



Escola Superior de Saúde Norte  
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

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

Daniela Patrícia Machado dos Santos

**BARREIRAS À  
IMPLEMENTAÇÃO DE  
UMA NOVA  
FERRAMENTA DE  
TRIAGEM NO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA  
PORTUGUESA**

**BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DE UMA NOVA  
FERRAMENTA DE TRIAGEM NO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA**

Daniela Patrícia Machado dos Santos

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, sob orientação da Professora Margarida Alvarenga, Mestre em Cuidados Paliativos



“Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro...Isso se faz por e com amor!”

Angélica Tavares



## AGRADECIMENTOS

---

Uma vez concluída uma das etapas mais desafiantes do meu percurso académico, torna-se inevitável agradecer a todos os que me acompanharam nesta jornada, que nem sempre se demonstrou fácil, e que contribuíram para o cumprimento deste longo projeto pessoal.

À minha professora, Margarida Alvarenga, orientadora da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, pelo acompanhamento constante e preocupação para que os objetivos fossem alcançados com o devido sucesso.

À Enfermeira (Enf<sup>a</sup>) Natasha Franco, orientadora de estágio do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, pelos conhecimentos, apoio, incentivo e cuidado durante esta jornada de aprendizagens.

Um agradecimento sentido à equipa interdisciplinar da equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar de Vila Nova Gaia/Espinho, pela forma celebre com que me acolheram fazendo-me sentir como parte integrante da equipa e que proporcionaram momentos de reflexão crítica que se traduziram na aquisição de conhecimentos e competências.

À Enf<sup>a</sup> gestora Esmeralda Pacheco, por ter dado a possibilidade da concretização de um objetivo pessoal.

À minha família que me deu coragem para não desistir perante as adversidades e que lutaram junto a mim fazendo acreditar que tudo é possível.

Ao meu filho, Francisco pelo tempo em que estive ausente.

A todos os que contribuíram de forma direta ou indireta para a concretização deste projeto.

O meu Muito Obrigada!



## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

---

CF – Conferência Familiar

CP – Cuidados Paliativos

CHVNG/E – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMCPSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica Pessoa em Situação Paliativa

EIHSCP – Equipa Intra Hospitalar de Cuidados Paliativos

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

Enf<sup>a</sup> - Enfermeira

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis

JBI – Joanna Briggs Institute

FM – Ferida Maligna

FV – Fim de Vida

MEMCPSP – Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica Pessoa em Situação Paliativa

MG - Miligramas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PB - Prática Baseada na Evidência

PSP – Pessoa em Situação Paliativa

QdV – Qualidade de Vida

CSC – Cateterização Subcutânea

SB – Síndrome Burnout

SR. - Senhor

SU – Serviço de Urgência

UDCP – Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura



## RESUMO

---

O presente relatório foi concebido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis. Teve como principal propósito, por meio de uma exposição descritiva e crítico-reflexiva, retratar o percurso no desenvolvimento não só das competências comuns, como também das competências específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Paliativa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Por forma a compreender as barreiras existentes à implementação de uma nova ferramenta de triagem no Serviço de Urgência, doravante (SU), capaz de oferecer uma resposta célere a pessoas com necessidades paliativas que recorrem ao SU, foi realizada uma *scoping review*, segundo a metodologia de *Joanna Briggs Institute (JBI)*, que corresponde ao projeto de investigação apresentado na segunda parte deste relatório. Enaltece-se que a componente de investigação emerge associada ao facto de, no contexto da equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos, ter sido possível constatar que o número de pessoas que recorrem ao SU por agravamento da sua doença grave, incurável e ou terminal é elevado e a urgência, apesar de não ser o melhor local para iniciar ações paliativas, precipita-se como o ponto de partida para a mudança na trajetória dos cuidados, portanto, uma questão merecedora de notável atenção.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Paliativa assume um papel preponderante no contexto da Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos pela sua capacidade de liderança na promoção de ações paliativas entre os seus pares procurando sempre a maximização das suas intervenções pela diminuição do sofrimento e promoção do conforto pelo alívio dos sintomas nas dimensões física, psicossocial e espiritual. Deste relatório emerge o aperfeiçoamento de competências especializadas, no cuidado à pessoa em Situação Paliativa pela aquisição das três esferas da competência, com pretensão de alcançar a perícia necessária para a melhoria dos cuidados prestados perante a pessoa em fim de vida. Nesse pressuposto, é basilar a promoção da prática de uma Enfermagem especializada e fundamentada em evidência científica, coligada com a aquisição de competências de mestre.

**Palavras – chave:** Cuidados paliativos; Equipa Intra Hospitalar de Cuidados Paliativos; Conforto; Dignidade; Profissionais de saúde



## ABSTRACT

---

This report was designed as part of the Master's program in Medical-Surgical Nursing, specializing in Nursing for People in Palliative Situations, at the Escola Superior de Saúde Norte of the Portuguese Red Cross in Oliveira de Azeméis. Its main purpose was to critically and reflectively describe the journey of developing both common and specific competencies in Medical-Surgical Nursing for people in palliative situations, in pursuit of the Master's degree in Nursing.

To understand the barriers to implementing a new triage tool in the Emergency Department (ED) capable of promptly addressing the needs of patients with palliative requirements who visit the ED, a scoping review was conducted following the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology, which constitutes the research project presented in the second part of this report. It is important to note that this research component is associated with findings within the intra-hospital palliative care team context, where a significant number of patients visit the ED due to worsening of serious, incurable, or terminal illnesses. Although the ED may not be the ideal setting for initiating palliative actions, it often serves as the starting point for changing the trajectory of care, making it a subject deserving of close attention.

The Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing for Palliative Care plays a key role within the Intra-Hospital Palliative Care Team through their leadership in promoting palliative actions among peers, aiming to enhance interventions by alleviating suffering and promoting comfort through symptom relief across physical, psychosocial, and spiritual dimensions. This report highlights the development of specialized competencies in caring for patients in palliative situations, focusing on acquiring the three spheres of competence necessary to achieve expertise for improving care for patients at the end of life. In this context, promoting specialized, evidence-based nursing practices goes hand-in-hand with the acquisition of master-level competencies.

**Keywords:** Palliative care; Intra-Hospital Palliative Care Team; Comfort; Dignity; Healthcare professionals



## ÍNDICE DE TABELAS

---

Tabela 1: Estratégia de pesquisa.....	87
Tabela 2. Artigos incluídos para a extração de dados.....	91



## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 1: Fluxograma PRISMA - Processo de pesquisa e seleção de artigos .....	87
---	----



## ÍNDICE GERAL

---

INTRODUÇÃO .....	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO .....	25
1. Enquadramento dos contextos de estágio.....	27
1.1. Estágio em contexto de Cuidados Paliativos: Equipa Intra-Hospitalar .....	29
2. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	33
2.1 Responsabilidade Profissional, Ética e legal .....	33
2.2 Melhoria Continua da Qualidade .....	36
2.3 Gestão dos cuidados.....	43
2.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	50
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em paliativa .....	55
4. Considerações finais .....	69
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	71
1. Resumo.....	73
2. Abstract.....	75
3. Fundamentação/enquadramento teórico .....	77
4. Finalidade e objetivos .....	83
5. Metodologia.....	85
5.1. Desenho do estudo .....	85
5.2. Considerações éticas .....	88
6. Resultados .....	91
7. Discussão.....	95
8. Conclusão .....	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	103
ANEXOS.....	119

ANEXO I: CERTIFICADO PRESENÇA I JORNADAS HUMANIZAÇÃO .....	121
ANEXO II: CERTIFICADO PRESENÇA CONGRESSO APTFERIDAS2023.....	125
ANEXO III: II SIMPOSIUM EM SAÚDE .....	129
ANEXO IV: 2º CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE CASTELO BRANCO .....	133
ANEXO V: CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO I ENCONTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS DA ULSGE .....	137
ANEXO VI: CERTIFICADO COMUNICAÇÃO LIVRE “FINITUDE EM CUIDADOS PALIATIVOS PERSPETIVAS DA TRÍADE DOENTE, CUIDADOR/FAMILIA E EQUIPA DE ENFERMAGEM .....	141
ANEXO VII: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO “CONFERÊNCIAS FAMILIARES: DIFICULDADES E OPORTUNIDADES .....	145
ANEXO VIII: PowerPoint FORMAÇÃO EM SERVIÇO “CONFERÊNCIAS FAMILIARES: DIFICULDADES E OPORTUNIDADES .....	149
ANEXO IX: COMPROVATIVO ENVIO DE MENSAGEM PELO RESEARCHGATE.....	159

## INTRODUÇÃO

---

No âmbito da realização do Estágio de natureza profissional inserido no 1º semestre do 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Paliativa, do ano letivo 2023/2024, pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), é redigido o presente documento sob a forma de Relatório de Estágio que se afigura como um instrumento que transcreve o meu percurso académico, enquanto estudante nesta área de especialização, e que contempla o processo de aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Paliativa (EEEMCPSP).

Na perspetiva de desenvolver e adquirir competências de mestre na área supracitada, foram delineados objetivos dos domínios das competências comuns e específicas bem como as respetivas atividades para a sua consubstanciação.

Ressalva-se ainda que, este documento num segundo momento, incorpora uma componente de investigação onde se apresenta a realização de uma *scoping review*, segundo a metodologia da *JB*, respeitante a uma temática que se enquadra na especialidade cujo tema se relaciona com uma vivência pessoal vivida em contexto de estágio.

No ano de 2019 início funções ao nível hospitalar no internamento de pneumologia de um hospital central da zona norte do País e, onde uma grande parte dos doentes internados apresentam doenças de base tais com fibrose pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crónica, adenocarcinoma pulmão com metastização, asma e entre outros. Dada as características destas patologias oncológicas e não oncológicas onde o prognóstico por vezes é desfavorável a médio, curto prazo, denota-se a necessidade da intervenção diferenciadora de uma equipa capaz de dar uma resposta equitativa as verdadeiras necessidades da pessoa com doença grave, incurável e ou terminal e seus cuidadores/familiares mediante a elaboração de um plano avançado de cuidados centrado no núcleo duro.

Nos momentos mais frágeis e vulneráveis das suas vidas, a intervenção de uma equipa altamente diferenciada e justificada pela necessidade de capacitar a equipa assistencial na prestação de ações paliativas promotoras de conforto e dignidade com o desígnio do alívio o sofrimento nas diferentes dimensões do cuidar.

Assim, decidi em 2022 abraçar um novo desafio, o Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica Pessoa em Situação Paliativa (MEMCPSP), no sentido de adquirir conhecimentos, atitudes e habilidades, nesta área de especialização, por forma a garantir a prestação de cuidados de enfermagem de excelência e diferenciados.

Sempre senti alguma dificuldade em delinear objetivos, o mundo paliativista é tão rico que por vezes é difícil centralizar o meu foco. Portanto, perante esse desassossego, delinee os meus objetivos para este estágio de natureza profissional muito direcionado para o mundo dos profissionais de saúde, mais concretamente dos enfermeiros. Durante a *praxis* clínica considerei relevante refletir acerca das vivências e perceções de quem cuida, das suas necessidades e a forma como lidam com questões relativas a terminalidade, a fragilidade, vulnerabilidade e o sofrimento do outro nas diferentes dimensões do cuidar. De que forma prestar cuidados diariamente a pessoas sem perspetiva de cura, afeta o bem-estar físico e psicológico do profissional? Todas estas inquietações me aliciam a refletir pois raramente são discutidas em equipa.

Nas últimas décadas têm-se observado um envelhecimento progressivo da população, como resultado direto dos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde. Estes desenvolvimentos, que têm permitido uma maior longevidade acarretam novos desafios como a gestão de doenças crónicas incapacitantes tais como, cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, oncológicas, infetocontagiosas, onde segundo os dados disponíveis pelo Instituto Nacional de Estatística (2020), cerca de 93135 pessoas carecem de CP em Portugal (Medeiros et al., 2021; Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2020, p.17).

A literatura reporta deste modo para a crescente necessidade de cuidados, construídos dentro de um modelo assistencial holístico e humanizado, prestado por unidades e equipas, diferenciadas, disponíveis quer à pessoa com doença incurável ou grave, avançada, progressiva e/ou terminal, quer aos respetivos seus cuidadores/familiares (Floriani & Schramm, 2008).

Perante o exposto, e com o propósito de preservar a dignidade, priorizar o conforto e aliviar o sofrimento total, incrementando o aumento da Qualidade de Vida (QdV), explana-se a primordialidade de atuar junto do binómio, pessoa doente e cuidadores/familiares, de forma individualizada e sistematizada de modo a obter assim, cuidados em enfermagem de alta qualidade tendo por base os quatros pilares dos CP que se afiguram pelo o controlo

sintomático, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa (Freitas, 2021).

A Enfermagem reconhecida socialmente como qualquer outra profissão, consolidou-se pelo desenvolvimento do seu próprio escopo de conhecimentos, com aporte epistemológico, o que outorga a prestação um cuidado estruturado e legítimo (Taffner et al., 2022).

A aplicação das teorias de enfermagem na prática assistencial contribui para a promoção de um conhecimento mais robusto, analítico e reflexivo, acrescentando uma base científica à prática profissional (Souza et al., 2021).

Não obstante, os referenciais em Enfermagem consistem num conjunto de conceitos correlacionados que oferecem “indicações, proposições e definições numa filosofia, em dados científicos, as quais podem testar e deduzir hipóteses” (Taffner et al., 2022, p.2).

O desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência, deve-se pelo discernimento de três tipos de conhecimento, o “intuitivo, o saber técnico e o saber teórico” onde o saber conjugado com o uso das teorias no processo de Enfermagem, viabiliza “um fundamento racional para a tomada de decisões julgamentos, relações interpessoais e ações” (Farias et al., 2019, p.2-3).

Compreende-se desta forma, que o enfermeiro ao embasar à sua prática clínica num modelo teórico, concretiza-se a identificação das necessidades específicas de cada pessoa ou família numa visão integral e individualizada do cuidar (Sampaio et al., 2021).

Portanto, as teorias estruturam o metaparadigma da Enfermagem, composto pelas concepções de “pessoa, saúde, ambiente e Enfermagem” (Taffner et al., 2022, p.2.)

Em virtude da constante demanda em promover conforto e bem-estar à pessoa doente e seus cuidadores/familiares decorrente da progressão da doença nos contextos de fragilidade e vulnerabilidade, o referencial que o alicerça é a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba.

Segundo as linhas orientadoras de Kolcaba prover o conforto significa assegurar que as necessidades de “alívio, tranquilidade e transcendência” sejam satisfeitas tendo em consideração as quatro dimensões do cuidar sendo elas de ordem física, psicológica, espiritual e social. Apresenta-se como uma necessidade básica e uma componente basilar dos cuidados em enfermagem (Kolcaba, 2003, p.9).

Entende-se por conforto como um conceito complexo e multifacetado, representando uma experiência subjetiva, positiva e individual que pode ser vivenciada durante a trajetória da doença sendo um propósito esperado na prestação de cuidados humanizados (Souza et al., 2021).

A aplicabilidade dos referenciais teóricos, constituem um eixo do conhecimento científico, o que possibilita estruturar o saber e organizar o cuidado por forma a garantir uma prática profissional assente em evidências o que potencia ganhos em saúde (Freitas, 2021).

A Prática Baseada na Evidências (PBE) afigura -se como uma abordagem construída dentro de um modelo embasado na procura pelas melhores evidências (Myakava et al., 2021).

A PBE é assim, um método na área da Saúde que combina a melhor evidência científica disponível e que inclui estudos relevantes sobre a “exatidão de exames diagnósticos, indicadores prognósticos, terapêuticos, reabilitatórios e preventivos, com a experiência clínica” (Ferraz et al., 2019, p.238).

O Enfermeiro Especialista, doravante EE, é aquele que possui um conhecimento exímio num “domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e que demonstram níveis elevados de julgamento clínico na tomada de decisão” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8648).

Estruturalmente o presente documento dispõem-se dividido por capítulos e subcapítulos por forma a criar um elo condutor que proporcione uma leitura e compreensão fluente e facilitadora. Inicialmente opta-se por apresentar um enquadramento do local de estágio e a caracterização do seu contexto. Posteriormente surge as competências comuns do EE, centrado nos domínios da responsabilidade ética e legal, na melhoria da qualidade dos cuidados, nas competências de gestão e por último o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Seguidamente serão abordadas as competências específicas do EEEEMCPSP. Sucede-se a apresentação do projeto de investigação “Barreiras à implementação de uma nova ferramenta de triagem no Serviço de Urgência”. Em mote final, a conclusão, por forma a sintetizar as ideias chaves e refletir acerca dos objetivos terminando com as referências bibliográficas, apêndices e anexos.

Relativamente a metodologia utilizada na conceção deste documento a mesma constituiu uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, através da exposição e descrição das diferentes experiências e atividades desenvolvidas bem como os objetivos comuns e

específicos do EE, no desenrolar do estágio de natureza profissional onde se prevê o desenvolvimento das três esferas da competência orientadas segundo o Regulamento de Competências concebido pela Ordem dos Enfermeiros, com a pretensão de avaliar o percurso das aprendizagens.



## **PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO**

---

### **Desenvolvimento de Competências em Médico-Cirúrgica**



## 1. Enquadramento dos contextos de estágio

---

O termo paliativo deriva do étimo latino *pallium*, que significa manto, capa (Twycross, 2003, p.16).

Os CP são caracterizados como sendo cuidados ativos e totais, prestados a pessoas com doença grave e/ou incurável em fase avançada, progressiva e/ou terminal pela abordagem global das necessidades inerentes a complexidade da condição terminal. São prestados por uma equipa interdisciplinar a pessoa doente e seus cuidadores/familiares com vista ao alívio dos sintomas nas diferentes dimensões do cuidar, com enfoque na promoção do respeito pela dignidade e autonomia e pela primazia para a humanização dos cuidados com o objetivo *major* de assegurar a melhor QdV e conforto (Floriani & Schramm, 2007; World Health Organization, 2002).

Preconiza-se que os CP sejam implementados de forma precoce e atempada em conjugação “com outros serviços e outros níveis de assistência, a perspetiva curativa e a perspetiva paliativa devem ser sincrónicas e de complementaridade ao longo do processo doença e não apenas nos últimos dias ou semanas de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.17).

Nos últimos anos têm-se assistido a aumento significativo quer na qualidade quer na diversidade de CP, não obstante, torna-se indispensável assegurar a qualidade dos cuidados providos. Agora, a qualidade dos cuidados é uma questão hermética dado ser multimodal como resultado da fusão entre as três esferas da competência (Capelas et al., 2018).

A propósito da definição mais consensual de qualidade de cuidados, Capelas (2016), refere que esta está concomitantemente correlacionada com o nível em que os “serviços de saúde incrementam/melhoram a probabilidade de se alcançarem resultados desejados, sendo estes consistentes com o atual conhecimento profissional e científico sendo um requisito básico a boa organização dos cuidados” (Capelas, 2016, p.939).

A evolução do conhecimento em Enfermagem propiciou reconhecer a ampla gama de atribuições e competências intrínsecas ao papel do enfermeiro. Essa compreensão valida experiências e eventos que contribuem para a construção do saber, sendo basilar para a prática da Enfermagem. Por tal, perspetiva-se que a cada dia, os profissionais carecem de amplificar as suas competências, de modo a estarem capacitados para a arte do cuidar (Farias et al., 2019).

Note-se que, durante a formação académica os profissionais de saúde são treinados numa perspetiva meramente curativa onde a formação em CP não adquire especial relevo convergindo num despromovido conhecimento sobre as intencionalidades destes cuidados humanizados (Totola et al., 2023).

Atente-se deste modo para a pertinência da formação diferenciada, que se torna num aspeto vital para a organização e garantia da qualidade dos cuidados. Em CP, estes manifestam-se pela prestação de cuidados tecnicamente adequados, permeados por habilidades comunicacionais, potenciando a tomada de decisões partilhadas e culturalmente apropriadas (Capelas, 2016; Direção-Geral da Saúde & Conselho Nacional de Oncologia, 2005).

Face as constantes renovações da ciência, aos incessantes desafios decorrentes da prática clínica e por forma a ir ao encontro do melhor estado da arte, verifica-se a primordialidade em aprofundar e ampliar conhecimentos que sustentem a PBE onde se ambiciona uma remodelação das práticas com vista a excelência do cuidado na área de especialização em Enfermagem PSP.

O presente documento foi elaborado no âmbito da unidade curricular do Estágio de Natureza Profissional à Pessoa em Situação Paliativa do I Curso de Mestrado em EMC na área de especialização à PSP, e decorreu na Equipa Intra Hospitalar de Cuidados Paliativos doravante, EIHS CP, num hospital central da zona norte de Portugal no período compreendido de 20 setembro de 2023 a 16 de abril de 2024, perfazendo um total de 810 horas, das quais 428 horas são de contacto e 382 de trabalho autónomo. Foram realizadas 384 horas de contacto na prática clínica, 20 horas na tipologia de seminário e 24 horas na tipologia de orientação tutorial.

