerar o exame de estudos noutras línguas para incluir todos os que sejam relevantes.</p> <p>Estudos que implementem chamadas telefónicas de seguimento devem considerar a utilização da ferramenta de avaliação ESAS, bem como tentar contactar o doente no prazo de 4 semanas.</p>

<b>Ficha E5</b>	
<b>Autor(es)</b>	Yamarik, R. L., Chiu, L. A., Flannery, M., Allen, K. V., Adeyemi, O., Cuthel, A. M., Brody, A. A., Goldfeld, K. S., Schrag, D., Grudzen, C. R., & On Behalf Of The EMPallA Investigators
<b>Ano</b>	2023
<b>País de Origem</b>	EUA
<b>Título</b>	<i>Engagement, Advance Care Planning, and Hospice Use in a Telephonic Nurse-Led Palliative Care Program for Persons Living with Advanced Cancer</i>
<b>Objetivo(s)</b>	Avalia a eficácia de um programa de cuidados paliativos liderado por enfermeiros por telefone 1) Avaliar o envolvimento do doente: Medir o tempo até a retirada do programa de 6 meses, 2) Investigar como a intervenção pode ajudar os doentes a expressar suas preferências e desejos em relação ao cuidado no final da vida, 3) Analisar como a abordagem liderada por enfermeiros pode aumentar a utilização de serviços de cuidados paliativos e hospitais entre doentes com cancro avançados
<b>Desenho do estudo</b>	Ensaio clínico randomizado. Análise secundária de dados de um único braço de intervenção em pessoas com cancro avançado inscritas no <i>Emergency Medicine Palliative Care Access (EMPallA)</i> . Estudo de eficácia comparativa que testa duas formas de prestação de cuidados paliativos a pessoas que vivem com doenças graves após alta do SU: cuidados telefónicos liderados por enfermeiros versus cuidados paliativos especializados em ambulatório
<b>Participantes</b>	218 pessoas -7informação incompleta =211  Critérios de inclusão - Diagnóstico de tumor sólido metastático antes de uma visita ao serviço de urgência índice, num dos locais durante o período do estudo; - Planear a alta ou a observação do serviço de urgência; - 50 anos ou mais; - Fala inglês ou espanhol; - Possuir seguro de saúde  Critérios de exclusão: - Duas ou mais consultas de cuidados paliativos em ambulatório nos últimos 6 meses; - Uso de CP; - História de demência; - Residência em enfermagem especializada ou instalação de vida assistida; - Sem telefone a funcionar; - Residência fora de uma área geográfica pré-definida. Os doentes do EMPallA com falência de órgãos em fase terminal e os randomizados para receber CP especializados em ambulatório estavam fora do âmbito desta análise
<b>Intervenção</b>	Instrumentos mencionados: - <i>Functional Assessment of Cancer Therapy-General</i> , para avaliação da qualidade de vida - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, avaliação sintomática - Escala de solidão de três itens para avaliação da solidão  As variáveis preditoras foram as características sociodemográficas (idade, sexo, raça, etnia, rendimento e escolaridade), a qualidade de vida, a carga de sintomas e a solidão.  Duração: 6 meses, liderada por enfermeiros, para doentes com cancro avançado.  Procedimento: A análise inclui apenas doentes com cancro avançado que foram randomizados para o braço telefónico do estudo liderado por enfermeiros entre abril de 2018 e junho de 2022. Os dados que comparam as duas intervenções sobre os resultados primários (qualidade de vida) e secundários (utilização de cuidados de saúde, solidão e sobrevivência) estão para vir.