Este estágio tem como objetivos o desenvolvimento de competências intrínsecas à prática de Enfermagem avançada e especializada, definidos no guia de orientação do estágio, mas também a definição de objetivos específicos para a aquisição das três esferas da competência na área de Enfermagem.

Por fim, com pretensão de alcançar as competências do EE em Enfermagem à PSP no domínio da melhoria da qualidade refletiu-se acerca da importância da literacia entre os pares, e de que forma os seus *outcomes* são modificadores de comportamentos; no âmbito do domínio da gestão dos cuidados onde se realça a comunicação entre os pares reconhecendo o seu impacto como elo facilitador na prestação de cuidados humanizados.

Em mote final, com vista ao desenvolvimento de práticas e competências de enfermagem de qualidade e avançadas na área médico-cirúrgica perspectiva-se reconhecer os efeitos do cuidar da PSP nos membros da equipa avaliando as diligências dos profissionais de saúde.

Perspetiva-se ainda desenvolver práticas e competências de enfermagem de qualidade e avançadas na área médico-cirúrgica respeitante a implementação da CF como ferramenta terapêutica e de suporte na promoção de intervenções baseadas na evidência respeitando os princípios filosóficos dos CP da bioética na elaboração de um plano avançado de cuidados a pessoa e seus cuidadores/familiares capaz de suprimir as necessidades identificadas.

### *1.1. Estágio em contexto de Cuidados Paliativos: Equipa Intra-Hospitalar*

As equipas de CP são equipas interdisciplinares onde cada elemento constituinte detém prerrogativas prevaletentes no cuidado. As EIHS CP, são dotadas de recursos próprios que exercem a sua atividade prestando consultadoria, apoio diferenciado e a toda a estrutura hospitalar. Este modelo de assistência, articula- com outras unidades e equipas da instituição de saúde onde se encontra integrada com o pressuposto da elaborar de um plano individual de cuidados à pessoa doente e seus cuidadores/familiares em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com diagnóstico de vida limitado (Assembleia da República, 2012, p.5122.; Moraes et al., 2022).

Atente-se que, esta equipa altamente diferenciada intervém quando é realizado um pedido de colaboração formal por parte da equipa assistencial, quando a mesma se depara com demandas não sanadas nas diferentes dimensões do cuidar. Por forma, destaca-se o seu acompanhamento a pessoa doente e seus cuidadores/familiares em situações tais como: controlo sintomático; o apoio à equipa assistencial na tomada de decisões e a concomitante elaboração de um plano avançado de cuidados; intervenção psicológica; o suporte à família; a referenciação para Unidade de Cuidados Paliativos; a referenciação a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos; a avaliação para efeitos de transferência para o serviço internamento de CP; a organização e planeamento da alta; a comunicação de más notícias; a continuidade de cuidados; a orientação social; e a orientação para consulta externa de CP.

A EIHS CP onde este estágio se concretizou é composta por uma equipa que face aos pedidos de colaboração existentes na instituição, denotam-se escassos. Perante esta realidade a equipa vê-se na necessidade de gerir casos pelo seu grau complexidade de modo equitativo e ponderado.

Após o pedido formal, a equipa realiza uma primeira visita à pessoa sinalizada, com a finalidade de identificar necessidades prementes, bem como a pertinência de realizar uma CF, e posteriormente, reúne-se com a equipa assistencial para delinear um plano de cuidados tendo em consideração as predileções da pessoa e seus cuidadores/familiares. Adiante, a equipa mantém o seguimento pela reavaliação das constantes mudanças e necessidades da pessoa e seus cuidadores/familiares ao longo do internamento atualizando o plano de cuidados sempre que se considere improrrogável. De ressaltar que este acompanhamento *continuum* se perpétua mesmo após a morte da pessoa doente com o apoio no luto aos cuidadores/familiares enlutados.

Note-se que, este modelo de abordagem à pessoa doente, e seus cuidadores/familiares traduz-se em ganhos pelo facto de ser passível melhorar o controlo sintomático, diminuir as admissões/readmissões no SU bem como os tempos de internamento hospitalar e inerentemente a diminuição dos custos hospitalares, a colaboração nos desejos de cuidados em fim de vida, a otimização dos recursos e a aproximação das pessoas e seus cuidadores/familiares.

Verifica-se que a integração de CP de forma precoce ao longo da trajetória da doença, é o ponto de partida para a excelência do cuidado uma vez que capacita a pessoa e seus cuidadores/familiares de forma a gerir eficazmente o regime terapêutico, a adotar comportamentos saudáveis e a atribuir significados positivos relativos a doença o que possibilita o alívio do sofrimento multidimensional (Tavares et al., 2022).

Todavia, na prestação de CP os desafios são constantes, o que ainda seapura é o forte paternalismo por parte da equipa assistencial, o que os impede da referenciação precoce e atempada, protelando assim o inadiável. Uma grande parte das pessoas que carece de ações paliativas é sinalizada a equipa já numa fase tardia, em últimos dias/horas de vida, e mesmo assim existe uma grande dificuldade em redirecionar os objetivos dos cuidados.

Os profissionais de saúde debatem-se assim com várias vicissitudes à prestação de CP que se configuram essencialmente pelo: “conhecimento e compressão limitado acerca da filosofia e conceito de CP; falta de conhecimento sobre a prescrição medicamentosa em CP agudos; défice nas relações interdisciplinares, enaltecendo a dificuldade da equipa em atuar em modo colaborativo, compartilhando as responsabilidades com os profissionais especializados; identificação de pessoas elegíveis; falta de esclarecimento sobre diagnóstico e prognóstico da doença; dificuldades em controlar comorbidades, sinais e sintomas;

dificuldades na comunicação nomeadamente no que diz respeito à comunicação de más notícias; racionalidade económica, tempo e recursos humanos; desconforto” (Meireles et al., 2021, p.167).

Portanto, perante este pensamento obtuso, torna-se hermético desmitificar que CP não é um desistir, mas sim um remodelamento dos cuidados onde se prevê dignificar a pessoa em fim de vida protegendo-a de cuidados desajustados e desproporcionais, promovendo conforto e QdV.



## **2. Competências comuns do enfermeiro especialista**

---

O conjunto de competências atribuídas ao enfermeiro especialista convergem maioritariamente do aperfeiçoamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, e efetivam-se em competências comuns e competências específicas.

Portanto, o EE é aquele que adquire um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8648).

Agora, independentemente da sua área de especialidade, todos os enfermeiros partilham um grupo de domínios designado por competências comuns e que se encontram agrupadas em quatro domínios: “competências do domínio da responsabilidade profissional ética e legal; competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; competências do domínio da gestão dos cuidados; e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

O desenvolvimento das competências comuns alicerçou-se nos aspetos centrais da especialidade onde foram definidos objetivos comuns e específicos com o intuito de adquirir competências capitais para o exercício da profissão enquanto futura enfermeira especialista.

Assim, nos subcapítulos seguintes, optou-se por uma estruturação seguindo as linhas orientadoras dos domínios relativas as competências comuns do enfermeiro especialista.

### *2.1 Responsabilidade Profissional, Ética e legal*

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde, (OMS), estipulou a abordagem à pessoa em situação paliativa, como sendo uma estratégia terapêutica que baseia a sua praxis clínica em intervenções específicas e direcionadas na perspetiva da melhoria da QdV dos doentes e seus cuidadores/familiares quando confrontados com os problemas decorrentes da presença de doença ameaçadora de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, utilizando os meios necessários para o reconhecimento precoce, a avaliação e o tratamento implacável da dor e dos seus problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (World Health Organization, 2002).

O intuito da medicina paliativa configura-se numa reestruturação do estilo de vida que pretende proporcionar dignidade e conforto à pessoa e seus cuidadores/familiares na confrontação dos problemas associados a finitude da vida humana resultantes de uma doença ameaçadora e limitante da vida. Esta abordagem não pretende apressar ou retardar a morte até porque esta deve ser respeitada como um elemento constitutivo do processo natural da vida biológica de todos os seres vivos.

Este modo de cuidar é plausível perante a existência de quatro pilares basilares da prática assistencial sendo eles, a presença de uma equipa interdisciplinar, a comunicação, o controlo sintomático e o apoio à família, quando em algum momento um dos pilares for negligenciado nesta dinâmica inviabiliza-se a qualidade da sua prestação (Direção-Geral da Saúde & Conselho Nacional de Oncologia, 2005).

No exercício dos CP preconiza-se ainda que, os mesmos devam respeitar valores tais como a autonomia, vontade, individualidade, dignidade e a inviolabilidade da vida humana, verificando-se assim a estreita interligação com os princípios da bioética e dos direitos humanos tais como a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Lei de Bases Dos Cuidados Paliativos, 2012; Pinto et al., 2020).

O respeito pela autonomia refere-se à capacidade da pessoa se autogovernar, desde que em plena consciência de si mesmo, e segundo os seus valores, sobre aquilo que acredita ser o melhor para si manifestando o que é ou não uma necessidade em saúde. É imprescindível ressaltar que, a família como alicerce nesta dinâmica deve estar munida de informações relevantes ao contexto vivido, por parte da equipa interdisciplinar, no sentido de serem capazes de tomar decisões compartilhadas e esclarecidas diante da terminalidade do seu familiar, quando o mesmo não possuir um nível de consciência preservada para o efeito (Felix et al., 2014).

No que tange a beneficência enquanto conceito, esta tem por base fazer o bem, onde na medicina tal se caracteriza por maximizar os potenciais benefícios da intervenção proporcionando o bem-estar da pessoa melhorando a sua QdV e aliviando o seu sofrimento, enquanto que, na não maleficência, o profissional de saúde tem a obrigação e o dever moral de não causar mal e/ou danos de forma intencional (Aguadeiro & Faustino, 2021).

Com respeito ao princípio da justiça, esta visa a equidade e igualdade de tratamento, oferecendo a cada pessoa o que lhe é devido, segundo suas necessidades (Felix et al., 2014).

Assim, enquanto enfermeiros agimos e tomamos decisões com base em saberes científicos, em conformidade por princípios, valores e normas deontológicas o que depreende uma conduta responsável. Esta responsabilidade profissional destaca-se quando o enfermeiro opera em benefício do outro de forma autónoma, compartilhando a informação de forma célere onde elege a pessoa como centro da sua atenção (Gomes, 2010).

Porém, e pelo que verifica é, este processo de tomada de decisão informada e compartilhada é-nos dificultado pela ocultação de informação que pode surgir de forma bilateral no binómio pessoa doente e cuidadores/familiares. Isto porque a pessoa doente muitas vezes não quer que quem lhe é próximo saiba do diagnóstico e prognóstico por forma a não causar mais sofrimento perante a sua fragilidade e crescente dependência. E o mesmo se verifica do outro lado. Os próprios familiares tentam ocultar a informação à pessoa doente na tentativa de o proteger de mais sofrimento.

A conspiração do silêncio ou o pacto do silêncio no processo de cuidar na finitude torna-se num enorme entrave, onde os cuidadores/familiares com o intuito de preservar e não intensificar a situação psicológica da pessoa mantém o silêncio a respeito do seu estado de saúde (Aguadeiro & Faustino, 2021).

Portanto, a ocultação da informação é definida como sendo um acordo implícito ou explícito, por parte dos cuidadores/familiares, amigos e/ou profissionais, para alterar a informação transmitida à pessoa sem considerar a sua vontade de conhecimento respeitante ao diagnóstico, prognóstico e gravidade da situação. Esta privação de informação, é muitas vezes motivada por razões tais como: o paternalismo familiar; dificuldades de comunicação entre a tríade profissionais de saúde, cuidadores/familiares e pessoa; autoproteção dos profissionais de saúde e cuidadores/familiares; falta de capacitação dos profissionais de saúde no que diz respeito a comunicação de más notícias; e dificuldades em discutir a terminalidade da vida associada aos tabus gerados pela nossa sociedade onde falar sobre eles é aceitar e declarar que a finitude é iminente (Machado et al., 2018).

Neste enredo, o profissional de saúde confronta-se com impetuosos constrangimentos que colocam em causa os princípios éticos, normas legais e deontológicas pelos quais se regem, o que concomitantemente priva a pessoa de usar de livre arbítrio a sua autonomia e poder de decisão sobre aquilo que considera relevante para si em saúde, enquanto ser único (Aguadeiro & Faustino, 2021).

Contudo, é de ressaltar que a conscientização referente ao diagnóstico e prognóstico da sua condição de saúde pode ser libertadora dado que o mesmo conseguirá ter o controlo sobre a sua morte e conseqüentemente proporcionar a resolução de assuntos pendentes e potencialmente causadores de sofrimento psicológico, contribuindo positivamente para uma melhor qualidade de vida onde se cria um contexto favorável para uma morte digna e sem sofrimento (Reis et al., 2022).

Por forma a mitigar a conSPIração do silêncio é urgente aprimorar a relação entre a tríade equipa, pessoa doente e seus cuidadores/familiares, fomentando um cuidado mais humanizado. Para tal torna-se impropelável que os profissionais estabeleçam uma relação terapêutica assente numa comunicação assertiva, clara e honesta adequada a quantidade e qualidade dando a possibilidade de exprimirem as suas emoções reconhecendo que este é um processo contínuo (Machado et al., 2018).

Perante esta conjetura, enquanto futura EE procurei investir no respeito pela autonomia e valorização dos direitos humanos permitindo que a mesma pudesse participar de forma ativa nas decisões sobre o seu tratamento, respeitando a sua opinião mesmo quando acreditava que aquela predileção não seria a mais apropriada face ao contexto vigente. Mas de facto, aquilo que eu considero ser uma necessidade em saúde pode não ser para a pessoa e seus cuidadores/familiares, e no fim, aceitar a sua escolha e preservá-la é potenciar a tomada de decisão com o intuito promover o que aquela pessoa considera o que para si é digno perante a sua terminalidade. Ademais perspectiva-se o impacto positivo da abordagem do EEEMCPSP pela sua capacidade de valorizar o peso das variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional estabelecendo um plano personalizado para a unidade de cuidados, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e QdV respeitando as suas vontades e quereres.

## *2.2 Melhoria Continua da Qualidade*

Os processos de educação contínua em saúde destacam-se pela efetiva promoção da qualidade com a pretensão de propiciar cuidados de máxima qualidade e de forma segura. Estes, configuram-se “como a aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, adaptados as necessidades e às realidades locais. Ela baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de

transformação e gera reflexão do processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço” (Parente et al., 2023, p.2).

Segundo as linhas orientadoras da OE e de modo alcançar as competências no domínio da melhoria contínua propôs-se o desenvolvimento de um objetivo.

**OBJETIVO GERAL - DESENVOLVER PRÁTICAS DE QUALIDADE NO ÂMBITO DA MELHORIA DA QUALIDADE: “A Literacia entre Pares nos Cuidados Paliativos”.**

A literacia em cuidados de saúde caracteriza-se como sendo uma abordagem holística, integrada, transversal e multidimensional do contexto e que se âncora no desenvolvimento de competências num constructo que envolve a tríade conhecimentos (saber), capacidades (fazer) e atitudes (Ser) (Almeida et al., 2022).

Educar atende-se como uma competência significativa do próprio escopo da Enfermagem, que, face não só ao avanço tecnológico e científico, mas também das vicissitudes da contemporaneidade, carece de um constante desenvolvimento uma vez que permite ao profissional aprimorar o seu pensamento crítico-reflexivo dando a oportunidade a este de maximizar a sua autonomia e colaborar ativamente nas decisões em saúde (Barbosa & Santos, 2022).

A educação interprofissional tem como finalidade “aproximar as ações e serviços das instituições formadoras, objetivando promover mudanças na formação dos profissionais e provocar alterações nas práticas dominantes dos sistemas de saúde, através da problematização das suas próprias práticas e do trabalho em equipa e superar os obstáculos que dificultam o acesso aos serviços de saúde de forma integral” (Sousa et al., 2020, p.2).

A educação em saúde viabiliza a qualificação dos profissionais para lidar com situações potencialmente complexas, como diagnósticos de doenças graves e/ou incuráveis, informar acerca da morte, da falta de terapêutica disponível e do prognóstico reservado. Promove, ademais, uma maior compreensão e aceitação das pessoas ao acesso a CP, já que melhora o entendimento e a informação de qualidade quando atendidos por profissionais capacitados (Figueiredo & Souza, 2022).

A escassez de conhecimentos acerca do verdadeiro propósito da palição, é uma realidade. Esta alusão, reflete-se numa barreira ao desenvolvimento efetivo de CP pela dificuldade que o profissional de saúde demonstra em ser capaz de estabelecer prioridades face a PSP. Estas adversidades oriundas do desconhecimento causam constrangimentos o que se traduzem

num *gap* quer no planeamento dos cuidados à PSP e seus cuidadores/familiares quer na qualidade da sua prestação. Assim, são vários os autores que refletem acerca das vicissitudes dos profissionais em discernir qual a conduta ideal face a PSP e seu núcleo duro dos cuidados.

A literatura norteia para o desconhecimento de alguns profissionais de saúde acerca da definição de CP da OMS (Silva et al., 2019), bem como conhecimentos limitados acerca da filosofia e pilares dos CP (Neves et al., 2022).

Ayala e seus colaboradores (2021), afirmam inclusive que “os enfermeiros na sua prestação de cuidados à PSP restringem-se apenas administração de terapêutica medicamentosa” (Ayala et al., 2021, p.157).

Em virtude do grau de complexidade e especificidade intrínsecos na abordagem à PSP, respeitante ao controlo sintomático nomeadamente a dor, náuseas e vómitos, dispneia, xerostomia, esta despontava-se como a dimensão com maiores limitações (Neves et al., 2022).

Num estudo levado a cabo por Sarmiento et al. (2021) são reportadas limitações e fragilidades referentes aos níveis de conhecimento em CP onde para alguns enfermeiros, este modelo assistencial é destinado a pessoas que se encontram em “fase terminal, decorrente de neoplasias”. Temas como “espiritualidade, comunicação, assistência a família, empatia, humanização e o uso de tecnologias leves” prevêm-se pouco abordadas e questões como o luto são desconsiderados como parte integrante da assistência paliativista (Sarmiento et al., 2021, p. 33,34,37).

O tempo de exercício profissional e o fator idade denotam-se importantes de ressaltar tendo um impacto negativo no que diz respeito ao controlo de sintomático e apoio à família visto o carácter contemporâneo deste modo único de cuidar (Neves et al., 2022).

De facto, torna-se notável o papel diferenciador que o EEEMCPSP adquire, na medida em que detém capacidade de avaliar de forma assertiva os sintomas da pessoa doente o que se traduz na oportunidade de antecipar situações de agudização atuando assim de uma forma preponderada em todas as dimensões do cuidar e que transcendem o modelo biomédico cujo intuito é a cura (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Outra questão que se levanta quando o tema é paliar, é a dificuldade não só dos profissionais de saúde como também da sociedade em geral, de reconhecer e aceitar a finitude da vida

humana face a sua heterogeneidade o que se concretiza como um entrave na prestação de cuidados culturalmente apropriados (Silva et al., 2015).

Este embaraço emancipa-se quando os profissionais se vêm obrigados a lidar com situações potencialmente angustiantes tais como o descontrolo sintomático, a morte e o sofrimento multidimensional da pessoa doente e seus cuidadores/familiares, reconhecendo desta forma que muitos deles não se encontram habilmente preparados para essa vivência o que se pode repercutir num impacto negativo na saúde de quem cuida (Monteiro et al., 2020).

Compreender a pessoa doente e os seus cuidadores/familiares nesta fase da vida é de uma magnitude transcendente na medida em que, quando o tratamento curativo não se torna uma prioridade e se deve proporcionar maior conforto, os níveis de sofrimento podem incrementar CP (Rigue & Monteiro, 2020).

Há assim um trabalho conjunto no sentido de capacitar a família gerindo expectativas, mantendo a esperança e dignidade perante a nova realidade independentemente do estágio da doença consciencializando-os que não se trata de um desinvestimento, mas sim uma oportunidade de se atribuir novos significados e ajustar prioridades.

Torna-se inverosímil não me colocar no lugar do outro principalmente quando saímos da nossa zona de conforto e percecionamos a realidade dos outros serviços. Por várias vezes presenciei o sofrimento, as incertezas, as angústias, e a revolta do outro, e dava por mim a pensar que poderia ser eu naquela situação. Quando reflito sobre quais os motivos que levavam a essa introspeção, os mesmos centram-se pela proximidade de idade e a existência de filhos menores, que muitas das vezes choram a cabeceira dos seus pais sem compreenderem o que se passa, pois, ainda há a conjuntura do afastamento das crianças diante a doença e a terminalidade.

Agora, a verdade é que também me presentearam com momentos de pura felicidade, amor, compaixão, vi últimas vontades a serem cumpridas, as despedidas mais profundas e as lágrimas mais sinceras. A carga emocional existente perante a finitude e o sofrimento deixa um profissional de saúde assoberbado. Pois no fim, somos seres humanos dotados de emoções e responsabilidade que cuidam de seres humanos.

O facto é que a despedida apesar de ter uma carga negativa intrínseca, momentos felizes podem ser proporcionados e recordados com saudade. Para o paliativista encarar a morte

como um processo natural e biológico de qualquer ser humano é fundamental e não há porque prolongar o sofrimento da vida humana.

Ainda sobre as dificuldades na prestação de cuidados à PSP, salienta-se não só a falta de recursos nomeadamente escassez de tempo, recursos humanos, de materiais e de infraestruturas básicas para atendimento como também a necessidade de trabalho em equipa (Silva et al., 2015; Vitoria & Martins, 2023).

Perante esta conjetura, que sugere um *déficit* acerca dos conhecimentos CP, verifica-se a importância da desmitificação dos conceitos obsoletos, que pairam há demasiado tempo em torno dos CP, com o fito na mudança do paradigma da contemporaneidade. O seu propósito centra-se na prestação de cuidados humanizados e especializados, respeitando a dignidade da pessoa promovendo o alívio do seu sofrimento de ordem multimodal decorrente da sua doença.

O fator crítico para mudança decisiva objetiva-se na educação constante e interprofissional de saúde sobre os princípios e práticas dos CP, desde a sua formação inicial (Neves et al., 2022).

No que diz respeito as estratégias de educação em saúde, respalda-se que estas são capazes de encorajar a equipa interdisciplinar para a obtenção competências nos seus três domínios e que se perspectivam não só eficazes na gestão dos riscos, como na manutenção dos padrões de qualidade e ainda certifica a segurança na prestação dos cuidados à pessoa doente e seus cuidadores/familiares (Parente et al., 2023).

Neste espetro, para ser plausível paliar, é conveniente que os profissionais desenvolvam competências que abrangem o “conhecimento teórico-prático sobre as doenças e sintomas; o desenvolvimento da empatia; o domínio das estratégias de comunicação; e uma visão humanística no cuidado à pessoa. É de igual modo premente, a utilização de várias estratégias de ensino, como o desenvolvimento de atividades teóricas e práticas, numa abordagem multiprofissional” (Maia et al., 2021, p.8).

A partilha de conhecimentos pela troca de experiências em diferentes contextos da prática de CP entre os EE e a equipa assistencial também se denota como uma estratégia geradora de conhecimentos (Barbosa & Santos, 2022).

O diálogo entre a equipa, apresenta-se como uma ferramenta valiosa na medida em que a troca de experiências e relatos confere uma oportunidade de aprendizagem potenciando o aperfeiçoamento dos saberes e a consequente melhoria significativa dos cuidados (Gomes et al., 2021).

Ademais, aconselha-se a formação avançada e especializada dos profissionais que desenvolvem a sua *praxis* clínica em contextos diferenciados de CP (Neves et al., 2022).

A literatura reporta também a carência de estratégias focadas em seminários, cursos, palestras que abranjam a equipa como também pessoas e cuidadores/familiares tendo em vista a melhoria da qualidade cuidados prestados assentes na PBE (Barbosa & Santos, 2022).

Constata-se ainda a importância de sensibilizar os gestores a fomentar a prática de CP de qualidade, em consonância com as vicissitudes sociais da contemporaneidade, a partir do conhecimento científico, por forma a garantir eficiência, eficácia, segurança e qualidade (Silva et al., 2015).

Com o intuito de garantir o acesso universal e equitativo de CP nos serviços é necessário integrá-los em rede com o propósito de capacitar a força de trabalho em saúde (Downing et al., 2016).

Nesse prisma, percebe-se a criação do enfermeiro “elo de ligação”. Um enfermeiro de “ligação” destaca-se como sendo um enfermeiro generalista com conhecimento prévio especializado numa área específica de atuação, neste caso com interesse genuíno em CP capaz, com a capacidade de educar, apoiar e capacitar os pares com o objetivo de aumentar a eficácia clínica e a PBE (Hasson et al., 2008).

O escopo traduz-se por “melhorar a prestação de CP, melhorar a ligação entre a unidade especializada e as enfermarias, dotar os enfermeiros de diferentes unidades com conhecimentos e competências que lhes permitam prestar CP básicos aos seus doentes” o que consequentemente traduz nas melhores práticas (Downing et al., 2016, p.3).

Atente-se que, torna-se irrefutável, perante esta premissa, que nem todos os profissionais de saúde detêm habilidades para prestar CP, em especial a equipa de enfermagem. Tendo em consideração que são os principais responsáveis por 60% dos cuidados as pessoas doentes e dispõem de uma multiplicidade de ações, o que exige uma maior proximidade física que se repercute numa sucessão de desafios intrínsecos para a equipa. Para a

Enfermagem, prestar CP é vivenciar e compartilhar terapêuticamente momentos de amor e compaixão, compreendendo que é possível transformar a morte iminente digna e assegurar à pessoa e seus cuidadores/familiares suporte e acolhimento no derradeiro momento da vida (Morais et al., 2018; Oliveira & Luz, 2021).

A despeito, a literatura permite identificar o perfil do profissional de CP. As características interpessoais evidenciam-se pela “liderança, comunicação, colaboração clínica, ético-legal e psicossocial e espiritual” (Gomes et al., 2021, p.10).

Em 2015, num estudo concebido por Glecias et al (2015), debruçado no perfil dos profissionais em CP, estes realçam que os cuidados prestados são assentes por meio de um “relacionamento com o outro como uma expressão de interesse e carinho pautados na compaixão, humildade e honestidade” (Gleacias Marçal et al., 2015, p.7913).

Os profissionais de saúde, no exercício das suas funções, lidam com altos níveis de envolvimento emocional onde lhes são exigidas habilidades específicas com o propósito de assegurar que os cuidados prestados são aqueles que almejam as verdadeiras necessidades perante as sucessivas perdas. Para tal ser verossímil, os enfermeiros perante situações de extrema complexidade necessitam de utilizar competências o que implica mobilizar, utilizar recursos e conhecimentos (Brabo & Laprano, 2018; Porto et al., 2014).

Assim, por forma a prestar cuidados de enfermagem humanizados e de qualidade, os profissionais necessitam de capacitação e sensibilização para agir em concordância, o que “requer habilidade auditiva sensível aos relatos e queixas da pessoa e conhecimento sobre os principais sintomas em fim de vida”, reconhecendo que as intervenções transcendem a dimensão física (Morais et al., 2018, p.319).

Na verdade, o profissional carece de reconhecer as emoções e características específicas da unidade de cuidados por forma a gerir a comunicação. Este modo de atuar, permite identificar o cuidador familiar auxiliando no suporte emocional motivados pelas sucessivas perdas (Gomes et al., 2021).

Não obstante, é de refletir que, os enfermeiros no decurso da sua *praxis* clínica, adquirem um conhecimento científico mais amplo permitindo desenvolver o seu pensamento crítico-reflexivo, o que se reflete na melhoria das suas habilidades quer técnicas quer relacionais e que se traduzem na excelência dos cuidados. De facto, esta experiência adquirida ao longo do tempo, motiva a hipótese de superar uma série de situações clínicas complexas em que o

profissional, conquista um raciocínio clínico mais refinado, uma maior capacidade de tomada de decisão e uma melhor compreensão das verdadeiras necessidades das pessoas e seus cuidadores/familiares (Vitoria & Martins, 2023).

O mesmo refuta Benner (2001) sustentando-se no Modelo de Aquisição de Perícias de *Dreyfus*, apresentando o modelo de aquisição de competências em enfermagem onde classifica os cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem sendo eles o iniciado, avançado, competente, proficiente e o perito. Este modelo de atuação em Enfermagem caracteriza-se por ser um processo dinâmico e aprimorado entre a experiência e o domínio o que se repercute num aperfeiçoamento dos cuidados onde não seguir regras rígidas permite agir de uma forma mais rápida e assertiva (Benner, 2001).

Por todos os desafios intrínsecos à prestação de CP, percebe-se o quão vital é, sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde, destacando-se o papel basilar do enfermeiro como ser multiplicador de saberes e práticas.

A educação constante entre os pares em CP, através de ações educativas, permite a equipa mobilizar atitudes, conhecimentos e habilidades de forma não só a identificar precocemente pessoas com necessidade de ações paliativas como também para elaborar um plano avançado de cuidados, capaz de dar uma resposta efetiva as necessidades da pessoa e seus cuidadores/familiares.

A referenciação atempada é potenciadora de ganhos em saúde que se traduzem pelo aumento da satisfação da pessoa e seus cuidadores/familiares, alívio do sofrimento nas diferentes dimensões do cuidar, em consonância com as necessidades da contemporaneidade, e uma melhor qualidade de vida perante a finitude o que se manifesta num cuidado humanístico e compassivo, perspetivando-se, portanto, numa conduta indispensável. Assim, as ações de educação em saúde entre os pares manifestam-se como uma estratégia onde se prevê o aperfeiçoamento das competências dos profissionais na procura do autoconhecimento que se reflete na excelência do cuidado.

### *2.3 Gestão dos cuidados*

A tomada de decisões complexas e autónomas em Enfermagem, afigura-se como um pilar para a praxis clínica, gestão educação, onde face aos sucessivos avanços na área da tecnologia e ciência, questões como exigência e dilemas constantes evidenciam-se tornando-

se indispensável prover ações efetivas e assertivas com o intento de potencializar a excelência do cuidado (Lourenço et al., 2022).

Com vista a alcançar assertivamente as competências delineadas pela OE no que concerne ao domínio da gestão dos cuidados estabelece-se a realização de um objetivo geral.

**OBJETIVO GERAL - DESENVOLVER PRÁTICAS DE QUALIDADE NO ÂMBITO DA GESTÃO DE CUIDADOS:** *“Gestão dos Cuidados em Articulação com a Equipa de Saúde: A Comunicação Entre os Pares”.*

Comunicar é uma necessidade humana básica que se caracteriza como sendo um processo contínuo que torna a existência do ser humano um ser social (Pacheco et al., 2020).

Os cuidados prestados pela equipa de enfermagem à pessoa não se circunscrevem apenas a execução de técnicas ou procedimentos, eles pressupõem uma abordagem de cuidados abrangente, que inclui o desenvolvimento das suas habilidades comunicacionais. Assim, a comunicação prevê-se como uma ferramenta fundamental para o enfermeiro, utilizada para corresponder às necessidades da pessoa doente (Pontes et al., 2008).

Na área da saúde a comunicação, verbal ou não, denota-se como um pilar basilar face à complexidade das relações intersubjetivas que permeiam as interações entre a tríade profissionais, pessoas doentes e seus cuidadores/familiares (Maia et al., 2024).

Em CP, a comunicação manifesta-se como uma ferramenta que adquire um papel de extrema significância pois é por meio desta que se torna passível a prestação de cuidados de alta qualidade, não só pelo colmatar das necessidades do binómio pessoa doente e seus cuidadores/familiares como também pela transmissão de informação de forma clara, compassiva e digna já que é por esta que se transmitem más notícias.

Quando se trata de pessoas doentes que estão perante a finitude da vida humana, com momentos de grande ansiedade os cuidados de alta qualidade vão além do alívio dos sintomas, a comunicação assertiva e honesta é de igual forma primordial no planeamento assistencial (Gomes et al., 2021).

A equipa de enfermagem torna-se, amiúde, o elo de comunicação entre as várias classes dos profissionais de saúde, adquirindo perante tal a oportunidade de identificar as fragilidades na prestação dos cuidados e promover soluções através da articulação dos saberes evidenciando a dimensão da sua atuação (Rigue & Monteiro, 2020).

Como membro da equipa em CP, o enfermeiro executa o seu papel primordial quer da colheita de dados até ao derradeiro dia, cuidando e atendendo a todas as necessidades da pessoa nas várias etapas da doença (Castro et al., 2021).

A comunicação eficaz contribui positivamente, a que a pessoa compreenda de forma adequada os seus problemas e a enfrenta-los de forma proativa, conferindo a que participe no processo de tomada de decisão. Não obstante de referir que a comunicação potencia os indivíduos a desenvolver novos padrões de comportamento dando um novo significado à sua vida (Silva et al., 2018).

A PSP carece de compreensão o que implica que os profissionais de saúde estejam capacitados para promover um relacionamento terapêutico empático, embasado na compaixão, respeito e humildade que se demonstra quando as habilidades de comunicação são materializadas (Silva & Jewur, n.d.).

Num estudo realizado por Pacheco et al. (2020), estes apontam que o processo de comunicação confere a oportunidade de fortalecer vínculos, manifestar preocupações e dúvidas relativas a situação clínica e as sucessivas perdas permitindo de igual modo se tornar num agente facilitador na tomada de decisão (Pacheco et al., 2020).

O profissional, muito mais do que saber comunicar deve ser instruído a escutar de forma ativa e reflexiva viabilizando assim a compreensão dos limites da comunicação gerando um ambiente terapêutico favorável face a complexidade da situação, provendo a prestação de cuidados de excelência culminando para uma morte digna. De facto, o ato de ouvir ativamente o outro possibilita direcionar e suprimir as verdadeiras necessidades, demonstrando o respeito pela autonomia da pessoa, o que vai ao encontro dos princípios da bioética (Castro et al., 2021; Silva & Jewur, n.d.).

A comunicação apresenta-se conferindo equilíbrio, calma e capaz de criar um elo de ligação com a equipa assistencial, o que consente à pessoa a vontade genuína de expressar e experienciar sem medos os seus sentimentos e dúvidas. Ressalvam ainda que, a comunicação é um elemento essencial na relação humana, pois é através dela que se pode reconhecer problemas, assegurar o alívio dos sintomas, encorajar a melhoria da autoestima, conhecer valores e crenças, favorecer o bem-estar nas diferentes dimensões e constatar as necessidades do núcleo duro dos CP por forma a prestar cuidados humanizados (Pacheco et al., 2020).

Pelo descrito consegue-se ratificar que a comunicação no contexto da prática de enfermagem, adquire uma componente essencial, na medida em que por ela influenciam a prestação de cuidados, sendo significativo destacar a elaboração de um plano personalizado de cuidados culturalmente apropriados com ênfase na pessoa doente com vista a promoção do conforto e dignidade, a partilha eficaz de informações entre a equipa assistencial de modo garantir a continuidade de cuidados de excelência, a diminuição significativa de erros que podem colocar em causa a segurança e bem-estar da pessoa, e o cumprimento das normas legais, éticas e clínicas do cuidado (Mendes et al., 2020).

À vista disso, a comunicação pode ser descrita como um alicerce para uma cooperação bem-sucedida, em virtude de aumentar o nível de relacionamento entre a equipa, discursar acerca de sugestões para a melhoria dos cuidados e explorar as perceções das diversas especialidades, como intento principal na comunicação efetiva entre as equipas, para alcançar uma maior segurança e qualidade dos cuidados (Moraes et al., 2022)

Seguindo ainda as linhas orientadoras de Pacheco et al. (2020), a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa gera um vínculo capaz de assegurar conforto e sustento na presença das fragilidades conferindo segurança e confiabilidade com o propósito de minimizar o sofrimento inerente.

Perante o descrito, entende-se que a comunicação está sincronamente correlacionada com a promoção e preservação da dignidade humana face a capacidade de identificar e satisfazer com empatia as necessidades identificadas. Quando o enfermeiro detém a habilidade de promover uma comunicação verbal e não verbal ele garante que a pessoa doente e seus cuidadores/familiares participem de forma proativa nas decisões e cuidados relativos à sua doença garantindo assim um tratamento digno (Brito et al., 2017; Monho et al., 2021).

O ato de preservar a dignidade da vida humana advém dos contextos de fragilidade, sofrimento e vulnerabilidade circunscritos à condição da PSP (Monho et al., 2021). É de notar que o conceito de dignidade é de carácter subjetivo, ou seja, aquilo que eu considero digno pode não o ser para a pessoa que carece de CP.

Dignidade é o “princípio mais elementar e sobre o qual se baseiam, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a autonomia e que deve inspirar a conduta dos profissionais na procura pelo respeito à autonomia da pessoa que, devido às suas condições de saúde, já se encontram em situações de angústia e de sofrimento” percecionando-se deste modo que o

processo de tomada de decisão perante a morte e terminalidade assegura às pessoas, os últimos momentos mais dignos (Vasconcelos, 2019, p.17).

Para Chochinov (2007), a dignidade está correlacionada à forma como a pessoa se percebe face ao adoecimento e aos sofrimentos pertencentes a nova realidade.

Pode-se assim, perspetivar que dignidade é um valor “intrínseco do ser humano, decorrente do seu reconhecimento enquanto pessoa” (Monho et al., 2021, p. 8).

Capelas (2016), reporta para a importância do sentido de propósito na vida das pessoas para a manutenção da dignidade dado esta está fortemente correlacionada com o sentimento de utilidade e à percepção de que a vida tem valor e propósito, não só agora, mas também nas gerações futuras.

Com o intuito de implementar a promoção da dignidade em CP, aconselha-se que o enfermeiro adquira uma atitude de compreensão empática, fundamentada no respeito pela pessoa que se apresenta sob os seus cuidados (Monho et al., 2021).

Assim, e como resultado da complexidade circunscrita da PSP, Chochinov e seus colaboradores (2005), propõem um novo modelo de psicoterapia, designado por Terapia da Dignidade, (TP). Esta nova abordagem emancipa-se como uma intervenção que objetiva proporcionar um fim de vida digno pelo relato de assuntos e questões pelos quais gostariam de ser lembrados (legado), através da gravação e transcrição desses relatos num documento final que pode ser entregue a uma ou várias pessoas significativas. A entrega de um documento escrito a quem mais se ama devolve o sentimento de orgulho e confiança (Capelas, 2016; Chochinov et al., 2005).

Portanto, o profissional deve ter em consideração, na realização do plano avançado de cuidados, as necessidades, as vontades e o tempo da pessoa e dos seus cuidadores/familiares. Esta forma de agir é justificada pela promoção da dignidade perante as fragilidades e vulnerabilidades decorrentes da doença e da finitude da vida humana. Enquanto prestadores de cuidados à PSP, apoiar a pessoa doente a reencontrar um novo ressignificado para a nova realidade, faz parte do cuidado integral. A procura de um novo propósito, contemporiza que a pessoa doente encontre a força necessária para suportar situações difíceis, desgastantes e potencialmente desafiadoras. Ademais, eu não posso cuidar como gostaria que me cuidassem, mas sim, cuidar da forma que a pessoa quer ser

cuidada, apesar de haver a possibilidade desta abordagem convergir com os meus valores e crenças.

Posto isto, a comunicação frágil é tida em conta como uma das principais responsáveis pelos acontecimentos adversos e incidentes relativos a segurança da pessoa (Valadão et al., 2022).

Agora, é importante destacar a importância da comunicação não verbal em CP pois esta valoriza os pensamentos e a clareza dos sentimentos, medos e aflições, assim como o conhecimento e a perceção de gestos, expressões, olhares e linguagem simbólica referidas por quem está vivenciando a finitude (Castro et al., 2021).

Assim, a literatura direciona-nos para certeza que a comunicação nas diferentes modalidades é um instrumento de grande magnitude com um impacto imensurável na prestação de cuidados humanizados e de alta qualidade, contudo existem alguns entraves que carecem de discussão.

Por conseguinte, no que diz respeito as barreiras existentes na comunicação expõem-se que, a relação com a pessoa e seus cuidadores/familiares assenta em equívocos de interpretação dos desejos do outro e da personalidade, que o profissional define de acordo com os seus padrões, por acreditar saber mais do que a própria pessoa. A verdade é que duas pessoas não tem a mesma história de vida e as construções subjetivas são permeadas pelas vivências e marcas. Ao desconsiderar tal facto o profissional pode trivializar o ato comunicativo e formar pré-conceitos (Campos et al., 2019).

Para Mendes et al. (2020) a falta de conhecimentos, formação e de treino promovem uma limitação na comunicação visto que os profissionais desconhecem a forma ideal de comunicar e transmitir informações de forma clara, honesta, atenciosa e precisa. Remetem ainda para a ausência de protocolos médicos que atuem como diretrizes, mas também para a necessidade de saber escutar empaticamente as angústias e preocupações dos cuidadores/familiares, que podem demonstrar inseguranças para partilhar emoções particularmente se a equipa não se predispõem para interagir e comunicar.

Um estudo de Moraes et al. (2022), elucida para vicissitudes conexas a hierarquização do trabalho, a tendência dos profissionais da mesma categoria se comunicarem mais com os outros, a sobrecarga de trabalho, a falta de preparo e experiência profissional, os rácios profissional/pessoa doente, e ainda o desgaste das relações interpessoais que podem originar prejuízos na prestação dos cuidados.

Torna-se perante o descrito relevante elucidar que, atitudes humanizadas com empatia, acolhimento e respeito pelo sofrimento da pessoa e seus cuidadores/familiares são facilitadores no processo de comunicação (Mendes et al., 2023).

Para Santos & Bernardes (2010) a comunicação é uma das competências basilares para que todos os elementos da equipa atuem com responsabilidade e eficiência, tornando deste modo, as instituições organizadas e com qualidade na prestação de cuidados. Reportam ainda para que o processo comunicacional deva ser uniforme tendo em vista a procura de objetivos e metas universais na equipa assegurando um atendimento adequado. Não obstante, exploram que a comunicação favorece um diálogo efetivo entre as várias classes profissionais da equipa interdisciplinar tornando o processo de decisão descentralizado.