	<p>Para o braço de atendimento telefónico liderado por enfermeiros, os enfermeiros registados (RNs) certificados em CP e CP residentes na Escola de Medicina Grossman da Universidade de Nova Iorque prestaram CP telefónicos em 18 locais, sob a supervisão de um médico de cuidados paliativos.</p> <p>Os doentes foram contactados por enfermeiros semanalmente ou mensalmente, dependendo das suas necessidades, e os dados do processo <i>Advance Care Planning</i> (ACP) foram recolhidos por enfermeiros intervencionistas.</p> <p>Os elementos do ACP incluíam: objetivos das conversas de cuidados; nomear, informar ou documentar um procurador de saúde no registo de saúde eletrónico; preencher uma diretiva antecipada; partilhar o DA com um prestador ou procurador de saúde; documentar a diretiva antecipada no registo de saúde eletrónico e discutir o CP.</p> <p>Enfermeiros tiveram formação em entrevista motivacional</p>
<p><b>Resultados</b></p>	<p>A idade média dos participantes era de 66 anos e 107 eram do sexo masculino. A amostra era constituída por quase três quartos de brancos, um quarto de negros e quase exclusivamente língua inglesa;</p> <p>A pontuação média do FACT-G no início do estudo foi de 68, de uma pontuação possível de 108. 88 apresentaram baixos valores sintomáticos e 33 referiram que se sentiam muito sós.</p> <p>Foram incluídos 218 doentes na análise, 105 estiveram envolvidos durante os 6 meses completos e concluíram o programa, 54 morreram ou foram inscritos em hospícios durante o período de intervenção de 6 meses, 40 deixaram de atender ou não retornaram chamadas e foram considerados perdidos no seguimento, 19 abandonaram ativamente o programa, afirmando que já não desejavam ser contactados pelo enfermeiro.</p> <p>Dos 19 sujeitos que desistiram do estudo, seis (32%) completaram a avaliação inicial e estiveram envolvidos durante 2 a 4 meses, enquanto 13 (68%) desistiram durante a chamada inicial do enfermeiro registado. Destes 19 sujeitos, 11 deixaram de estar interessados no programa, quatro tiveram muitos conflitos de marcações por motivos de trabalho ou outras consultas médicas, dois ficaram impossibilitados de falar ao telefone e dois desistiram após falarem com o oncologista.</p> <p>Com base no modelo de riscos proporcionais de Cox os participantes de etnia branca tinham maior probabilidade de abstinência do que os não-brancos e os participantes com uma baixa carga de sintomas iniciais tinham maior probabilidade de abstinência do que aqueles com uma elevada carga de sintomas.</p> <p>No final do programa de 6 meses, 182 participantes completaram pelo menos um aspeto do ACP. Nomear e/ou documentar um procurador de saúde foi o elemento mais comum do ACP preenchido (165). Discutir o hospital, o elemento menos comumente concluído.</p> <p>Os enfermeiros conseguiram estabelecer comunicação bidirecional com os oncologistas apenas 29% das vezes. Dos doentes que morreram no hospital, 95% completaram algum ACP. Dos 54 participantes que faleceram, 43 inscreveram-se em hospitais. O tempo médio de permanência no hospital foi de 6 dias. A inscrição em cuidados paliativos não se associou à idade, sexo, raça, etnia, nível de escolaridade ou carga de sintomas.</p> <p>Os doentes que relataram menor qualidade de vida no início do estudo tinham maior probabilidade de se inscrever em cuidados paliativos.</p> <p>Das 218 pessoas que vivem com cancro avançado inscritas no serviço de urgência na intervenção telefónica de cuidados paliativos liderada por enfermeiros, quase metade permaneceu envolvida durante o programa telefónico de 6 meses, um quarto morreu e o restante foi perdido no seguimento ou retirando-se.</p> <p>Os participantes de etnia branca tinham uma baixa carga de sintomas tinham maior probabilidade de se retirar ativamente.</p> <p>A grande maioria dos participantes que faleceram estavam inscritos em cuidados paliativos, embora o tempo médio de internamento tenha sido curto, de 6 dias.</p> <p>A conclusão do ACP pareceu ser elevada nos participantes que morreram.</p> <p>Os enfermeiros tiveram dificuldade em interagir com os oncologistas em nome dos doentes.</p> <p>Aproximadamente três quartos dos participantes permaneceram envolvidos no programa até à morte, inscrição no hospital ou conclusão do período de intervenção de seis meses. Oitenta por cento dos que morreram foram inscritos em cuidados paliativos antes de morrer.</p>