E mais, a aceitação do diagnóstico e prognóstico, a adesão ao regime terapêutico são motivados quer pela relação estabelecida quer pela forma com que os profissionais direcionam a comunicação. A relação terapêutica entre a equipa e a pessoa, se conduzida eficazmente, pode inclusive minimizar a dor nas suas diferentes dimensões em consonância com o efeito placebo que se associa à relação com a equipa (Campos et al., 2019).

A literatura reporta-nos deste modo, para a necessidade emergente de realizar atividades que visem a qualificação e capacitação dos profissionais de saúde para a melhoria dos processos comunicacionais entre a tríade.

Para tal é necessário a implementação de medidas que requerem de ser incentivadas pelos serviços e gestores em saúde. Crê-se que a comunicação efetiva entre os implicados no processo de palição é uma condição *major* para o devido suporte emocional das pessoas. Por sua vez, os profissionais devem auferir de iniciativas como a escuta ativa e utilização de perguntas abertas direcionadas ao binómio para que eles expressem as suas perceções perante o tratamento (Silva et al., 2022).

Atente-se desse modo para a relevância dos gestores assimilem, o seu papel de líderes e saibam como averiguar através das ferramentas e modelos de gestão disponíveis, os desafios e reflexos existentes nos processos comunicacionais entre a equipa e propor formas de melhorar o fluxo de informações (Valadão et al., 2022).

Para Moraes et al. (2022), o suprasumo está em não só alterar o conhecimento, as atitudes habilidades, mas também em compreender e transformar a forma como os membros da

equipa dialogam entre si e sobre os CP, e ainda como os diferentes membros podem cooperar para expor a ideia de CP as pessoas seus cuidadores/familiares.

Como estratégia viabiliza-se ainda a utilização de ferramentas ou indicadores capazes de identificar os *déficits* na comunicação entre a equipa, a pessoa e seus cuidadores/familiares e, assim, avaliar de forma sistemática e contínua a qualidade do cuidado (Silva & Jewur, n.d.).

No decorrer do estágio de natureza profissional foram várias as oportunidades em que presenciei o modo como a EIHS CP comunica com os diferentes serviços onde são requisitados pedido de colaboração. De facto, quando chegamos aos diversos serviços somos, por norma bem acolhidos, denota-se principalmente a satisfação pela equipa de enfermagem, já que esta que age em conformidade com os melhores interesses da pessoa doente. E nesta abordagem conseguimos compreender que nem todos os colegas e profissionais de saúde detêm a habilidade nem dispõem da mesma capacidade e abertura para ouvir e comunicar, percebendo-se uma certa relutância com a chegada da equipa.

A EIHS CP detentora de conhecimentos focados numa comunicação assertiva e efetiva procura alcançar os melhores resultados com o foco no alívio do sofrimento da pessoa e seus cuidadores/familiares.

A realidade é que os doentes não pertencem a equipa esta apenas vai em processo de consultadoria o que torna algumas situações mais complexas no sentido em que, ao transmitirmos quais as ações paliativas oportunas face a situação da pessoa muitas das vezes as mesmas não são validadas pelos colegas. Agora não posso deixar de refletir sobre a desproporcionalidade enfermeiro/doente, no qual os rácios, como por exemplo no serviço de medicina, não são os apropriados face as exigências do doente, sendo o tempo disponível para cada pessoa quase que contabilizado ao milésimo de segundo onde por vezes se torna uma utopia prestar cuidados humanizados, centrados na pessoa e seus cuidadores/familiares, acabando por se descuidar cuidados que os próprios enfermeiros não consideram prioritários, como por exemplo os cuidados a mucosa oral.

#### *2.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

O movimento da PBE inaugura-se na década de 1980, inicialmente na área médica com o pressuposto de melhorar a qualidade da assistência. Numa perspetiva histórica, Florence

Nightingale é uma das pioneiras no uso de evidência em enfermagem, ao empregar as suas avaliações com o intuito de influenciar positivamente os resultados (Myakava et al., 2021).

Enquanto profissão dirigida em dar uma resposta efetiva as necessidades humanas nos diferentes contextos de saúde, a Enfermagem aplica a PBE com o escopo de sustentar a sua prática clínica e prestar cuidados de alta qualidade (Lima et al., 2021).

A literatura comprova que PBE nos contextos da prática clínica, permite não só melhorar os *outcomes* em saúde, as experiências das pessoas como também diminuir os custos. Esta sensibilização dá-se pela exponencial conceção de estudos primários, ao *gap* entre o conhecimento e a sua incorporação na prática, a qualidade e segurança dos cuidados, e a pressão exercida pelas pessoas (Cardoso et al., 2021).

Portanto, verifica-se que PBE na prática clínica, é uma competência capital na prestação de cuidados em saúde de qualidade, exigindo aos enfermeiros conhecimentos, compreensão e habilidades na procura pelas melhores evidências (Myakava et al., 2021).

Todavia, a implementação da PBE ainda consta como um desafio, decorrente das barreiras existentes, particularmente pela: “falta de tempo; sobrecarga de trabalho; cultura organizacional; *déficit* de conhecimento sobre PBE; falta de acesso e conhecimento na utilização de bases de dados científicas; resistência dos líderes e clínicos; falta de mentores de PBE”. A existência destes obstáculos, contribuem para a diminuição de cuidados de saúde informados e partilhados repercutindo-se num impacto negativo nos resultados em saúde, nos custos e na experiência da pessoa cuidada (Cardoso et al., 2021, p.2).

Assim, ressalva-se que o enfermeiro deva, ao longo do seu percurso profissional, procurar desenvolver de forma contínua os seus conhecimentos e assertividade na predisposição de atualizar as suas competências com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados.

O termo autoconstrução do conhecimento ou autoaprendizagem percebe-se como um processo onde o profissional assume a responsabilidade de si próprio e pelo desenvolvimento das suas competências, tratando-se de uma abordagem de aprendizagem contínua, na qual o aprendiz se posiciona no centro do processo, gerindo ativamente as suas metas, prioridades e tempo. Este conceito envolve o autoaperfeiçoamento, pela procura constantemente de forma a aprimorar as suas habilidades e conhecimentos; autogestão das aprendizagens, onde o indivíduo é responsável por organizar e planear as suas atividades de estudo e desenvolvimento; priorização de objetivos e desenvolvimento de metas; e

autoavaliação, onde controla o progresso por meio de indicadores. Ademais, esta abordagem torna-se basilar para o desenvolvimento contínuo, principalmente em contextos onde a aprendizagem afirma-se como a chave para a adaptação e o crescimento (Ornellas & Monteiro, 2023).

À vista disso, esta procura pelo autoconhecimento e desenvolvimento das habilidades, pela formação acadêmica, viabiliza o fortalecimento interno do profissional contribuindo favoravelmente para lidar com situações frágeis e vulneráveis na sua prática clínica (Paixão et al., 2020).

Em virtude, no decorrer deste estágio de natureza profissional, foi indispensável a participação em formações, congressos e encontros científicos com aplicabilidade em CP, no sentido desenvolver as aprendizagens profissionais por meio da renovação de conhecimentos e solidificação dos adquiridos, com vista no aperfeiçoamento das competências e consequentemente a prestação de cuidados de alta qualidade. A respeito os comprovativos da participação nos eventos formativos encontram-se devidamente inclusos nos anexos (anexo I; II; III; IV; V) do presente documento. Não obstante, torna-se importante referir a participação como coautora numa publicação livre intitulada “finitude em cuidados paliativos perspectivas da tríade doente, cuidador/família e equipa de enfermagem”. O comprovativo, encontra-se disponível no anexo, (anexo VI).

Note-se que, não posso deixar de refletir acerca da participação nas formações, pois é através desta partilha de conhecimentos que nos - é permitido evoluir em consonância com as necessidades da contemporaneidade. Um dos congressos que me fascinou foi o 2º Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, onde foram abordados temas sensíveis. Nomeadamente o acompanhamento que é prestado em medicina fetal.

Perante o diagnóstico de malformação grave ou letal, dar a notícia a mãe é uma tarefa avassaladora, delicada e difícil, onde algumas gestantes parecem permanecer largos períodos em negação, daí que falar sobre CP perinatais durante o pré-natal urge, contudo ainda se verifica a relutância de muitos profissionais em lidar com CP nesta especialidade (Figueiredo & Souza, 2022).

Destaca-se assim a relevância de uma equipa especializada em Cuidados Paliativos Perinatais perante a necessidade de acompanhar gestantes diante de diagnósticos complexos, como malformações congênitas ou patologias incompatíveis com a vida. O profissional de saúde deve atentar para a realidade da condição que a gestante vivência perante o quadro de

malformação intrauterina, reconhecendo que o processo de luto se inicia muitas vezes no momento do diagnóstico. A capacidade de identificar e dar uma resposta efetiva perante o sofrimento da gestante e de sua família é crucial, e essas respostas devem ser integradas à perinatologia de forma sensível e personalizada. A premissa deve sustentar-se em priorizar o conforto, o alívio dos sintomas, comunicar a evolução, respeitar as crenças e religião da família. No decorrer de todo esse processo, o foco baseia-se em cuidar do bem-estar físico da gestante e do feto, mas também proporcionar um suporte emocional sólido que possibilite à família navegar pelo luto de uma forma saudável e participativa (Figueiredo & Souza, 2022).

Neste contexto, o acompanhamento da grávida deve ser global e integrado com o propósito de avaliar minuciosamente a doença compreendendo as características específicas da malformação ou patologia, incluindo riscos e prognóstico. Posteriormente, preconiza-se a elaboração de um plano avançado de cuidados personalizado considerando as necessidades clínicas e emocionais do núcleo duro dos cuidados respeitando as suas vontades, garantindo o envolvimento da família no processo de tomada de decisão seguindo os princípios da bioética e da dignidade da criança em todas as fases do processo. Essa abordagem procura não só minimizar o sofrimento físico decorrente do contexto, mas também oferecer suporte emocional e psicológico, tanto para a gestante quanto para a família, numa jornada de cuidado sensível e humanizado (Silva et al., 2023).

Relativamente ao congresso da APTferidas 2023, apesar de ser bastante enriquecedor na abordagem à pessoa com ferida, pouco se incidiu e refletiu na pessoa com ferida maligna, o que a meu ver deveria ser mais explorado num evento desta magnitude visto que 5-10% de pessoas com diagnóstico de neoplasia apresentam ferida tumoral maligna (Novais et al., 2022). O seu desenvolvimento resulta da “infiltração do tumor primário ou das metástases nas composições da pele causando danos no local da lesão por meio da combinação da perda da vascularização, crescimento proliferativo, necrose e ulceração, desenvolvendo-se predominantemente nos últimos seis meses de vida” (Beretta et al., 2020, p.3).

Na presença de uma lesão maligna, os sintomas experienciados como dor, odor, prurido, sangramento e exsudação, podem acometer e comprometer a QdV e o conforto da pessoa e sendo um fator potenciador de sofrimento nas diferentes dimensões do cuidar (Novais et al., 2022). A sua gestão perspectiva-se num desafio para todos os envolvidos na medida em que para a família, esta realidade é um processo árduo onde por vezes o sentimento de sobrecarga está presente (Beretta et al., 2020). Para a equipa de saúde, particularmente para

o enfermeiro, este mesmo deve atender as necessidades da pessoa na sua heterogeneidade pela procura de um tratamento com um olhar mais compassivo e resolutivo, transcendente as necessidades básicas (Lima et al., 2021; Novais et al., 2022).

A equipa de enfermagem torna-se num pilar fundamental na medida em que o seu cuidado embasado em conhecimentos, permite a elaboração autónoma e independente de um plano de cuidados personalizados tendo em consideração os fatores que potenciam sentimentos de angústia e sofrimento à pessoa (Lima et al., 2021).

Cada pessoa é um ser singular bem como a sua ferida, onde diante do cenário da impossibilidade de cura, o foco prende-se em aliviar os sintomas decorrentes do agravamento clínico com o intuito de prover uma melhoria da QdV e conforto (Novais et al., 2022).

Assim, perante a conjectura atual onde se percebe o incremento das doenças oncológicas, perspectiva-se que os enfermeiros desenvolvam as suas capacidades e habilidades no cuidado à pessoa com FM, providenciando uma resposta de qualidade.

Atente-se desse modo para a compreensão de que a formação continua é determinante para a Enfermagem e de acordo com Ornellas & Monteiro (2023), permite adquirir competências específicas em áreas específicas. Porém, existem, barreiras com impacto substancial na participação em programas formativos remetendo esses impedimentos para a falta de tempo, obrigações ocupacionais e/ou familiares, distância dos locais de estudo, além da falta de apoio tanto do local de trabalho quanto gestores.

### **3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em paliativa**

---

O colégio da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no que se refere as competências específicas em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa ressalva que os enfermeiros assumam o dever de “cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem - estar, conforto e qualidade de vida “ e, de igual forma, ter a aptidão para “estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação as sucessivas perdas, à morte e no acompanhamento do luto" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19365-19366).

O desenvolvimento das competências específicas alicerçou-se nos aspetos precípuos da especialidade, atente-se que, para tal foram definidos objetivos específicos com a pretensão de adquirir competências basilares para o exercício da profissão enquanto futura EE nesta área de atuação.

**OBJETIVO ESPECÍFICO: DESENVOLVER PRÁTICAS E COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM DE QUALIDADE E AVANÇADAS NA ÁREA MÉDICO CIRÚRGICA – “Reconhecer os efeitos do cuidar da pessoa em situação paliativa nos membros da equipa: As necessidades dos profissionais de saúde”.**

O enfermeiro é o profissional de saúde que despense de um maior tempo junto da pessoa doente e seus cuidadores/familiares sendo ele também um ser dotado de emoções. O contacto direto entre esta tríade promove um elo afetivo que desperta sentimentos que podem convergir no desgaste físico e emocional.

No quotidiano, cuidar de uma pessoa sem perspetiva curativa, onde se preconiza prestar cuidados qualidade embasados na maximização do conforto, dignidade e alívio do sofrimento, é uma situação potencialmente frágil e vulnerável para quem a vivência. Porém a sua discussão raramente é objetivada nos serviços, sendo até mesmo negligenciada o que pode comprometer de forma efetiva a qualidade da assistência de quem dela carece.

Os enfermeiros constituem uma força de trabalho basilar na prestação de cuidados. “A fragmentação na forma de organização do trabalho: de forma rígida, com demanda intensa, ritmo e fluxos encharcados e baixa autonomia; somadas às jornadas de trabalho exaustivas e mal remuneradas, cansam e adoecem gradualmente os trabalhadores, física e mentalmente” (Silva et al., 2021, p.2). Este adoecimento é incrementado pelos enfermeiros que lidam em contacto direto com a morte, frustração, sentimentos de invalidez, sobrecarga de trabalho (quantitativa e qualitativa), com diminuta alocação de recursos para potencializar o trabalho com satisfação (Silva et al., 2021).

Com efeito, estes acontecimentos acarretam sentimentos de desconforto, constrangimento, falta de espontaneidade e distanciamento, o que representa tabu de que, para ser passível prestar cuidados culturalmente adequados, as emoções não podem ser expressas de forma verbal e/ou não verbal (Beserra & Brito, 2024).

Atente-se para a carga emocional que os profissionais de saúde estão expostos perante situações como a terminalidade e a morte, pois a mesma deve ser reconhecida com estruturas e procedimentos eficientes capazes de abordar a compaixão, a fadiga dos desafios morais e éticos relacionados à prestação de cuidados (Cheluvappa & Selvendran, 2022).

A vulnerabilidade emocional dos que cuidam desponta-se pelo sentimento de impotência, frustração e culpa, respeitante a insipiência da finitude em que o profissional adquire um comportamento de distanciamento tendo como resultado direto, cuidados menos apropriados e mecanizados (Coutinho & Maia, 2020).

Perante situações onde não existe perspectiva de cura, a tríade profissional, pessoa doente e seus cuidadores/familiares vê-se envolvida numa imensidão de emoções, que se afiguram impetuosas com uma carga emocional significativa e um impacto negativo na saúde (Almeida et al., 2021).

Denote-se que, o processo de morte não deve ser interpretado como uma doença ou uma derrota, mas sim como parte natural da vida humana sendo esta uma realidade e um fenómeno inexorável (Coutinho & Maia, 2020).

A realidade é que no exercício das suas funções e perante o desenvolvimento tecnológico e científico, os profissionais tendem a considerar a morte da pessoa como se não tivessem perícia capital para salvar a vida da pessoa assim, como resultado, a preparação para trabalhar o processo de morte e morrer, foi quase que renegado das suas atividades daí que

o convívio com a dor e a perda motiva a vivência de vulnerabilidades, medos e incertezas (Monteiro et al., 2020).

A qualidade dos cuidados está concomitantemente interrelacionada com o envolvimento emocional e humano, e nesta conjetura é essencial considerar as necessidades dos profissionais tendo em consideração que o esgotamento e distress emancipam-se como obstáculos às boas práticas (Gomes et al., 2021).

A enfermagem apresenta-se como uma atividade profissional geradora de stress onde os enfermeiros se tornam seres vulneráveis potencializando desse modo o aparecimento de complicações tais como a Síndrome de *Burnout* doravante SB e a Fadiga por Compaixão que podem acometer não só a QdV como também a qualidade dos cuidados.

Afere-se como SB como “uma resposta prolongada a fatores de stress interpessoais crónicos no trabalho que se apresenta em três dimensões interdependentes: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal” (Perniciotti et al., 2020, p.36).

Ramos et al. (2021) esclarecem que perante a exaustão emocional surge sinais nomeadamente, a escassez de energia, falta de atenção, sensação de desalento, ansiedade, indiferença e frustração o que pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

Perante o agravamento da exaustão emocional, posturas pouco convencionais como a despersonalização pode acometer o profissional, sendo propício não só a manifestação de comportamentos de indiferença, insensibilidade e irritabilidade como também atitudes negativas e até agressivas, face a pessoa doente, equipa e trabalho (Perniciotti et al., 2020).

A redução da realização profissional, remete para sentimentos inadequados de incapacidade e a tendência da pessoa em se autoavaliar de forma negativa face as suas competências e trabalho desenvolvido o que pode potenciar absentismos (Ramos et al., 2021).

Um estudo realizado por Santos e seus colaboradores permitiu traçar o perfil dos profissionais mais suscetíveis a SB sendo eles “sexo feminino, com menor tempo de formação e menor tempo de atuação na unidade, duplo emprego vinculativo, altas jornadas de trabalho com baixo controle e apoio social” (Santos et al., 2022, p.6).

Na contemporaneidade o termo de fadiga por compaixão, emerge como um fenómeno concomitantemente interligado aos profissionais de saúde que executam as suas funções

com situações de maior fragilidade e que colocam em causa a continuidade da vida humana particularmente os CP (Rodrigues et al., 2021).

A fadiga por compaixão caracteriza-se como uma forma de esgotamento emocional resultante do estabelecimento de uma relação terapêutica geradora de vínculos de natureza pessoal e afetiva, onde há a exposição de forma constante e prolongada ao sofrimento da pessoa doente (Nascimento et al., 2024).

O cuidado empático pode incitar elevados níveis de fadiga por compaixão. Como resultado vicissitudes como baixa autoestima, medo e pessimismo impactam de forma significativa a QdV de quem a vivência e percebe (Rodrigues et al., 2021).

Assim, há que reconhecer que nem todos os profissionais detêm a habilidade de lidar com a finitude da vida humana dado que ao longo da sua formação académica os mesmos não são capacitados para temas culturalmente sensíveis e a sua *praxis* clínica assenta no modelo biomédico, onde se perspetiva a cura. Como consequência, este despreparo pode acometer não só a saúde dos profissionais pelos sentimentos de raiva, frustração, impotência e distanciamento, como também a qualidade dos cuidados.

Agora, convém refletir acerca não só do modo como os profissionais fazem frente as situações potencialmente angustiantes, geradoras de sofrimento como ainda de que forma os gestores dos serviços estão disponíveis a prestar assistência a quem cuida.

Compreende-se por stress com uma ligação prejudicial entre a pessoa e o ambiente em que este se envolve. Os mecanismos de coping referem-se às atitudes que visam modificar as circunstâncias por forma a converter e concretiza-la de forma auspiciosa (Martins, 2024).

A literatura remete para a necessidade de intervenções orientadas para a redução dos níveis de stress físico, psicológico e emocional uma vez que o *distress* não decorre apenas de um fator, mas sim síncrono na dimensão individual (sujeito), organizacional (ambiente) e combinada (sujeito/ambiente) (Barros et al., 2022; Perniciotti et al., 2020).

Ao nível individual, as estratégias de *coping* demandam um discernimento individual, e devem estar focadas no aperfeiçoamento das habilidades comportamentais e cognitivas de coping orientadas para a meditação e atividade física bem como práticas de autocuidado (Perniciotti et al., 2020).

Depreende-se autocuidado como a “capacidade das pessoas, famílias e comunidade na promoção e manutenção da saúde, prevenção de doenças e habilidades de lidar com as incapacidades e limitações, com ou sem apoio de um profissional de saúde” (Ferreira et al., 2024).

No que tange a intervenções organizacionais, estas estão maioritariamente dependentes da instituição. Para tal ser um processo de renovação, os profissionais devem ser capacitados e alterações físico-ambientais devem ser implementadas com o intuito de prover ambientes saudáveis com melhores condições (Perniciotti et al., 2020).