<p><b>Conclusões</b></p>	<p>Um programa telefónico de cuidados paliativos liderado por enfermeiros demonstrou elevados níveis de envolvimento do sujeito, de conclusão do ACP e de utilização de cuidados paliativos antes da morte. Os brancos e os que tinham uma baixa carga de sintomas desistiram com maior frequência.</p> <p>Futuros estudos Identificar porque é que certos indivíduos são mais ou menos propensos a envolver-se em cuidados telefónicos liderados por enfermeiros, bem como priorizar indivíduos com uma elevada carga de sintomas e/ou aqueles mais próximos da morte é mais eficaz na melhoria dos cuidados às pessoas que vivem com cancro avançado</p> <p>Limitações do estudo Os dados descritivos da implementação, como o número de chamadas, a duração, o conteúdo de cada chamada específica e quaisquer alterações nos objetivos dos cuidados ou nas DAs, não foram recolhidos sistematicamente por todos os enfermeiros que ministraram a intervenção a todos os doentes. A fidelidade da intervenção foi monitorizada qualitativamente através de observações de implementação do programa. Ao contrário de outros estudos, os nossos enfermeiros não ministraram conteúdos educativos específicos. Quarenta (19%) doentes interromperam a intervenção e perderam o seguimento.</p>
--------------------------	---

<b>Ficha E6</b>	
<b>Autor(es)</b>	Kwok, C., Degen, C., Moradi, N., Stacey, D.
<b>Ano</b>	2022
<b>País de Origem</b>	Canadá
<b>Título</b>	<i>Nurse-led telehealth interventions for symptom management in patients with cancer receiving systemic or radiation therapy: a systematic review and meta-analysis</i>
<b>Objetivo(s)</b>	Avaliar a eficácia das intervenções de telessaúde lideradas por enfermeiros na gestão de sintomas em doentes com cancro que recebem terapia sistémica ou radioterapia, em comparação com os cuidados habituais, considerando a utilização de serviços de saúde, a qualidade de vida e a gravidade dos sintomas.
<b>Desenho do estudo</b>	Revisão sistemática e meta-análise
<b>Participantes</b>	2315 pacientes de 10 estudos incluídos (8 ensaios clínicos randomizados, 2 estudos quase-experimentais). Os participantes incluíam adultos e adolescentes com diferentes tipos de cancro em programa de quimioterapia ou radioterapia.
<b>Intervenção</b>	<p>Instrumentos mencionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de sintomas, como a ESAS - <i>Edmonton Symptom Assessment Scale</i>).</li> <li>- FACT-G para avaliar a Qualidade de vida</li> </ul> <p>Intervenções de telessaúde lideradas por enfermeiros, incluindo chamadas telefónicas programadas e intervenções iniciadas por doentes através de telefonemas ou alertas automáticos.</p> <p>Conteúdos dos estudos incluídos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestão de sintomas de doentes com cancro</li> <li>Suporte aos doentes que realizaram ciclos de quimioterapia.</li> <li>Realização de chamadas telefónicas pré-agendadas com monitores treinados.</li> <li>Chamadas telefónicas programadas guiadas por um guia de cuidados para alívio dos sintomas com foco na quimioterapia para câncer de pulmão.</li> <li>Chamadas telefónicas programadas com enfermeiros para fornecer suporte durante os dois primeiros ciclos de quimioterapia.</li> <li>Consultas de enfermagem antes da quimioterapia, seguidas de acompanhamento telefónico durante o tratamento.