A espiritualidade manifesta-se como uma estratégia de superação face ao processo de morte e morrer, onde o profissional procura fortalecer a sua capacidade emocional, viabilizando a procura para o sentido da vida promovendo o alívio do sofrimento interno (Mariano et al., n.d.).

Os profissionais indagam ainda por métodos assentes no *coping* existencial, alicerçado na “redefinição e atualização dos significados de vida e de morte e estratégias de *coping* emocionais, tanto a nível pessoal, através da aceitação das próprias emoções, como a nível profissional, procurando significado no trabalho, na distinção entre trabalho e vida pessoal e no ajustamento de expectativas” (Paixão et al., 2020, p.54).

A comunicação assertiva e a escuta ativa apresentam-se como estratégias para enfrentar a finitude da vida humana dado que a partilha de emoções e o toque terapêutico promovem um elo de ligação entre a tríade proporcionando o desafogo das vicissitudes (Coutinho & Maia, 2020).

Concretiza-se, portanto que a qualificação profissional é um fator crucial pois “além de conhecimento técnico e científico, requer humanização, autocontrolo e comprometimento” para que se torne passível prestar cuidados de excelência com destaque na promoção do conforto e QdV (Mariano et al., n.d., p.503).

No sentido de colmatar esta lacuna, denota-se a seriedade dos profissionais e as instituições de saúde estimularem o desenvolvimento de estratégias promotoras de bem-estar direcionadas a cuidar da saúde mental de modo a minimizar os riscos inerentes a SB e fadiga da compaixão (Alves & Oliveira, 2022).

Ademais, expõem – se a relevância para a presença do diálogo na equipa por forma a criar um clima fraterno com reflexões partilhadas, inclusive críticas construtivas, no sentido de desenvolver competências por parte de todos os intervenientes. Estes momentos comprovam ser enriquecedores viabilizando benefícios a curto e longo prazo que se espelham na qualidade dos cuidados (Paixão et al., 2020; Porto et al., 2014).

Por fim, como estratégia sugere-se o suporte social de forma a fortalecer as relações entre a equipa interdisciplinar favorecendo a interajuda (Silva et al., 2021).

Enquanto enfermeira de cuidados gerais, a prestar cuidados no serviço de pneumologia num hospital central da zona norte do país, diariamente convivo, não só com situações de doenças ameaçadoras de vida como neoplasia pulmão, fibrose, DPOC e Esclerose lateral amiotrófica (ELA), como também com circunstâncias potencialmente frágeis como a Dor. Estas doenças não só do foro oncológico, mas também do foro não oncológico são propícias a reinternamentos, daí que ao longo da trajetória da doença é inegável que um vínculo se se crie e se fortaleça. No fundo somos aqueles que logo se apercebem da crescente dependência de cuidados e vivenciámos as sucessivas perdas que a doença se incumbe. Denota-se a tristeza e mágoa no olhar da pessoa doente quando ao desbloquearem a tela do telemóvel veem-se como eram e, *sic*: “vê enfermeira, este (a) sou eu, antes da doença, agora já nem me reconheço ao espelho”; “olhe, olhe para isto, é só peles”. Verdade, não o posso negar, que perante este discurso ou quando uma pessoa dá entrada no serviço com atitudes direcionadas para o conforto, e a sua família que já conhece a equipa, se encontra devastada pela morte iminente do seu familiar, e em procura de algum consolo me abraça, sinto mais necessidade de gerir emoções, não porque entenda que não as deva demonstrar, mas porque são factos que me consciencializam sobre a vulnerabilidade e fragilidade do ser humano.

**OBJETIVO ESPECÍFICO: DESENVOLVER PRÁTICAS E COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM DE QUALIDADE E AVANÇADAS NA ÁREA MÉDICO CIRÚRGICA – “A Conferência Familiar como suporte na promoção de intervenções baseadas na evidência respeitando da unidade de cuidados”.**

A implementação de CP torna-se mais complexa perante expectativas irrealistas, dinâmicas familiares difíceis, desconfiança no sistema de saúde, influências culturais e religiosas, planeamento inadequado dos cuidados, mitos e medos em torno do uso de opioides, falta de capacitação dos profissionais e dificuldades nos processos comunicacionais (Girão, 2022).

Os profissionais de saúde por várias ocasiões reúnem-se, de forma *ad hoc*, com os cuidadores/familiares com o intuito de prestar informações, responder a perguntas, esclarecer objetivos de cuidados, obter preferências de tratamento ou consentimento e prestar orientações para intervenções dos cuidadores. Contudo este padrão de intervenção, que ocorre de acordo com a conveniência do médico, pode não ser o mais apropriado face ao contexto na medida em que, pode não ser eficaz na forma como aborda questões altamente complexas e sensíveis, como transmitir más notícias ou a mudança estratégica dos cuidados (Glajchen et al., 2022).

Perante a morte e o morrer, a pessoa debate-se com situações potencialmente desgastantes, causadoras de sofrimento emocional que se manifestam quer pelo medo do desconhecido diante a terminalidade, como também de sofrer intensamente e estar sozinho no momento da morte e ainda pela preocupação dos com os que ficam. Verifica-se ainda que reflexões sobre a própria vida também surgem com alguma frequência, podendo gerar angústia, especialmente se houver assuntos não resolvidos ou conflitos pendentes. Assim, torna-se pertinente que haja uma comunicação interpessoal adequada, pois é através desta que muitas vezes é possível identificar informações relevantes para a prática clínica e, assim, reduzir os níveis de ansiedade e o sofrimento de quem está a viver o processo interno de finitude (Martins et al., 2012).

A família desempenha um papel essencial no suporte à pessoa com doença grave e ou incurável em fase avançada, progressiva e ou terminal com necessidade de cuidados personalizados. O sofrimento e a vulnerabilidade decorrente da trajetória da doença afeta não só o indivíduo, como também a de todos que lhes são próximos e emocionalmente conectados (Neto, 2003).

O que a literatura elucida é que os cuidadores/familiares também enfrentam sofrimento devido à carga de cuidar e ao impacto da proximidade da morte ou sofrimento físico do seu familiar. Explana-se que o cuidador principal, assim como outros familiares atravessam por vicissitudes de ordem física e emocional significativas, como ansiedade e distúrbios do sono, o que pode incrementar os riscos de morbilidade e mortalidade. A angústia decorrente pode ser minimizada pela utilização de uma comunicação eficaz (Dev et al., 2013; Rhondali et al., 2014).

Tendo em consideração o modelo do cuidar em CP percebe-se que os cuidadores/familiares se tornam um alvo da atenção primária da equipa, o que significa que

o suporte deve ser direcionado a ambos de forma integrada e sistematizada por forma a assegurar a excelência do cuidado. O sucesso dos cuidados promovidos está concomitantemente correlacionado com o nível de apoio que a equipa proporciona a unidade de cuidados (Silva et al., 2018).

Para Neto (2003), as principais necessidades dos cuidadores/familiares baseiam-se “informação honesta, realista e adaptada sobre a doença e as terapêuticas, e sobre recurso de apoio; Disponibilidade e apoio emocional por parte da equipa; participar nos cuidados, com possibilidade de estar com o doente, em ambiente de intimidade e privacidade; expressar sentimentos, reparar relações; e certificar-se que são prestados todos os cuidados devidos” (Neto, 2003, p. 69). Após reconhecer as necessidades dos cuidadores/familiares prevê-se que a equipa elabore um plano avançado de cuidados capaz de dar uma resposta célere. Consta ainda, a preparação para o luto e a prevenção do luto patológico (Neto & Trindade, 2007).

A comunicação perspetiva-se como um aspeto crucial em CP, tornando-se essencial articular uma comunicação assertiva entre os envolvidos. Com isso, espera-se reduzir conflitos, evitar mal-entendidos e resolver problemas identificados, com o objetivo de oferecer uma melhor QdV ao binómio pessoa doente e cuidadores/familiares. Em CP, a comunicação pode ser otimizada pela aplicabilidade de uma ferramenta diferenciadora (Silva et al., 2018).

Atente-se deste modo para a pertinência da Conferência Familiar, futuramente (CF), como instrumento valioso de apoio e intervenção familiar e para a forma como são empregues com o pressuposto de facilitar a comunicação entre os profissionais e o núcleo duro dos cuidados, discutir sintomas, objetivos de cuidados e tratamentos, envolver a unidade de cuidados na tomada de decisões difíceis como nutrição e hidratação ou ainda ordem de não reanimar, e fomentar uma assistência compartilhada (Cahill et al., 2017).

A CF trata-se desse modo de uma intervenção terapêutica planeada e estruturada com atenção em viabilizar a comunicação assertiva e eficaz entre a tríade profissional, pessoa doente e seus cuidadores/familiares com a atenção de aliviar o sofrimento decorrente da progressão da doença à unidade de cuidados (Girão, 2022).

Este instrumento terapêutico, é previamente delineado e preparado meticulosamente pelos profissionais de saúde, agendado conforme a disponibilidade dos intervenientes, tendo especificidades para ser realizado onde se destaca, o “agravamento do quadro clínico, a proximidade da morte/entrada na agonia, famílias muito demandantes e/ou agressivas,

famílias /doentes com necessidades especiais, existência de conflitos intrafamiliares, e existência de conflitos entre a família e a equipa” (Neto, 2003, p. 72).

Rhondali et al. (2014), identifica três principais justificativas para conduzir uma CF sendo a doença que acomete a pessoa, no caso de serem solicitadas pelos cuidadores/familiares ou ainda quando se pondera a sedação paliativa.

Assim, os profissionais devem deter habilidades para conduzir as reuniões familiares que para Neto & Trindade (2007), assentam na interpretação de novos sintomas, explorar opções de tratamento, gerir a esperança e as expectativas, detetar necessidades não satisfeitas, reconhecer o trabalho e os esforços dos cuidadores/familiares, promover a expressão de sentimentos, medos e angústias, validar e antecipar as reações emocionais e aceitar que o plano de cuidados pode ser rejeitado pelo binómio e pode ser necessário a elaboração de um novo.

A literatura reporta-nos então para as inúmeras vantagens da aplicação desta intervenção terapêutica que se pode analisar em três perspetivas, a equipa transdisciplinar, pessoa doente e cuidadores/familiares.

No que concerne a equipa, os benefícios manifestam-se pela redução de internamentos hospitalares em fim de vida, a futilidade terapêutica e ao nível de gestão, a redução dos gastos em saúde. Não obstante, esta ferramenta permite preparar a alta hospitalar na qual se torna basilar assegurar certas condições para o seu sucesso onde se destaca o controlo sintomático, plano de cuidados realista assentes na trajetória da doença, capacitação dos cuidadores/familiares; escolha do local seguro para a continuidade de cuidados; educação da família para as necessidades reais da pessoa e do cuidador principal (Glajchen et al., 2022; Powazki & Walsh, 2014).

Retrata ainda para a promoção de maiores níveis de confiança na equipa pela utilização de uma comunicação eficaz que incrementa a relação terapêutica estabelecida e consequentemente possibilita conhecer as dinâmicas familiares tornando - a mais recetiva reduzindo o *distress*. Promove também a diminuição de possíveis erros iatrogénicos e o *Burnout* (Feiteira, 2017; Powazki, 2011; Silva et al., 2018).

No que diz respeito aos benefícios da aplicabilidade da CFs à pessoa doente, estas denotam-se como ferramentas básicas de comunicação impedindo a fragmentação da informação em ambientes clínicos dinâmicos e atarefados proporcionando suporte face a gestão de

sentimentos como a frustração, decorrentes de comunicações anteriormente ineficazes minimizando desse modo a distorção de informações e ainda promove a aceitação e a compreensão da situação experimentada. Respalda-se ainda para a melhoria dos cuidados prestados pela promoção da escuta ativa que potencia a elaboração e implementação de um plano avançado de cuidados personalizado que não é estanque, ou seja, pode ser modificado consoante as necessidades e vontades da pessoa em qualquer fase do processo (Powazki & Walsh, 2014; Silva et al., 2018).

Remete-se de igual forma para a otimização da adesão ao regime terapêutico e controlo de sintomas (Feiteira, 2017).

No que se refere as oportunidades para a família, a CF é entendida como estratégia terapêutica que se identifica como um instrumento de “intervenção estruturada na família, para ser aplicada na tentativa de resolução de situações mais complexas” (Santos et al., 2018, p. 79).

Silva et al. (2018) aludem para a capacidade da ferramenta em identificar as necessidades, averiguar a história clínica e de ser empático relativamente as vontades da pessoa.

Para Powazki & Walsh (2014), remetem para as inúmeras vantagens da aplicação da CF na promoção do cuidado humanizado. Os autores elucidam que a CF é uma oportunidade única para família e a equipa compartilharem os seus conhecimentos e preocupações acerca dos aspetos físicos e psicossociais do cuidado. Permite ainda estabelecer uma relação terapêutica, educação e apoio a pessoa e cuidador principal promovendo a sua autoeficácia e transmitindo uma esperança realista. Ademais viabiliza uma transição mais suave da pessoa para os CP e conseqüentemente reforça a satisfação dos envolvidos estimulando dessa forma a compreensão e aceitação do diagnóstico, prognóstico e o plano de cuidados.

Segundo (Feiteira, 2017) esta prática tende a conferir uma resposta favorável ao suprimir as necessidades identificadas, prevenir a exaustão do cuidador e a apoiar no processo de luto.

O propósito centra-se e proporcionar confiança e tranquilidade aos cuidadores/familiares pela: “discussão calma e compreensão da doença e do tratamento; oferecer segurança de que os objetivos do paciente serão equilibrados pelo impacto sobre os cuidadores/familiares; oferecer a oportunidade de se conectar e sustentar uns aos outros; compartilhar esperança e empatia mútua; e manter a autoeficácia para gerir as suas necessidades (Powazki, 2011, p. 407).

A satisfação dos intervenientes incrementa quando existe um planeamento antecipado da CF com identificação de objetivos claros para a sua concretização (Feiteira, 2017).

Portanto, a reunião familiar, como aspeto basilar na CF, distingue-se como uma estratégia que providencia a pessoa e seus cuidadores/familiares compartilhar ideias e esclarecer e confirmar informações por um processo interativo de comunicação (Silva et al., 2018).

À vista disso, o que se infere é que a CF, por meio da escuta ativa oportuniza não só a clarificação das incertezas, como também a expressão de sentimentos e emoções com o pressuposto de minimizar as angústias decorrentes das sucessivas perdas. A elaboração e implementação de um plano avançado de cuidados tendo em apreço as vontades da pessoa, na procura do conforto e dignidade é o caminho essencial para melhoria dos cuidados e a satisfação dos intervenientes. Esta intervenção terapêutica fomenta o respeito pela autonomia viabilizando a tomada de decisão alinhando-se, portanto, com os princípios da filosofia dos CP (Santos et al., 2018).

A comunicação clara e sincera deve permear a elaboração do plano avançado de cuidados, na qual se preconiza a participação ativa da pessoa e seus cuidadores/familiares, incutindo a esperança, transmitindo que apesar de a cura não ser possível o alívio da dor total é sempre cuidável (Silva et al., 2018).

Segundo a literatura, apesar das CFs se apresentarem como as melhores práticas capazes de assegurar um cuidado de alta qualidade e excelência, perspetivam-se barreiras à sua implementação que podem ser categorizadas em três dimensões, sendo elas físicas, humanas e organizacionais.

Em referência às barreiras humanas constata-se a carência de profissionais, a existência de profissionais desprovidos de competências comunicacionais, principalmente a falta de confiança na transmissão de más notícias e na forma como gerem as expectativas de modo a manter a esperança, dificuldades em iniciar um plano de cuidados e a ausência da pessoa doente dado a sua fragilidade (Glajchen et al., 2022; Silva et al., 2018).

Com relação às barreiras físicas denotam-se as infraestruturas inadequadas, visto que a equipa procura um ambiente calmo e seguro principalmente quando se prevê transmitir más notícias (Powazki, 2011).

No que tange aos obstáculos organizacionais destaca-se a falta de tempo quer da equipa assistencial quer dos próprios cuidadores/familiares em agendar a conferência. Destaca-se os custos associados pela exigência de tempo e preparação onde não se verifica qualquer renumeração o que concomitantemente ocasiona que a equipa assistencial minimize esta intervenção por não a considerarem produtiva. A identificação de quem deve agendar a CF e ainda quais os profissionais a estarem presentes perspetivam-se como um entrave à sua aplicabilidade (Glajchen et al., 2022; Powazki, 2011).

Relativamente à participação dos enfermeiros, a premissa realça que ao longo de sucessivas interações com os cuidadores/familiares estabelecem vínculos que se manifestam basilares por forma a ajudar na compreensão de informações médicas complexas. Além disso, os enfermeiros possuem um vasto conhecimento não só dos recursos disponíveis na comunidade como também das necessidades de cuidados contínuos, o que enriquece o atendimento e os cuidados (Glajchen et al., 2022).

No contexto de negociações, o enfermeiro desempenha um papel preponderante como intermediário entre a equipa de CP e a unidade de cuidados adquirindo uma posição privilegiada na prestação de cuidados. O enfermeiro tem a habilidade de facilitar o processo de comunicação entre a pessoa doente, seus cuidadores familiares e a equipa assistencial provendo uma maior fluidez na troca de informações favorecendo a tomada de decisões durante a realização da CF (Santos et al., 2018).

As competências da equipa de enfermagem preveem-se direcionadas para a avaliação e controlo dos sintomas o que propicia a definição de prioridades para cada pessoa bem com a supressão das suas necessidades, o enfermeiro adquire à vista disso, visibilidade como parte integrante da equipa (Gomes et al., 2021).

Portanto, face ao que foi descrito, é necessário reconhecer que a família faz parte integrante do plano de cuidados sendo um alicerce na vida da pessoa doente e que são um elemento relevante para o cuidado de excelência.

Perante tudo isto, percebe-se facilmente a importância de uma comunicação eficaz em CP onde a sua otimização pode ser realizada pela utilização da CF. Estas reuniões vitais demonstram-se como uma oportunidade no planeamento de cuidados holísticos e humanizados centrados na pessoa doente e seus cuidadores/familiares procuram propiciar uma melhor QdV nas diferentes dimensões do cuidar em contextos onde sofrimento e vulnerabilidade perante uma doença grave e ou incurável em fase avançada progressiva e ou

terminal são uma realidade. Esta nova realidade incute sentimentos de angústia, ansiedade e desespero onde o profissional deve fazer uso das suas habilidades comunicacionais não só por forma a garantir um tratamento digno protegendo a unidade de cuidados tendo em consideração os princípios da bioética e a filosofia assente na prática dos CP, como também prover a manutenção da esperança realista.

Atente-se assim para a dimensão do conceito esperança em CP que se destaca por ser “um processo dinâmico, orientado para o futuro, mas atendendo ao passado e vivida no presente, implicando o estabelecimento e alcance de objetivos que, para a pessoa, sejam significativos” (Querido, 2018).

A esperança é uma fonte de constante energia que fomenta a que a pessoa adquira forças (Silva et al., 2024).

Uma das funções do Enfermeiro é assistir o binómio a encontrarem significado em momentos de sofrimento e a manterem uma perspetiva esperançosa. Essa forma de intervir é primordial dado que a esperança tem um impacto positivo na saúde mental dos demais, o que contribui significativamente para o aumento do conforto e da QdV, reduzindo os riscos de depressão e suicídio associados. Não obstante, a esperança pode diminuir a predisposição à dependência e ajudar a prevenir a exaustão dos cuidadores/familiares (Querido, 2018).

A despeito, cabe ao profissional inspirar a esperança garantindo que não haverá abandono e que os cuidados serão ajustados as necessidades decorrentes com propósito de maximizar o conforto (Powazki, 2011).

Para se tornar passível adquirir competências neste domínio opto por realizar uma formação em serviço intitulada de “Conferências Familiares: Dificuldades e Oportunidades”.

Esta formação foi realizada no Serviço de CP onde o estágio de natureza profissional decorreu. O certificado comprovativo encontra-se incluso nos anexos, (anexos VII e VIII), do presente documento bem como os PowerPoint da formação ministrada.

No decorrer deste estágio de natureza profissional várias oportunidades surgiram na procura de respostas para as minhas inquietações relativas a dinâmica das CFs. Assim, assisti de forma assertiva sempre que foi propício. A realidade é que uma gestão por parte da equipa teve de ser realizada para se tornar passível a aprendizagem sem comprometer os tramites da CF pela presença em demasia de profissionais. Querendo com isto dizer que por vezes pelo facto

de a equipa ser pequena em número, a quantidade de profissionais em processo de desenvolvimento das suas competências, era elevado e para dar oportunidade a todos de forma equitativa nem sempre foi possível assistir a todas as CFs que decorreram.

Participar nas CFs viabilizou a aquisição de habilidades comunicacionais fundamentais para a prática clínica. Perceciona-se deste modo a pertinência da formação avançada do EE que detém aptidão para adequar de forma assertiva as estratégias de comunicação com os envolvidos dinamizando a força de trabalho em equipa promovendo e incrementando a tomada de decisão partilhada (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Permitiu ainda reconhecer a importância da presença da equipa assistencial e a forma como a sua colaboração ativa propicia a satisfação dos intervenientes. Em várias ocasiões, durante a partilha de ideias e sugestões, o plano de cuidados que havia sido preconizado sofreu alterações que se denotaram benéficas e os resultados que daí advieram foram positivos. Nas reuniões foi de notar a falta de presença do enfermeiro de cuidados gerais atribuído a pessoa doente no serviço onde estava internada. Esta ausência deve-se em grande parte à falta de tempo, onde o profissional no decorrer da sua jornada de trabalho não tem a disponibilidade para dar o seu contributo na CF. O que se traduz por uma perda pois o enfermeiro é aquele profissional que mais tempo passa junto da pessoa e dos seus cuidadores/familiares, ele conhece as suas particularidades, os seus gostos, as suas vontades onde em muitos casos o enfermeiro é um confidente. A pessoa no limite da sua vida acaba por contar histórias da sua história. O que viveu, o contemplou, o que fez, o que ficou por fazer, o que disse, o queira ter dito, mas nunca teve coragem. Neste auge o enfermeiro procura contribuir de forma significativa escutando de forma ativa o que a pessoa lhe transmite, validando a informação sem conceber juízos de valor, compreendendo a pessoa no seu íntimo. Não somos todos iguais não temos a mesma história de vida, e uma mesma situação não é percebida de igual forma. Há então que preservar a essência da pessoa, o seu tempo e o tempo daqueles a quem chama de família, contribuindo para que viva na plenitude até ao seu último suspiro. Esta forma de estar do profissional promove uma *compliance* capaz de obter a satisfação de todos os intervenientes no processo de cuidar mesmo que o *outcomes* é a morte.

#### 4. Considerações finais

---

A concretização do presente relatório de estágio de natureza profissional, viabilizou analisar de forma crítico reflexiva esta jornada de aprendizagem que fomentou a aquisição e o desenvolvimento das três esferas da competência em Enfermagem. Para a sua conceção, o mesmo foi regido e sustentado pelas competências comuns e específicas do EEEMC onde foram privilegiados os cuidados de enfermagem humanizados atentos às necessidades da pessoa doente e seus cuidadores/familiares perante os contextos de sofrimento e vulnerabilidade decorrentes de uma doença limitadora e ameaçadora da vida humana, assentes no melhor estado da arte. O mesmo espelha deste modo, as atividades desenvolvidas e vivenciadas com o intento de alcançar os objetivos projetados no início do estágio.

Ao longo do exercício profissional deparamo-nos com situações cada vez mais herméticas onde são exigidos maiores níveis de conhecimento, atitudes e habilidades que só podem ser adquiridos se o profissional adquirir uma postura assertiva e dinamizadora na procura das melhores evidências de forma a colmatar as exigências do seu quotidiano.

Foram evidentes as dificuldades percecionadas neste trajeto onde se destaca a gestão eficaz do tempo, por forma a ser passível conciliar assertivamente a vida pessoal com a académica e profissional e o desenvolvimento de habilidades emocionais.

O desenvolvimento de habilidades emocionais demonstrou ser o maior desafio pelo contacto direto com pessoas doentes da minha faixa etária. Como descrito anteriormente, é um obstáculo constante não me projetar na situação complexa que gerimos principalmente quando existem filhos menores. Esta proximidade com a realidade da pessoa e da sua família acarreta uma vivência contígua do seu sofrimento e vulnerabilidade daí que o aperfeiçoamento destas habilidades se torna basilar para que seja possível prestar cuidados personalizados sem colocar em questão a nossa própria saúde. Portanto, é significativo o profissional não só otimizar as estratégias de *coping* eficazes para o seu autocontrolo como também aprimorar as suas aprendizagens profissionais sendo a educação o meio favorável para esse acontecimento.

A despeito, o atual relatório esteve muito centrado no profissional de saúde e da forma como ele enfrenta as adversidades perante a PSP sem que o sofrimento do outro o afete cuidando da sua saúde para cuidar do outro proporcionando cuidados de alta qualidade.

No que tangue ao desenvolvimento das habilidades comunicacionais, com a EIHS CP a comunicação sempre se concretizou bastante fluida e assertiva, onde não senti dificuldades em expressar a minha opinião, dúvidas, angústias e o que perante a evidência seria o melhor plano de cuidados para a pessoa doente e a sua família. A relação que se criou com a equipa foi promotora de conhecimentos basilares para atuar em consonância com as melhores práticas da contemporaneidade. No que diz respeito a comunicação com a equipa assistencial, denota-se a existência de serviços mais recetivos à chegada da EIHS CP onde a implementação de ações paliativas objetiva-se de maneira mais espontânea com a pretensão de garantir a segurança, conforto e QdV à unidade de cuidados.

Concomitantemente no que se afere a comunicação com o binómio profissional e cuidadores/familiares, destaca-se a necessidade de adaptar e ajustar a linguagem à sua essência. Esta abordagem, justifica-se pela forma que cada elemento constitutivo da família compreende a informação transmitida dado que nem todas as famílias, mesmo no seu seio, detém a mesma capacidade cognitiva para assimilar a situação em que se encontra. Perante esta perceção, o profissional deve adquirir uma postura flexível, mas assertiva reconhecendo a necessidade de compreender as suas dinâmicas de modo a que haja abertura para conceber e concretizar um plano avançado de cuidados que seja aceite em concordância onde nada deve ser imposto apenas esclarecido potenciando a tomada de decisão em saúde de acordo com os princípios da bioética e da filosofia dos CP.

Após a concretização de estágio de natureza profissional, respaldasse efetivamente que os conhecimentos obtidos são implementados na minha prática clínica enaltecendo o poder da comunicação clara e honesta para se tornar plausível estabelecer uma relação terapêutica assente na bondade capaz de suprimir as necessidades e complexidades que surgem no decorrer da trajetória. Este modo de atuar incrementa a confiança da pessoa e seus cuidadores/familiares transmitindo segurança e até reduzir os níveis de ansiedade potenciando a adesão ao regime terapêutico.

Posto isto, e perante todas adversidades que foram surgindo até ao presente momento, e por tudo o que ficou perdido, mas também tudo que foi conquistado todos os esforços foram dirigidos de forma a colmatar assertivamente esses obstáculos, emergindo agora uma sensação de dever cumprido pela sua concretização considerando que todos os objetivos propostos foram alcançados de forma célere.

## **PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO**

---

### **BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DE UMA NOVA FERRAMENTA DE TRIAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: SCOPING REVIEW**



## 1. Resumo

---

**Enquadramento:** A contemporaneidade remetemo-nos para os avanços tecnológicos na área da saúde e a concomitante diminuição das taxas de mortalidade. Atente-se, desse modo para o panorama de adoecimento crónico onde se respalda a fragilidade e vulnerabilidade ao nível dos cuidados de saúde primários, o que se reflete no incremento na procura do SU com o intento de satisfazer as necessidades nas diferentes dimensões do cuidar (Medeiros et al., 2021; Bourmorck et al., 2023).

Perante a evidência denota-se a necessidade de identificar precocemente pessoas com necessidades paliativas e implementar de igual modo ações promotoras de cuidados humanizados e personalizados que promovam o alívio do sofrimento, o conforto e a QdV à pessoa doente e seus cuidadores/familiares protegendo-os da obstinação terapêutica.

A implementação de uma ferramenta de triagem no SU capaz de dar uma resposta a exigência do cuidado na atualidade, constata-se como um ponto de viragem basilar na abordagem à pessoa com doença ameaçadora e limitante da vida humana.

**Objetivo:** Mapear a evidência científica acerca das barreiras na prática clínica para a implementação de uma ferramenta de triagem no SU Hospitalar (SU) que possibilite a deteção precoce de pessoas adultas com necessidades significativas de CP.

**Material e Métodos:** Foi realizada uma revisão da literatura de acordo com o método *Joanna Briggs Institute (JBI)* considerando os critérios de inclusão pela PCC (População: pessoas adultas com necessidades significativas de cuidados paliativos; Conceito: ferramenta de triagem; Contexto: SU hospitalar).

A pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2024 nas bases de dados eletrónicas *MEDLINE* (via *Pubmed*) e *CINAHL Complete* (via *EBSCOhost*), por forma a ser passível localizar as palavras mais utilizadas nos títulos e *abstracts* dos estudos. Nas plataformas foram utilizados como descritores, os termos do *Medical Subject Headings (MeSH)*: (“*Palliative care*” OR “*Palliative medicine*” OR “*End of Life*” OR “*Terminal care*”) AND (“*Triage Tool*” OR “*Screening tool*” OR “*Novel triage tool*” OR “*Decision support tool*”) AND (“*Emergency department*” OR “*Emergency Room*” OR “*Emergency Medicine*”).

A seleção dos artigos é realizada através da seleção eletiva dos títulos e resumos, onde seguidamente será realizada a leitura dos textos de forma integral e os dados serão reunidos em temas de acordo com os seus conteúdos.

**Potenciais implicações para a prática:** Identificar as barreiras existentes na implementação de uma nova ferramenta de triagem no SU na deteção precoce de pessoas adultas com necessidades significativas de cuidados paliativos viabilizará uma melhor compreensão e perceção das mesmas. À vista disso, espera-se definir estratégias e intervenções promotoras de mudança da conjuntura da contemporaneidade.

**Resultados:** Foram considerados 12 estudos elegíveis para análise, uma vez que dão uma resposta efetiva à questão norteadora desta *scoping review*. Foi possível apurar a existência de barreiras e fatores facilitadores que podem influenciar significativamente a adesão a uma nova ferramenta de triagem no SU capaz de detetar precocemente pessoas com necessidades paliativa e inerentemente agilizar um plano avançado de cuidados tendo em apreço as considerações da pessoa doente e seus cuidadores/familiares. As barreiras mais prevalentes descritas na literatura, podem ser agrupadas em quatro dimensões: Equipa; pessoa doente; cuidadores/familiares; e operacionalização. No que tange aos fatores facilitadores promotores de mudança do paradigma os autores mencionam a ferramenta de triagem deva ser breve, rápida, com algoritmos simples e de fácil implementação num ambiente caótico e lotado como o SU mantendo, porém, o seu conteúdo válido quer para doenças do foro oncológico quer não oncológico. Ademais preconiza-se que não exija recursos adicionais. Como estratégia, destaca-se a formação das equipas de emergência com conhecimentos acerca de CP.

**Conclusão:** Apesar dos benefícios que o melhor estado da arte nos infere, o forte paternalismo e conjuntura do modelo biomédico ainda constituem um entrave a implementação de uma nova ferramenta de triagem de suporte à tomada de decisão clínica que diagnostique de forma equitativa pessoas com necessidades significativas de ações paliativas. Assim, a realidade, é que muitas das pessoas que beneficiariam de CP nunca são identificadas por falta de instrumentos de apoio validados.

**Palavras – chave:** cuidados paliativos; ferramenta de triagem em fim de vida; Serviço de Urgência Hospitalar

## 2. Abstract

---

**Framework:** In contemporary times, we witness technological advances in healthcare alongside a concurrent decrease in mortality rates. This context highlights a landscape of chronic illness marked by fragility and vulnerability within primary healthcare, reflected in the increased demand for emergency departments (ED) as people seek to address needs across different dimensions of care (Medeiros et al., 2021; Bourmorck et al., 2023).

Given this evidence, there is a clear need to identify individuals with palliative care needs early on and implement actions that promote humanized and personalized care, aiming to relieve suffering, provide comfort, and enhance the quality of life for patients and their caregivers/families, shielding them from therapeutic obstinacy.

Implementing a triage tool in the ED that can meet contemporary care demands is seen as a fundamental turning point in approaching patients with life-threatening and limiting conditions.

**Objective:** To map scientific evidence on barriers in clinical practice for implementing a triage tool in the hospital emergency department (ED) that enables the early detection of adults with significant palliative care needs.

**Materials and Methods:** A literature review was conducted following the Joanna Briggs Institute (JBI) method, considering the inclusion criteria based on PCC (Population: adults with significant palliative care needs; Concept: triage tool; Context: hospital ED). The search was conducted in September 2024 using the electronic databases MEDLINE (via PubMed) and CINAHL Complete (via EBSCOhost), to identify the most commonly used words in titles and abstracts. The search descriptors included Medical Subject Headings (MeSH) terms: (“Palliative care” OR “Palliative medicine” OR “End of Life” OR “Terminal care”) AND (“Triage Tool” OR “Screening tool” OR “Novel triage tool” OR “Decision support tool”) AND (“Emergency department” OR “Emergency Room” OR “Emergency Medicine”).

Articles were selected through a focused review of titles and abstracts, followed by a full-text reading, and data were gathered by theme according to content.

**Potential Implications for Practice:** Identifying existing barriers to implementing a new ED triage tool for the early detection of adults with significant palliative care needs will enable a

better understanding and awareness of these barriers. This process aims to define strategies and interventions that promote change in contemporary practices.

**Results:** A total of 12 studies were deemed eligible for analysis as they effectively addressed the guiding question of this scoping review. The analysis identified both barriers and facilitators that can significantly impact the adoption of a new triage tool in the ED capable of early detection of patients with palliative needs and enabling an advanced care plan that considers the needs of the patient and their caregivers/family members. The most prevalent barriers cited in the literature can be grouped into four dimensions: healthcare team; patient; caregivers/family members; and operationalization. Regarding the facilitators promoting paradigm shifts, authors mention that the triage tool should be brief, fast, with simple algorithms, and easily implemented in a chaotic and crowded ED environment, while maintaining its validity for both oncological and non-oncological conditions. Furthermore, it should not require additional resources. Training emergency teams in palliative care knowledge is highlighted as a strategic approach.

**Conclusion:** Despite the benefits inferred from the best state of the art, strong paternalism and the assumptions of the biomedical model continue to hinder the implementation of a new triage tool to support clinical decision-making, which could equitably identify individuals with significant palliative needs. Consequently, many who would benefit from palliative care go unidentified due to the lack of validated support tools.

**Keywords:** palliative care; end of life triage tool or screening tool; emergency hospital department.

### **3. Fundamentação/enquadramento teórico**

---

Por influência dos avanços tecnológicos na saúde, as pessoas vivem mais tempo, contudo apresentam inúmeras comorbidades, incluindo doenças crónicas avançadas e progressivas limitantes de vida, descontrolo sintomático e fragilidades com resultado importante na QdV

As repercussões inerentes à mudança demográfica são alarmantes em virtude do aumento significativo da utilização dos recursos de saúde perante a doença (Medeiros et al., 2021)..

A conjectura atual do nosso país remete-nos para o facto dos serviços de saúde não se encontrarem suficientemente organizados por forma a atender oportunamente às necessidades de uma população envelhecida, com condições de dependência crescente nem oferecer um suporte efetivo aos seus cuidadores/familiares (Serrano & Capelas, 2017).

Os profissionais de saúde que exercem funções no SU tornam-se vulneráveis com o incremento de pessoas com perfil de CP que procura este serviço perante situações críticas da exacerbação da sua doença crónica para o controlo sintomático de agudizações, alívio do sofrimento nas diferentes dimensões do cuidar e cuidados em fim de vida (Torquato et al., 2022).

Os SU são percecionados como um elo de ligação entre o hospital e a comunidade oferecendo um serviço de acesso imediato que está disponível 24 horas por dia, sete dias por semana, capazes de promover um cuidado resolutivo, compassivo e individualizado (Medeiros et al., 2021).

Desse modo, o SU perspectiva-se como um momento crítico na trajetória da assistência a pessoas com doença ameaçadora de vida dado que três quartos das mesmas visitam o SU nos seis meses precedentes à sua morte (Tan et al., 2020).

A emergência representa deste modo como a última esperança para oferecer CP às pessoas com status de saúde frágil (Medeiros et al., 2021).

A realidade remete para a consciencialização de que as pessoas doentes que padecem de descontrolo sintomático são repetidamente internadas e conseqüentemente submetidas a tratamentos marginalmente eficazes caracterizados pelo sofrimento desnecessário e incongruente com as vontades da pessoa e seus cuidadores/familiares (George et al., 2015).

A literatura elucida que, o SU afigura-se como um local onde se experienciam ambientes de elevada pressão, onde os profissionais estão cada vez mais aptos a tratar numa perspetiva

meramente tecnicista e o foco prevaiente assenta na identificação e estabilização de condições agudas com o intuito de manter a vida a todo o custo. Perante este panorama muitas pessoas ainda morrem no SU (Köstenberger et al., 2019; Tan et al., 2020).

A premissa norteia para a natureza intrínseca do SU onde os CP não se perspectivam como cuidados padronizados (Reuter et al., 2019).

Em contexto de emergência vivem-se constantes dualidades entre a decisão clínica de prosseguir com tratamentos invasivos ou considerar uma abordagem de suporte bem como a promoção de cuidados a pessoas em fim de vida, que viabilizem uma morte digna livre de sofrimento evitável para o binómio pessoa doente e seus cuidadores/familiares (Lucas et al., 2022).

Quando se identifica uma pessoa com características paliativas, esse momento torna-se crucial para dedicar tempo e refletir sobre opções terapêuticas e iniciar conversas que se debrucem a respeito dos objetivos, desejos e preferências de tratamentos e cuidados que devem ser inclusas no planeamento antecipado de cuidados orientado para o conforto e sanção da dor total face as perdas sucessivas da trajetória da doença (Bourmorck et al., 2023).

A Medicina Paliativa expandiu a sua área de atuação, que antes se restringia apenas a doenças do foro oncológico para uma visão mais abrangente, integrando doenças do foro não oncológico tais como esclerose múltipla, ELA, demência e insuficiência de órgão (Serrano & Capelas, 2017). Contudo o que se verifica na prática clínica, é que apesar desta mudança no cuidado, as pessoas com doenças do foro não oncológico, apresentam menos probabilidade de receber CP e o sofrimento que lhes está naturalmente subjacente é negligenciado (George et al., 2015).

Perante as limitações terapêuticas, atente-se para a necessidade de reconhecer que embora a emergência não integre o melhor local para dar início a uma abordagem paliativa, por não existir um conhecimento do plano terapêutico, a mesma pode integrar cuidados que se reflitam no controlo sintomático de crises agudas paliativas defendendo um novo modelo de atuação, centrado na autonomia da pessoa em prol da QdV e resultados que culminam no conforto, dignidade humana, melhor apoio social e suporte contínuo aos cuidadores/familiares (Medeiros et al., 2021).

A despeito, há que considerar a demanda em avaliar necessidades de CP e o planeamento de ações paliativas no SU (Wang et al., 2021).

As ações paliativas ganham protagonismo em contexto de urgência perante o desprovimento de uma resposta efetiva do Sistema Nacional de Saúde, não obstante da incapacidade dos cuidadores/familiares e instituições em atender pessoas com doenças ameaçadoras e limitantes da vida humana, bem como suas exacerbações (Serrano & Capelas, 2017).

Integrar CP a pessoas internadas na urgência pode conduzir a benefícios para todos os intervenientes no processo de cuidar (Santana et al., 2022).

Note-se que a implementação de CP no SU, gera uma grande pressão e apresenta um desafio aos profissionais e ao próprio sistema, em virtude do paradigma paternalista que se afere com um entrave à prestação de cuidados humanizados (Lucas et al., 2022; Torquato et al., 2022).

Alinhar o prognóstico oportuniza que a pessoa doente e seus cuidadores/familiares obtenham um suporte efetivo que vá ao encontro das necessidades diagnosticadas (Kirkland et al., 2022; Wang et al., 2021).

A demanda por um cuidado personalizado é justificada pelo perfil dos indivíduos que muitas das vezes têm histórico de tratamento inadequado, caracterizado por intervenções totalmente desajustadas com uso excessivo de tecnologias e o sofrimento que lhes é negligenciado incrementa-se por práticas de distanásia (Medeiros et al., 2021).

São vários os fatores que remetem para a dificuldade de os profissionais de saúde iniciarem CP no SU. Disparidades étnicas e raciais (Bowman et al., 2016; George et al., 2015; Kirkland et al., 2022); falta de privacidade (George et al., 2015; Glajchen et al., 2022; Wang et al., 2024), escassez de tempo, ritmo acelerado, caótico e lotado que se vivencia em contextos de emergência (Cardona et al., 2019; Reuter et al., 2019; Tan et al., 2020; Wang et al., 2024).

A falta de habilidade e a necessidade de tomar decisões rápidas perante a cultura do SU (Cardona et al., 2019; George et al., 2015; Glajchen et al., 2011), também são esclarecidas pela evidência, incrementado pela ausência do histórico completo da pessoa (George et al., 2015; Glajchen et al., 2011).

Apesar dos esforços consecutivos com o pressuposto de fomentar os cuidados de alta qualidade, a consciencialização da situação clínica da pessoa, decorrente da sua doença nem sempre é identificada de forma atempada e assertiva e sistematicamente nunca chegam a ser identificados (George et al., 2015). Estas vicissitudes conduzem a cuidados desproporcionais ao invés de se elaborar um plano avançado de cuidados compartilhado, aceite por todos os intervenientes no processo de cuidar, ajustável em todas as etapas, conferindo que não se trata de um desinvestimento, mas sim num remodelamento de

cuidados que viabiliza a atribuição de novos significados e prioridades perante uma situação irreversível causadora de sofrimento (Lakin et al., 2019; Tan et al., 2020).