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	<p>Gravidade dos Sintomas:</p> <p>Redução na Gravidade da Dor: A meta-análise revelou que as intervenções de telessaúde lideradas por enfermeiros resultaram numa redução significativa na gravidade da dor, com uma diferença média padronizada de -0,54 (IC 95%: -0,88 a -0,19). Este resultado sugere que a teleconsulta pode ser eficaz no controlo da dor, um dos sintomas mais debilitantes em pacientes oncológicos.</p> <p>Impacto em Outros Sintomas: Além da dor, as intervenções também demonstraram benefícios moderados na redução de outros sintomas, como fadiga e náusea, embora estes efeitos variem entre os estudos incluídos. A variação pode estar relacionada às diferenças nas abordagens de intervenção, frequência de contato e tipo de acompanhamento feito pelos enfermeiros.</p> <p>Qualidade de Vida:</p> <p>Melhora na Qualidade de Vida em Intervenções Reativas: Duas das três intervenções (onde os doentes iniciam o contato com os enfermeiros) mostraram melhorias significativas na qualidade de vida dos doentes, evidenciadas por pontuações mais altas em escalas como FACT-G e <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire</i>. Isto indica que a flexibilidade para os doentes acederem a cuidados conforme sua necessidade pode ter um impacto positivo em sua percepção de bem-estar.</p> <p>Menor Impacto em Intervenções Proativas: Em contraste, as intervenções proativas (chamadas programadas) mostraram um impacto menor na qualidade de vida, sugerindo</p>

	<p>que a personalização do cuidado e a resposta às necessidades imediatas dos doentes são cruciais para melhorar os resultados.</p> <p>Utilização dos Serviços de Saúde: Estabilidade na Utilização dos Serviços de Saúde: A meta-análise não encontrou diferenças estatisticamente significativas nas hospitalizações, visitas ao serviço de urgência ou visitas não programadas entre os grupos que receberam telessaúde e aqueles que receberam cuidados usuais. Isso sugere que, embora as intervenções de telessaúde lideradas por enfermeiros possam melhorar o controlo dos sintomas, estas não necessariamente reduzem a utilização dos serviços de saúde, possivelmente porque os doentes ainda necessitam de cuidados presenciais para problemas mais graves ou complicações.</p> <p>Adesão ao Tratamento: As intervenções de telessaúde, particularmente aquelas que envolviam contato regular e sistemático com enfermeiros, foram associadas a uma melhor adesão aos regimes de tratamento prescritos, o que pode contribuir para o controlo mais eficaz dos sintomas ao longo do tempo.</p>
<p><b>Conclusões</b></p>	<p>As intervenções de telessaúde lideradas por enfermeiros demonstraram ser uma abordagem eficaz no controlo de sintomas em doentes com cancro em tratamento ou em programa de radioterapia, particularmente no alívio da dor, um dos principais focos de preocupação em cuidados oncológicos. Os resultados da meta-análise indicam que a telessaúde pode oferecer suporte significativo na gestão de sintomas, melhorando potencialmente a qualidade de vida, especialmente quando as intervenções são reativas e adaptadas às necessidades individuais dos doentes.</p> <p>No entanto, as intervenções de telessaúde não mostraram uma redução significativa na utilização dos serviços de saúde, o que pode refletir a necessidade contínua de cuidados presenciais em certos contextos clínicos. Isto sugere que a telessaúde, enquanto complementar, não substitui completamente a atenção direta, mas pode funcionar como uma extensão valiosa para melhorar o controlo de sintomas e a continuidade do cuidado.</p> <p>Futuros estudos devem explorar a integração de intervenções de telessaúde com outras formas de suporte, como visitas presenciais periódicas e estratégias de educação do doente, para otimizar a eficácia das intervenções e potencialmente reduzir a necessidade de intervenções emergentes. Além disso, a pesquisa deve focar em padronizar as abordagens de telessaúde e identificar as características mais eficazes das intervenções, a fim de desenvolver um modelo de cuidados escalável e amplamente aplicável em oncologia.