A prática médica paternalista na procura de salvar a vida a qualquer custo, pode ser um fator crítico na referenciação atempada para equipas especializadas em CP. Sob este prisma, é inevitável a aplicação de um método padrão, confiável e válido por forma a avaliar e planear os cuidados em concordância com as vontades da pessoa doente e seus cuidadores/familiares (Mahura et al., 2023).

O cenário dos CP está distante do idealizado. O número de pessoas doentes encaminhadas é extremamente baixo, e como resultado, poucos têm acesso efetivo a estes cuidados (Serrano & Capelas, 2017).

A literatura norteia desse modo para a premência da implementação de uma nova ferramenta de triagem no suporte à tomada de decisão clínica na perspetiva de acionar de forma equitativa e eficiente CP no SU. Esta nova abordagem permitirá dar início de forma precoce e atempada cuidados orientados e ajustados para as exigências concretas da pessoa e seus cuidadores/familiares de modo a proporcionar cuidados de alta qualidade e conforto quando o prognóstico é reservado (Cardona et al., 2019).

As recorrentes idas ao SU explanam-se assíduas em pessoas em fim de vida, tornando-se o a emergência um local idílico para a identificação e recrutamento de pessoas com necessidades significativas de CP sendo este o ponto de partida basilar para uma resposta mais assertiva às pessoas que carecem destes cuidados personalizados (Brickey et al., 2022).

Os profissionais de saúde que exercem funções no SU carecem de uma estratégia para reconhecer rapidamente grupos de pessoas que beneficiariam de cuidados paliativos e como resultado uma ferramenta de triagem podia ser útil (Aaronson et al., 2019; Koyavatin et al., 2023).

Wang et al. (2021) remetem para o pressuposto que prever a aproximação do fim de vida, identificar as necessidades de cuidados paliativos e preparar intervenções paliativas são manifestamente cruciais no SU.

O mesmo explica Bourmorck et al. (2023) que para ser passível os profissionais discernir se devem perseverar com intervenções que prolonguem a vida ou dar início a uma abordagem paliativa, estes devem estar apoiados na identificação atempada de pessoas que beneficiariam de cuidados de suporte.

Nas linhas orientadoras Kirkland et al. (2022) os mesmos referem que uma ferramenta de triagem e a Pergunta Surpresa têm sensibilidade e especificidade para prever com precisão a mortalidade da pessoa.

Os benefícios da aplicação de uma nova ferramenta de triagem no SU capaz de identificar atempadamente pessoas com necessidades significativas de CP estão bem respaldados na literatura. Vários instrumentos de suporte estão a ser elaborados e aplicados em contexto de SU, ainda que de uma forma embrionária com bastantes limitações. Mas as oportunidades para a tríade equipa, pessoa doente e seus cuidadores/familiares, assim como ao nível organizacional, estão bem sustentadas pelo melhor estado da arte. A verdade é que ainda existe o preconceito inconsciente à palavra “Paliativo” e o forte paternalismo ainda é sobrevalorizado o que impede os profissionais de atuarem em conformidade perante a pessoa que demanda ações paliativas.

A literatura norteia para a existência de benefícios que podem ser catalogados em três dimensões sendo elas: a equipa; a pessoa doente e seus cuidadores/familiares; e organizacionais.

Em relação à equipa verifica-se que, a aplicação de uma ferramenta de triagem no SU capaz de reconhecer pessoas que beneficiariam de CP, propiciaria oferecer suporte para decisões mais adequadas quanto à alocação de recursos e escolha de tratamentos (Cotogni et al., 2017), bem como “adaptarem os fluxos de trabalho em ambientes únicos” (Tan et al., 2020, p.1).

Não obstante, Tan et al. (2020), explora a adesão às diretrizes de forma a reduzir a variação prática por uma melhor qualidade dos cuidados.

A respeito das prerrogativas relativas à pessoa doente e seus cuidadores/familiares atente-se para uma melhor gestão sintomática (Tan et al., 2020) com a consequente redução de sintomas (Bowman et al., 2016; George et al., 2015); promoção de uma melhor QdV (George et al., 2015; Tan et al., 2020; Zeng et al., 2020); melhores resultados (Bowman et al., 2016; Cotogni et al., 2017; Wang et al., 2024); melhor experiência face a finitude (Richardson et al., 2015).

Ainda, a identificação sensível, rápida e eficiente (Tan et al., 2020) permitiria o acesso precoce ou a encaminhamentos para CP (Bowman et al., 2016; George et al., 2016) originado uma diminuição das admissões em cuidados intensivos (Cotogni et al., 2017), ou readmissões no SU (Wang et al., 2024) com atenuação dos tratamentos fúteis e indesejados (Cotogni et

al., 2017; Wang et al., 2024; Zeng et al., 2020) originando uma melhor gestão dos recursos pela transferência da pessoa doente para um serviço condigno (Cardona et al., 2019).

Este remodelamento de cuidados oferece uma assistência holística (Zeng et al., 2020), com intervenções mais eficientes e maior satisfação do binómio pessoa doente e seus cuidadores/familiares (George et al., 2016; Wang et al., 2024) potenciando a diminuição dos tempos de internamento (Tan et al., 2020).

No que tange aos benefícios na dimensão organizacional, a economia de custo (Bowman et al., 2016; Cotogni et al., 2017; George et al., 2016; Tan et al., 2020; Wang et al., 2021; Zeng et al., 2020), e a consequente diminuição dos recursos (Bowman et al., 2016; George et al., 2016) são explícitos pelos autores.

Apesar das oportunidades acima descritas, são vários os estudos que remetem para as dificuldades dos profissionais no que diz respeito a identificação de doenças ameaçadoras de vida onde a escassez de conhecimentos acerca do verdadeiro propósito da palição fomenta um acesso desprovido a estes cuidados altamente diferenciados e personalizados (Steinmeyer et al., 2021).

A insuficiente aptidão para reconhecer a necessidade de CP, de implementar um sistema mais eficiente de atendimento ou de desenvolver habilidades fundamentais resulta em práticas paliativas parcas no departamento de emergência (Wang et al., 2021).

Por forma a colmatar as exigências da contemporaneidade no SU, os profissionais necessitam de uma formação acrescida em CP que lhes confira perícia. Por meio desta procura de conhecimentos que culmina com as melhores práticas, os profissionais serão defensores de CP em contexto de emergência e estarão mais propensos a expandir os horizontes, saindo “fora da caixa” para a implementação de uma nova ferramenta de triagem (Wang et al., 2021) .

#### **4. Finalidade e objetivos**

---

O presente estudo de investigação perspectiva-se como um projeto de melhoria contínua na procura das melhores práticas e evidências para um cuidado Humanizado e personalizado à pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares que recorrem consecutivamente ao SU na procura do alívio do seu sofrimento de ordem multidimensional e, onde muitas vezes, não encontram uma resposta efetiva e eficiente para as suas necessidades.

A literatura respalda de forma bastante consistente os benefícios intrínsecos à implementação de um novo instrumento capaz de reconhecer em tempo útil pessoas com necessidades significativas de CP que recorrem ao SU no último ano da sua vida. Aliás são várias as ferramentas existentes a nível mundial que estão a ser implementadas e analisadas quanto a sua eficiência e eficácia. Agora, perante este conhecimento é pertinente questionar o porquê de tanta renitência à sua aplicabilidade o que culmina na elaboração deste projeto de investigação.

Por forma, esta *scoping review* pretender mapear a evidência científica acerca das barreiras na prática clínica, para a implementação de uma nova ferramenta de triagem no SU Hospitalar que possibilite a deteção precoce de pessoas adultas com necessidades significativas de CP e dar início a um remodelamento de cuidados que se direcione para as vontades e preferências da pessoa e seus cuidadores/familiares e também na prevenção de medidas desproporcionais e desajustadas que prolonguem o sofrimento.

Neste contexto, e com o intuito de dar uma resposta célere no âmbito da temática em análise, foi formulada a seguinte questão norteadora desta *scoping review*: Quais as barreiras existentes na prática clínica para a implementação de uma ferramenta de triagem no Serviço de Urgência na deteção precoce de pessoas com necessidades significativas de cuidados paliativos?

Por meio desta abordagem, a finalidade deste estudo centra-se na identificação das barreiras à implementação de um novo instrumento de triagem no SU de apoio a tomada de decisão clínica, capaz de oferecer um cuidado equitativo as exigências da contemporaneidade com vista à diminuição do sofrimento decorrente de uma doença ameaçadora e limitante da vida humana.

À vista disso, espera-se ser passível definir estratégias e intervenções promotoras de mudança da conjuntura vigente com primazia na humanização dos cuidados através das melhores práticas com enfoque para na prestação de cuidados de alta qualidade.

## 5. Metodologia

---

Na ciência, realiza-se pesquisas para gerar resultados duradouros, uma vez que o processo de investigação precisa ser uma constante e contínua procura pelo conhecimento (Ramos & Mazalo, 2024).

Atente-se para o pressuposto de que os avanços no conhecimento são sempre variados e multidimensionais viabilizando a procura por novos caminhos (Santos, 2004).

As metodologias atendem aos propósitos da natureza do estudo, não se verificando a existência de métodos superiores a outros, mas sim métodos mais apropriados para cada tipo de investigação (Nunes, 2020).

A *scoping review* emerge como uma nova abordagem no âmbito da revisão da literatura com destaque a nível mundial na área de síntese de evidências em saúde propondo assim um mapeamento da literatura num determinado foco de investigação onde a sua sistematização está baseada no referencial do *Joanna Briggs Institute* (JBI), potenciando assim a “transparência e confiabilidade dos seus dados o que possibilita a replicação do método por outros autores” em cenários distintos (Salvador et al., 2021, p.1).

Esta metodologia popular de síntese de evidências viabiliza o reconhecimento dos “principais conceitos, teorias, fontes e lacunas de conhecimento” (Tricco et al., 2018, p. 467).

Para Pollock et al. (2022), as *scoping review*, centram-se numa questão de pesquisa mais extensa e exploratória, que gera hipóteses onde não se prevê a obrigatoriedade de se avaliar a qualidade das evidências inclusas.

Atente-se desse modo, que neste capítulo se propõem não só expor os materiais e métodos do estudo em análise, alinhados com a sua finalidade e objetivos, como também discutir as considerações éticas intrínsecas.

### 5.1. Desenho do estudo

Considerando o propósito da questão que norteia o presente estudo de investigação, foi conduzida uma *scoping review* tendo por base a metodologia JBI, com a pretensão de não só mapear a extensão, a natureza e o alcance da evidência científica, como também o melhor estado da arte acerca de quais as vicissitudes da contemporaneidade na prática clínica para

a implementação de uma nova ferramenta de triagem no SU. Esta abordagem robusta e sistematizada permitirá ainda descrever as estratégias e intervenções promotoras de mudança.

**Estratégia de pesquisa:** tendo em consideração a metodologia prevista pelo *JB1* para a realização da *scoping review*, serão delineados os critérios de elegibilidade com recurso a mnemónica PCC (Pessoas; Conceito; Contexto) (Moreira et al., 2022).

Relativamente ao P (população) serão incluídos estudos cujos participantes sejam pessoas adultas com necessidades significativas de cuidados paliativos. Em relação ao C (conceito) serão incluídos estudos cujo objetivo se foque na aplicação de uma ferramenta/ instrumento de triagem. Relativamente ao C (contexto) serão considerados estudos onde a ferramenta de triagem é aplicada exclusivamente no Serviço de Urgência hospitalar.

No que diz respeito ao tipo de estudo serão incluídas as investigações primárias ou secundárias, qualitativas, quantitativas ou mistas que descrevam quais as barreiras, os desafios, as estratégias e os facilitadores na implementação desta estratégia dinamizadora e inovadora. Para isso, estudos que mencionem a implementação de outras ferramentas ou práticas dinamizadoras também poderão ser inclusos. Adicionalmente serão ponderadas todas as revisões da literatura, relatórios, teses ou dissertações e literatura cinzenta, identificados como relevantes para a conceção desta *scoping review*. Os estudos analisados não apresentam limite temporal, visto ser congruente com a metodologia utilizada e poderão estar publicados em inglês, português e espanhol. Iram ser excluídos artigos em pessoas com idade inferior a 18 anos, artigos referentes a covid-19, a teleconsultas e a ferramentas de triagem utilizados noutros serviços.

Quanto ao processo de seleção e pesquisa dos artigos, o mesmo segue a organização da *Checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR)* (Tricco et al., 2018).

A pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2024 nas bases de dados eletrónicas *MEDLINE* (via *Pubmed*) e *CINAHL Complete* (via *EBSCOhost*), por forma a ser passível localizar as palavras mais utilizadas nos títulos e *abstracts* dos estudos. As palavras-chave e termos de indexação serão conjugados tendo por base uma estratégia de pesquisa única, convenientemente adaptada para cada base de dados e/ou fonte de incluída. Nas plataformas foram utilizados como descritores, os termos do *Medical Subject Headings* (MeSH): (“*Palliative care*” OR “*Palliative medicine*” OR “*End of Life*” OR “*Terminal care*”) AND

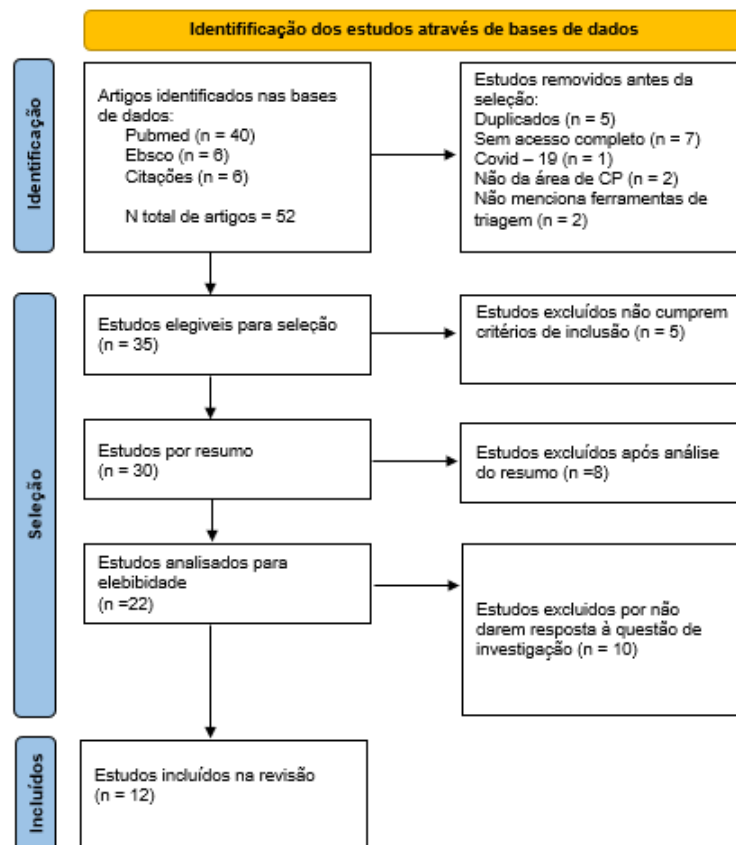
("Triage Tool" OR "Screening tool" OR "Novel triage tool" OR "Decision support tool") AND ("Emergency department" OR "Emergency Room" OR "Emergency Medicine").

**Tabela 1: Estratégia de pesquisa**

<b>Pubmed</b>	((((palliative care[MeSH Terms]) OR (palliative care[Title/Abstract])) OR (palliative medicine[Title/Abstract])) OR (end of life[Title/Abstract])) OR (terminal care[Title/Abstract])) AND (((((trriage tool[MeSH Terms]) OR (trriage tool[Title/Abstract])) OR (screening tool[Title/Abstract])) OR (novel triage tool[Title/Abstract])) OR (decision support tool[Title/Abstract])) AND (((emergency department[MeSH Terms]) OR (emergency department[Title/Abstract])) OR (emergency room[Title/Abstract])) OR (emergency medicine[Title/Abstract]))
<b>EBSCOHost</b>	TI (Palliative care OR Terminal care OR End of life) AND SU (Screening OR Early detection OR Early diagnosis OR Early identification) AND SU (Emergency department OR Emergency care OR Emergency room)

Na pesquisa, com suporte na pesquisa as bases de dados eletrônicas, identificaram-se 52 artigos (*Pubmed*: 40 e *EBSCOHost*: 6) e (citações: 6). Um fluxograma da revisão da literatura está disponível na Figura 1.

**Figura 1: Fluxograma PRISMA - Processo de pesquisa e seleção de artigos**



No processo de seleção foram incluídos 22 estudos para análise do título e do resumo, dos quais apenas 12 artigos foram considerados elegíveis visto que responderam à questão de investigação. Cerca de 7 artigos foram excluídos por não ter acesso completo aos mesmos, contudo mensagens enviadas através do *ResearchGate* foram efetuadas no sentido de solicitar o artigo integral, conforme se pode comprovar em documentação anexa, (anexo IX), porém até a data oportuna não houve recetividade por parte dos autores.

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram agrupadas e carregadas com recurso ao *Mendeley Reference Manager*<sup>®</sup>, e as citações duplicadas removidas. Os títulos e resumos foram selecionados por dois revisores independentes para avaliação de acordo com os critérios de inclusão para a revisão, não tendo existido divergências e por essa razão não se recorreu a um terceiro revisor.

**Extração de dados:** Os dados foram extraídos dos artigos incluídos na *scoping review* por dois revisores pela utilização de uma ferramenta preliminar de extração de dados desenvolvida. Os dados extraídos incluíram detalhes específicos acerca da população, conceito, contexto, métodos de estudo e as principais descobertas relevantes para a questão de investigação. No decurso do processo de extração de dados, a ferramenta desenvolvida poderá sofrer alterações de acordo com as necessidades percebidas pelo investigador. As modificações serão devidamente detalhadas na *scoping review*.

**Apresentação e interpretação dos resultados:** A evidência apresentada deve responder diretamente aos objetivos da *scoping review* e à questão de investigação. A preparação do protocolo de revisão é a oportunidade de se testarem e determinarem a melhor forma de apresentar os dados obtidos e fornecer uma descrição detalhada para o leitor. Um resumo narrativo acompanhará os resultados em tabela e/ ou gráficos e descreverá como os resultados se relacionam com os objetivos e a questão de investigação.

## 5.2. Considerações éticas

Quando um investigador se envolve num projeto de investigação, este deve assumir comportamentos éticos na sua prossecução, em prol do conhecimento científico (Paz, 2022).

Portanto, o investigador na sua avaliação ética perante um projeto de investigação detém requisitos primordiais que carecem de estar assentes em todas as etapas do mesmo. Em relação, explana-se: “a relevância do estudo; a validade científica; o recrutamento e a seleção da amostra; a relação risco-benefício; a revisão ética independente; a garantia de respeito

dos direitos dos participantes (consentimento informado, esclarecido e livre bem como o anonimato dos sujeitos); e a proteção de dados em todas as fases do estudo” (Nunes, 2020, p.5).

Ao abordar questões relativas à ética em investigação, a mesma não adquire um papel restritivo impondo limites ao progresso científico, ou seja, não deve ser percebida como um obstáculo para as atividades dos investigadores. Denote-se que, quando esta estabelece regras ou sugere limites, “fá-lo em nome de outros bens como o são a integridade e autonomia dos sujeitos da investigação ou os interesses globais da sociedade (Santos, 2004).

Deste modo afere-se que a ética em investigação, valida-se por princípios e diretrizes que orientam o seu planeamento, a condução e a divulgação das pesquisas com o propósito de garantir a autonomia dos participantes, a confidencialidade dos dados, a integridade científica e minimizar os potenciais danos ou riscos.

O presente protocolo de *scoping review* por se tratar de uma revisão da literatura não necessita de apreciação ou parecer de um Comité de Ética em investigação. Porém, como pressupõem ilustrar o “estado da arte” é pertinente relembrar o princípio da integridade académica, sendo fiel aos autores dos estudos através das citações e referências (Nunes, 2020).

Suri (2019), menciona que o domínio da aplicabilidade das revisões sistemáticas deve ser examinado por forma a dissuadir a extrapolação não intencional dos resultados devendo por isso os revisores permanecer reflexivos acerca de como o seu próprio posicionamento subjetivo poderá estar influenciado ou sendo influenciado pelos resultados da revisão .

O estudo aqui exposto não possui relação com instituições financiadoras que possam evidenciar potenciais conflitos de interesse. Enquanto investigadora não possuo qualquer relação direta ou indireta com empresas que eventualmente possam beneficiar dos seus resultados.

Para a consubstancialização deste projeto de investigação, foi preenchido o documento de compromisso do investigador conforme previsto e não se torna necessário o preenchimento do consentimento livre e informado. Além disso, a pesquisa está assente em princípios basilares como a honestidade, transparência e responsabilidade em todas as etapas do trabalho potenciando a confiança e os benefícios do estudo.



## 6. Resultados

A presente *scoping review* revelou escassez de evidências acerca das barreiras a implementação de uma ferramenta de triagem capaz de identificar precocemente pessoas com necessidades significativas de CP.