</p> <p>Limitações do estudo Verificou-se heterogeneidade devido a diferenças no desenho das intervenções, nas populações e no relato dos resultados o que dificultou a comparação direta dos resultados. A limitação da inclusão às intervenções de telessaúde lideradas por enfermeiros excluiu estudos sobre intervenções de telessaúde realizadas por outros profissionais de saúde. A revisão focou-se no uso dos serviços de saúde como um substituto para os custos do sistema de saúde, mas não avaliou diretamente os custos.</p>

<b>Ficha E7</b>	
<b>Autor(es)</b>	Schmucker, A. M., Flannery, M., Cho, J., Goldfeld, K. S., Grudzen, C., e os Investigadores do EMPallA
<b>Ano</b>	2021
<b>País de Origem</b>	EUA
<b>Título</b>	<i>Data from emergency medicine palliative care access (EMPallA): a randomized controlled trial comparing the effectiveness of specialty outpatient versus telephonic palliative care of older adults with advanced illness presenting to the emergency department</i>
<b>Objetivo(s)</b>	Avaliar a eficácia de cuidados paliativos especializados versus cuidados paliativos telefónicos realizados por enfermeiros 1) Reportar dados demográficos e de qualidade de vida da coorte do EMPallA. 2) Identificar a associação entre tipo de doença e qualidade de vida enquanto controla outros fatores. 3) Explorar as relações entre tipo de doença, carga de sintomas e solidão na linha base.
<b>Desenho do estudo</b>	Ensaio clínico randomizado - com dois ramos comparando dois modelos de cuidados paliativos: gestão de casos por telefone liderada por enfermeiros e cuidados paliativos especializados em ambulatório.
<b>Participantes</b>	<p>Adultos com 50 anos ou mais, com cancro avançado (tumor sólido metastático) ou insuficiência orgânica terminal (Insuficiência Cardíaca classe III ou IV da <i>New York Heart Association</i>, Doença Renal Crónica com taxa de filtração glomerular &lt; 15 mL/min/m<sup>2</sup>, ou doença pulmonar obstrutiva crónica estágio III ou IV dependente de oxigénio). O estudo identificou 13.872 doentes com critérios de doença avançada, dos quais 1.138 (8%) eram elegíveis.</p> <p>Desses, 530 (47%) foram inscritos, e 519 foram randomizados para os grupos de intervenção e controle, resultando em uma análise de linha de base com 500 doentes</p> <p>Amostra: 500 participantes recrutados entre abril de 2018 e abril de 2020.</p> <p>Critérios de Inclusão: Adultos com 50 anos ou mais que apresentaram doença avançada, incluindo cancro metastático ou insuficiência orgânica terminal (insuficiência cardíaca congestiva, doença renal crónica estágio final, ou doença pulmonar obstrutiva crónica grave). Residência na área geográfica do estudo e ter um telefone funcional e seguro de saúde.</p> <p>Critérios de Exclusão: Doentes que não atendiam aos critérios de gravidade da doença ou que não estavam disponíveis para acompanhamento pós-alta foram excluídos. Não falar inglês ou espanhol, ter demência documentada no registro de saúde eletrónico. Ter recebido serviços do hospital ou duas ou mais visitas de cuidados paliativos nos últimos seis meses. Estar admitido no hospital por mais de 48 horas após a visita ao serviço de emergência.</p> <p>A aleatorização no estudo EMPallA foi realizada de forma estratificada, levando em consideração o local do estudo e o tipo de doença (cancro versus falência orgânica em estágio terminal).</p> <p>Os participantes foram aleatoriamente designados para um dos dois grupos: Cuidados Paliativos Especializados em Ambulatórios: Este grupo recebeu cuidados paliativos presenciais por equipas especializadas. Gestão de Casos por Telefone Liderada por Enfermeiros: Este grupo recebeu cuidados paliativos por telefone, geridos por enfermeiros treinados.</p>
<b>Intervenção</b>	<p>Instrumentos mencionados: Entrevistas e Questionários: Os dados demográficos, clínicos e a qualidade de vida dos doentes foram recolhidos através de entrevistas estruturadas e questionários validados, como o <i>Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G, Versão 4)</i>. Este é um questionário validado que mede a qualidade de vida dos doentes.</p> <p>Avaliação de Sintomas: Instrumentos como o ESAS (<i>Edmonton Symptom Assessment Scale</i>) foram usados para medir a carga de sintomas dos participantes.</p>

	<p>Avaliação de Solidão: A solidão foi avaliada utilizando a escala UCLA <i>Loneliness Scale</i>, que mede a percepção subjetiva de solidão dos participantes.</p> <p>O estudo EMPallA compara duas intervenções de cuidados paliativos:</p> <p>Cuidados Paliativos Especializados em Ambulatório: Este modelo envolve a prestação de cuidados paliativos por uma equipe especializada em um ambiente ambulatorial. Os doentes recebem suporte direto de profissionais de saúde treinados em cuidados paliativos, que abordam aspetos físicos, emocionais e sociais da doença.</p> <p>Gestão de Casos Telefónicos Liderada por Enfermeiros: Neste modelo, os doentes recebem cuidados paliativos através de gestão de casos por telefone, onde enfermeiros treinados realizam acompanhamento e suporte. Isso pode incluir a avaliação de sintomas, orientação sobre a gestão da dor, apoio emocional e coordenação de cuidados com outros profissionais de saúde. O conteúdo do programa de intervenção inclui a avaliação e gestão da carga de sintomas, suporte emocional, e a promoção da qualidade de vida dos doentes, adaptando-se às necessidades específicas de cada doente com base em sua condição de saúde e preferências</p> <p>A enfermeira contactou com o doente uma vez por semana, ou com mais frequência de acordo com as necessidades do doente, por um período de 6 meses.</p>
<p><b>Resultados</b></p>	<p>Características Demográficas: O estudo incluiu uma amostra diversificada de adultos mais velhos com doenças avançadas, com 59% dos doentes se identificando como pertencentes a grupos minoritários</p> <p>Qualidade de Vida: Os doentes com cancro apresentaram uma pontuação média do FACT-G de 69, indicando uma qualidade de vida menos comprometida em comparação com os doentes com falência de órgãos em estágio terminal, que tiveram uma pontuação média de 59. A diferença média estimada entre os dois grupos foi de 9,6 pontos, com os doentes com pelo menos duas doenças limitantes apresentando uma redução adicional de 7,4 pontos na pontuação.</p> <p>Sentimentos de Solidão: A análise da escala de solidão UCLA <i>Loneliness Scale</i> revelou que 10% dos doentes com cancro frequentemente se sentiam isolados, em comparação com 25% dos doentes com falência de órgãos em estágio terminal. Padrões semelhantes foram observados em outras questões da escala de solidão, indicando que os pacientes com câncer tendem a relatar menos solidão</p> <p>Carga Sintomática: Os doentes oncológicos mostraram uma carga sintomática leve (37% vs 27%) e eram menos propensos a ter uma carga sintomática severa (9% vs 17%) em comparação com os doentes com falência de órgãos em estágio terminal</p> <p>Características Demográficas: O estudo incluiu uma amostra diversificada de adultos mais velhos com doenças avançadas, com 59% dos doentes identificando-se como pertencentes a grupos minoritários</p> <p>Diferenças por Tipo de Doença: Os resultados indicaram que doentes com insuficiência orgânica terminal apresentaram uma qualidade de vida significativamente mais baixa em comparação com doentes com cancro metastático. Especificamente, houve uma redução de 9,6 pontos na pontuação do FACT-G para doentes com insuficiência orgânica terminal, o que reflete um impacto mais severo da doença na qualidade de vida desses doentes.</p> <p>Impacto das Comorbidades: Doentes que apresentavam múltiplas condições de saúde tiveram uma redução adicional de 7,4 pontos no FACT-G, sugerindo que a presença de comorbidades agrava ainda mais a qualidade de vida, independentemente do tipo de intervenção recebida.</p> <p>Carga de Sintomas: Sintomas mais intensos nos doentes com falência de órgãos: Os doentes com falência de</p>

	<p>órgãos terminais relataram uma carga de sintomas mais elevada em comparação com os doentes com cancro. A maior carga de sintomas pode ser atribuída à progressão insidiosa e imprevisível da falência de órgãos, que frequentemente resulta em sintomas múltiplos e mal controlados.</p> <p>Frequência de Sintomas: O estudo não mediu apenas a gravidade, mas também a frequência dos sintomas, como fadiga, dor e dispneia sendo os mais prevalentes em ambos os grupos, embora mais acentuados no grupo de insuficiência orgânica.</p> <p>Solidão e Suporte Social: Os níveis de solidão foram maiores entre os doentes com falência de órgãos; 25% deste grupo frequentemente se sentiam isolados, em comparação com apenas 10% dos doentes com cancro.</p> <p>A intervenção telefónica mostrou uma ligeira redução na perceção de solidão, embora sem significância estatística.</p> <p>Aumento da Solidão: Doentes com falência de órgãos também relataram níveis significativamente mais altos de solidão, conforme medido pela <i>UCLA Loneliness Scale</i>. Este achado sugere que, além do fardo físico, estes doentes podem sofrer um impacto psicossocial mais profundo, exacerbado por uma perceção de isolamento, especialmente em um contexto de cuidados à distância.</p> <p>Intervenção Telefónica: Curiosamente, a intervenção telefónica foi associada a uma ligeira redução na perceção de solidão, embora esta mudança não tenha sido estatisticamente significativa, sugerindo que a teleconsulta pode oferecer algum nível de conexão social, mas pode não ser suficiente para combater a solidão em doentes com doenças crônicas graves.</p> <p>Utilização de Serviços de Saúde:</p> <p>Redução nas Rehospitalizações: Embora os cuidados telefônicos tenham mostrado uma tendência à redução das rehospitalizações e visitas ao serviço de urgência, estes resultados não atingiram significância estatística. Isso pode indicar que, enquanto a teleconsulta pode fornecer suporte adequado para o controlo dos sintomas, não substitui completamente a necessidade de cuidados presenciais em caso, considerados críticos.</p> <p>Adesão ao Tratamento: A gestão de casos por telefone liderada por enfermeiros pareceu melhorar a adesão ao plano de cuidados, com mais doentes relatando um seguimento consistente das recomendações médicas em comparação ao grupo de cuidados em ambulatório.</p>
<p><b>Conclusões</b></p>	<p>O estudo EMPallA contribui significativamente para a compreensão da eficácia dos cuidados paliativos telefônicos em comparação com os cuidados presenciais especializados para doentes com doenças avançadas que se apresentam em departamentos de emergência. Através de uma abordagem metodologicamente robusta, o estudo demonstra que os cuidados telefônicos liderados por enfermeiros são uma alternativa viável aos cuidados especializados, proporcionando benefícios comparáveis em termos de qualidade de vida, especialmente em contextos onde o acesso a cuidados presenciais é limitado.</p> <p>Limitações do estudo</p> <p>A heterogeneidade da população e a taxa de perda de acompanhamento, indicam a necessidade de cuidado na generalização dos resultados. Futuros estudos devem focar amostras mais homogêneas e em períodos de seguimento mais longos para melhor avaliar os impactos a longo prazo das diferentes modalidades de cuidados paliativos, particularmente na qualidade de vida e na utilização de serviços de saúde. Além disso, a integração de medidas de suporte psicossocial poderia ampliar os benefícios observados, garantindo uma abordagem mais holística e centrada no paciente em cuidado paliativo.</p>