Os dados obtidos incluídos pela análise dos artigos inclusos neste estudo, foram estruturados por meio de numa tabela adaptada onde se dispõem sumarizadas as informações obtidas dos artigos de acordo com: título; autores, ano e país; desenho de estudo; objetivo do estudo e as principais descobertas, conforme apresentado na tabela 2.

**Tabela 2. Artigos incluídos para a extração de dados**

Título	Autores	Ano / País	Desenho Estudo	Objetivo estudo	Principais Descobertas
Palliative Care Needs of Seriously Ill, Older Adults Presenting to the Emergency Department	Grudzen et al.	2010; EUA	Transversal estruturada	Identificar as necessidades de CP em pessoas idosas gravemente doentes no SU	Pessoas idosas com doença grave têm necessidades substanciais de CP que não se limitam ao alívio do sofrimento multidimensional; A viabilidade clínica da implementação de instrumento de triagem é atualmente limitada por falta de recursos e de habilidades das equipas de emergência, em particular num serviço lotado como a urgência, onde os profissionais vêem-se tempo limitado com cada pessoa-doente
A Rapid Two-Stage Screening Protocol for Palliative Care in the Emergency Department: A Quality Improvement Initiative	Glajchen et al.	2011; EUA	Projeto de melhoria da qualidade	Desenvolver uma ferramenta de triagem simples e com conteúdo válido para uso no SU com o propósito de identificar pessoas com necessidades significativas de CP	Um protocolo de triagem rápida retrará as demandas não supridas no SU entre pessoas idosas; As barreiras à implementação do projeto podem ser perspetivadas em três dimensões: Equipa; Pessoa doente e cuidadores/familiares; A formação interprofissional da equipa acerca de CP e profissionais treinados são fundamentais; Apesar da cultura distinta entre CP e o SU uma sinergia pode ser bem-sucedida e processos de referência podem ser simplificados
Content Validation of a Novel Screening Tool to Identify Emergency Department Patients With Significant Palliative Care Needs	George et al.	2015; EUA	Estudo híbrido	Desenvolver uma ferramenta de triagem simples e com conteúdo válido para uso por prestadores de cuidados no SU de forma a identificar pessoas com necessidades significativas de PC	A implementação de CP é benéfica, mas aqueles que poderiam beneficiar raramente são identificados ou referenciados durante a trajetória da doença; Como barreiras identificam-se questões tais como: Quadro clínico da pessoa incompleto, restrições de tempo, ritmo acelerado, preconceito e lacunas de conhecimentos; Investigações futuras são necessárias de modo a averiguar a precisão, confiabilidade e aceitabilidade da ferramenta

Barreiras à implementação de uma nova ferramenta de triagem no Serviço de Urgência

Palliative Care Screening and Assessment in the Emergency Department: A Systematic Review	George et al.	2015; EUA	Revisão Sistemática	Avaliar os métodos, ferramentas e resultados de projetos de triagem e encaminhamentos de CP no SU	A triagem e o encaminhamento para CP são viáveis em cenário de SU; É basilar melhorar a padronização das ferramentas de triagem; A viabilidade da utilização da ferramenta está correlacionada com a disponibilidade de pessoas dedicadas a CP
Acceptability and Reliability of a Novel Palliative Care Screening Tool Among Emergency Department Providers	Bowman et al.	2016; EUA	Estatística descritiva Projeto multifásico	Examinar a aceitabilidade da ferramenta P-CaRES entre prestadores de CP no SU, bem como testar sua confiabilidade;  Comparar variações na confiabilidade e aceitabilidade do instrumento com base nas funções dos prestadores de cuidado no SU (médicos, assistentes, residentes e enfermeiros) e tempos de experiência	O acesso a CP é severamente limitado entre aqueles que não tem acesso a cuidados médicos, e há disparidades raciais e étnicas significativas em CP bem como o seu encaminhamento; Há falta de instrumentos e recursos disponíveis para ajudar as equipas eficazmente por forma a orientar a pessoa doente para CP com precisão; Uma das barreiras circunscritas é a falta de treino adequado sobre sistemas de triagem e identificação das necessidades
A simplified screening tool to identify seriously ill patients in the Emergency Department for referral to a palliative care team	Cotogni et al.	2017; Itália	Estudo unicêntrico prospetivo observacional	Avaliar a viabilidade de uma triagem iniciada pelo Departamento de Emergência para identificar pessoas gravemente doentes que necessitam de CP; Desenvolver uma ferramenta de triagem simplificada (TSS).	A identificação precoce de pessoas que se aproximam do fim da vida resulta num início oportuno de discussões sobre CP; O SU apresenta um perfil desfavorável para a realização de uma triagem precisa, dado a peculiaridade de ser lotado caótico e com pouca privacidade; As pessoas que recorrem ao SU exibem elevada carga sintomática, o que pode impedir uma avaliação preditiva; A ferramenta pode auxiliar na tomada de decisão para melhor adequar os serviços as necessidades; Apesar das vantagens, alguns médicos constataram sempre o valor do instrumento e resistirão a adotar a mudança; São necessários mais estudos para validar antes de recomeçar o uso na prática diária; Como agente facilitador a ferramenta proposta deve ser simples e fácil de utilizar;
Emergency Department-Based Palliative Interventions: A Novel Approach to Palliative Care in the Emergency Department	Reuter et al.	2018; EUA	Descritivo transversal	Avaliar a viabilidade e o alcance de um programa de intervenção paliativa no SU	O processo de triagem de pessoas com necessidade de ações paliativas no SU é viável; Observa-se alta prevalência de ações paliativas não contempladas no SU; Identificam-se barreiras em três dimensões: equipa, pessoa doente e organizacional; Discutir temas como sofrimento emocional e objetivos de cuidados são questões intensas de abordar e quantificar numa triagem à beira do leito; Experiências negativas interferem com triagens futuras; Gravidade da doença não permite as pessoas de participar; Recusa em participar no projeto; Escassez de recursos;

Barreiras à implementação de uma nova ferramenta de triagem no Serviço de Urgência

Prospective Validation of a Checklist to Predict Short-term Death in Older Patients After Emergency Department Admission in Australia and Ireland	Cardona et al.	2019; Austrália	Coorte prospectiva	Estabelecer a capacidade preditiva de parâmetros individuais e combinados na ferramenta Cristal, para prever a morte pós-alta a curto prazo.	A falta de tempo ou habilidade para identificar pessoas em trajetória de morte pode resultar em intervenções médicas não benéficas e desajustadas, ao invés de um cuidado de suporte orientado para o fim de vida; Uma nova abordagem é necessária para que os médicos do SU possam identificar pessoas com necessidade de ações paliativas; Ainda existe relutância no uso da ferramenta devido à falta de compreensão das propriedades técnicas ou do tempo apropriado.
Would You Be Surprised if This Patient Died in the Next 12 Months? Using the Surprise Question to Increase Palliative Care Consults from the Emergency Department"	Zeng et al.	2019; EUA	Pesquisa de Intervenção educacional	Aumentar a conscientização sobre CP entre os prestadores de medicina de Emergência; Avaliar se essa conscientização aumentou as consultas de CP entre os prestadores de medicina de emergência que participaram no estudo	A falta de encaminhamentos para CP deve-se à falta de uma ferramenta de triagem facilmente acessível para identificar pessoas com necessidades paliativas; Há pouco ênfase na identificação e reconhecimento atempado de pessoas com necessidades paliativas; Denota-se carências a nível educacional em CP e medicina paliativa durante a formação dos profissionais; Os médicos de emergência precisam de se sentir confortáveis e qualificados para determinar amplamente a expectativa de vida no SU por forma a considerar a implementação da ferramenta na sua prática clínica
Design and implementation of a Clinical decision support tool for primary palliative Care for Emergency Medicine (PRIM-ER)	Tan et al.	2020; EUA	Scoping review	Otimizar o uso do prontuário eletrônico por meio da criação de uma ferramenta de suporte à decisão clínica para identificar pessoas de alto risco e que beneficiarão de CP primários e fornecerão recomendações clínicas no local de atendimento	A implementação de uma ferramenta de suporte à decisão clínica pode ser eficaz na implementação de melhores práticas e melhoria dos CP primários; Os sistemas de saúde carecem de adaptar as ferramentas de suporte à decisão clínica de modo a se adaptarem aos fluxos de trabalho e ambientes específicos; A educação interprofissional de competências e habilidades básicas em CP proporciona uma oportunidade de alinhar a trajetória do cuidado com os objetivos da pessoa doente; As ferramentas de triagem deparam-se universalmente com barreiras à sua aceitação e adoção por parte dos prestadores de cuidados; Escassez de evidência científica sobre o desenvolvimento e implementação de uma ferramenta de suporte a tomada de decisão clínica; Como estratégia, deve-se aproveitar as principais partes interessadas, alinhando-as com as prioridades e metas organizacionais
Screening tools to identify patients with unmet palliative care needs in the emergency department: A systematic review	Kirkland et al.	2022; Canadá	Revisão Sistemática	Identificar e avaliar as propriedades psicométricas das ferramentas de triagem disponíveis de forma a diagnosticar pessoas com necessidade de CP no SU	A Pergunta Surpresa tem sensibilidade e especificidade moderada para prever com precisão a mortalidade; O desempenho da maioria das ferramentas continua a ser pouco relatado limitando a capacidade de fazer recomendações claras para a sua adoção generalizada; Face ao hermético conceito de necessidades paliativas, perspectiva-se dificuldades em instituir ferramentas de triagem simples e rápidas; Perante o ritmo acelerado do SU, ferramentas de triagem que têm alta precisão, mas são complexas ou difíceis de aplicar, eventualmente não ganharão ampla aceitação; Como facilitador, as ferramentas devem assegurar um excelente desempenho de forma a garantir o uso adequado de recursos limitados e melhoria da qualidade no atendimento; Dado a escassez de serviço de CP em ambientes hospitalares, o instrumento carece de ser altamente sensível e específica

Advancing screening tool for hospice needs and end-of-life decision-making process in the emergency department	Wang et al.	2024; Taipei	Coorte retrospectiva	Melhorar a precisão do modelo de risco A-qCPR proposto para prever a mortalidade num ano;  Avançar com a ferramenta de triagem para identificação precoce de necessidades de CP e apoiar na tomada de decisões no fim da vida	O reconhecimento atempado de necessidades paliativas e a prestação de CP eficaz e eficiente no SU traduz-se numa melhoria da qualidade de suporte de cuidados às pessoas em fim de vida, incrementa a satisfação da pessoa e seus cuidadores/familiares, otimiza os resultados, reduz a necessidade de CP subsequentes e economiza custos; As ferramentas de triagem atuais disponíveis para identificar pessoas com doença limitadora de vida, são consideravelmente limitadas
--	-------------	--------------	----------------------	---	---

Com base nos dados obtidos nos estudos incluídos nesta *scoping review*, foi exequível identificar que a metodologia das pesquisas, realizadas pelos autores, foram multifacetadas e que visam avaliar a viabilidade, confiabilidade e aceitabilidade de uma ferramenta de triagem no SU capaz de identificar oportunamente pessoas com necessidades significativas de CP. A triagem, prevê-se ser concretizada de forma eficiente e equitativa com o pressuposto de proteger a pessoa doente de atitudes terapêuticas desajustadas que podem comprometer a QdV, o conforto e a dignidade perante o fim de vida.

Neste estudo não se examinou as barreiras de nenhuma ferramenta em concreto, nem tão pouco a sua eficácia, portanto foram incluídas aquelas que se perspetivaram dar uma resposta célere à questão norteadora desta investigação.

Os autores são unânimes, não só a reconhecer os benefícios à implementação de um novo instrumento dinamizador, bem como as barreiras à sua aplicabilidade (Bowman et al., 2016; Cardona et al., 2019; Cotogni et al., 2017; George et al., 2015, 2016; Glajchen et al., 2011; Grudzen et al., 2010; Kirkland et al., 2022; Reuter et al., 2019; Tan et al., 2020; Wang et al., 2024; Zeng et al., 2020).

Reportam ainda a existência de agentes facilitadores e estratégias promotoras de mudanças orientadas para melhoria da qualidade em saúde com perspetiva na humanização dos cuidados (Bowman et al., 2016; Cotogni et al., 2017; George et al., 2015; Glajchen et al., 2011; Kirkland et al., 2022; Tan et al., 2020; Zeng et al., 2020).

## 7. Discussão

---

Por meio desta *scoping review*, procuramos compreender o melhor estado da arte no que diz respeito aos fatores que influenciam a adesão à uma ferramenta de triagem no SU capaz de reconhecer precocemente pessoas com necessidades significativas de CP. Em virtude da pesquisa, e após a dissecação do seu conteúdo, foi passível não só identificar as vicissitudes de uma nova abordagem à pessoa doente bem como os agentes facilitadores e estratégias que viabilizam a sua aplicação.

A contemporaneidade remete para o facto de que o SU, é cada vez mais utilizado por pessoas idosas com histórico de doença grave e/ou incurável em fase avançada, progressiva e/ou terminal, apresentando um elevado risco de morte (Cotogni et al., 2017; George et al., 2015; Grudzen et al., 2010; Kirkland et al., 2022; Reuter et al., 2019; Tan et al., 2020; Zeng et al., 2020).

Embora haja frequentes contactos com os prestadores de cuidados em contexto de emergência hospitalar, muitas pessoas com doenças limitadoras de vida continuam a enfrentar dificuldades de natureza física, psicológica e social (Bowman et al., 2016).

Para George et al. (2015), Reuter et al. (2019) e Kirkland et al. (2022), a emergência transfigura-se como um local de eleição para ampliar o acesso e conectar pessoas com necessidades paliativas não supridas. Porém, muitos não são identificados nem referenciados de forma atempada (Bowman et al., 2016; George et al., 2015).

Como tal, vários instrumentos de triagem foram concebidos, com o propósito de assistir os profissionais do departamento de emergência a identificar pessoas com exigências emergentes paliativas (Kirkland et al., 2022).

Os motivos pelos quais as pessoas doentes recorrem a este serviço, e são frequentemente internadas, devem-se maioritariamente a sintomas não controlados, acabando ocasionalmente por serem submetidos a terapias invasivas (Bowman et al., 2016; Cardona et al., 2019; Cotogni et al., 2017; George et al., 2015; Glajchen et al., 2011) potenciando, a negligencia na identificação das necessidades não sanadas (Glajchen et al., 2011).

Em verdade, os cuidados providos pelos profissionais podem não dar uma resposta eficiente e eficaz, às demandas da pessoa doente seus cuidadores/familiares, podendo até mesmo não serem concordantes com os seus objetivos terapêuticos (Bowman et al., 2016; Cardona

et al., 2019; Cotogni et al., 2017; Grudzen et al., 2010), adiando discussões sobre a finitude da vida humana (Cardona et al., 2019; Glajchen et al., 2011).

Portanto, a implementação de um instrumento de triagem no SU capaz de detetar atempadamente pessoas com necessidades significativas de CP, prevê-se viável (George et al., 2016; Reuter et al., 2019).

O melhor estado da arte elucida de forma indubitável, as principais dificuldades na implementação de uma ferramenta de triagem no SU hospitalar com o potencial de predizer quem beneficiaria de ações paliativas, e podem ser classificadas em quatro níveis equipa, pessoa doente e seus cuidadores/familiares, organizacionais e de operacionalização.

No que se afere as barreiras na dimensão e equipa constata-se: relutância e contestação por parte da equipa médica (Cotogni et al., 2017; Glajchen et al., 2011); universalidade da não aceitação e adoção de novas metodologias de trabalho por parte dos prestadores de cuidados (Tan et al., 2020); incompreensão de CP e medo/hesitação em envolver a equipa de CP (Glajchen et al., 2011); poucas habilidades dos prestadores (Grudzen et al., 2010); escassez de treino adequado sobre ferramentas triagem e identificação das necessidades (Bowman et al., 2016); dependência do julgamento clínico do prestador de cuidados (Tan et al., 2020); insuficiente consciência no que toca as propriedades técnicas ou tempo oportuno (Cardona et al., 2019); limitação de tempo para cada pessoa doente (Cardona et al., 2019; George et al., 2015; Grudzen et al., 2010); falta de disponibilidade (Kirkland et al., 2022); embaraços ao abordar questões difíceis e lidar com o sofrimento rotineiro do outro, impedindo triagens futuras (Reuter et al., 2019); e, história clínica incompleta (George et al., 2015).

No que tange à pessoa doente e cuidadores/familiares a evidência remete para; a incerteza do prognóstico (Glajchen et al., 2011); significado do conceito de CP (Glajchen et al., 2011); sofrimento multidimensional que dificulta uma validação correta, em especial se apresentar elevada carga sintomática (Cotogni et al., 2017; Reuter et al., 2019).

No que se refere aos obstáculos a nível organizacional, apura-se: a escassez de recursos humanos (Cardona et al., 2019; George et al., 2015; Grudzen et al., 2010), com elevada rotatividade de pessoas (Glajchen et al., 2011), num serviço lotado e ambiente caótico como o SU (Glajchen et al., 2011); a falta de especialistas e a possibilidade de requerer recursos adicionais (Reuter et al., 2019).

Não obstante, no que se afere as vicissitudes de operacionalização do instrumento de triagem, alude-se o facto de alguns instrumentos serem demasiado restritivos, podendo

apenas ser aplicado a pessoas com diagnóstico de neoplasia (Cotogni et al., 2017; Wang et al., 2024). Evidências parcas sobre a validade dos dados obtidos e desempenho das ferramentas, levam as equipas a questionarem-se acerca da sua viabilidade e confiabilidade (Cotogni et al., 2017; George et al., 2015, 2016; Tan et al., 2020), pelo que há a limitação em prover recomendações claras da sua legitimidade e concomitantemente a sua prática generalizada (Kirkland et al., 2022). Inclusive, a sua modesta capacidade preditiva na identificação precoce de demandas paliativas também se emancipa como um fator limitador (Cardona et al., 2019; Wang et al., 2024).

Relativamente aos fatores facilitadores, os autores respaldam que para a ferramenta ser aceite pelos profissionais de saúde que exercem funções no SU a mesma deva ser fácil de aprendizagem (Zeng et al., 2020), breve, rápida e simples de implementar, adequada ao ambiente caótico e ritmo acelerado intrínseco da emergência (Cotogni et al., 2017; George et al., 2015; Kirkland et al., 2022). Onde, não seja preveja a demanda de recursos adicionais, tais como entrevistas ou profissionais (George et al., 2015, 2016).

Apesar do instrumento se perspetivar com o mínimo de questões possíveis, por meio de algoritmo simples, a sua validade de conteúdo é essencial (George et al., 2015), pelo que se deve melhorar a padronização do mesmo (George et al., 2016).

Ademais, mencionam que a ferramenta não se deve limitar apenas aos doentes do foro oncológico, englobando dessa forma patologias não malignas como por exemplo insuficiência cardíaca e demência avançada (Bowman et al., 2016; George et al., 2015; Wang et al., 2024).

Portanto, o instrumento de triagem deve ostentar um extraordinário desempenho com a utilização adequada de recursos apresentando-se altamente sensível e específica (Kirkland et al., 2022), ainda como Wang et al. (2024) e Cardona et al. (2019), incrementam, com elevado valor preditivo.

George et al. (2016), aponta que a viabilidade está correlacionada com a disponibilidade dedicada dos profissionais a promover ações paliativas. Pelo que, o interesse pela área e a experiência em temáticas paliativistas, se apresentem como agentes facilitadores no processo de mudança do paradigma paternalista (Bowman et al., 2016).

No entanto, para Tan et al. (2020), a ferramenta deve ser compartilhada amplamente, por forma a se adaptar e reajustar as exigências intrínsecas de cada SU.

No que concerne as estratégias que potenciarão a reestruturação da metodologia de trabalho em contexto de emergência hospitalar na contemporaneidade, a opinião dos autores converge na educação interprofissional. Por meio da educação, os profissionais

adquirem conhecimentos que os tornam hábeis e preparados para lidar com situações potencialmente constrangedoras. Esta forma de estar e ser do profissional, solidifica a implementação e execução de novos métodos de trabalho, objetivando-se como uma forma impulsionadora de aceitabilidade (Cardona et al., 2019; George et al., 2015; Glajchen et al., 2011; Tan et al., 2020).

Da mesma forma Wang et al. (2021), relata que os profissionais que exercem as suas funções no SU devem adquirir competências sobre CP (Zeng et al., 2020), por forma a sentirem-se confortáveis na tomada de decisão clínica à pessoa em situação paliativa (Tan et al., 2020). Na opinião de Tan et al. (2020), informações acerca de CP, recursos de ferramentas de apoio à tomada de decisão clínica e normas culturais, tornam esta nova abordagem à pessoa doente mais bem aceite.

Não obstante, Kirkland et al. (2022), relata que os instrumentos que apresentam alta precisão, mas se manifestam complexos ou difíceis de aplicar, presumivelmente não alcançaram ampla receptividade por parte dos prestadores de cuidados em contexto de emergência pelo seu ambiente caótico, de elevada tensão, e ritmo frenético.

Apesar do pensamento obtuso acerca dos conceitos e propósitos de CP, a ciência norteia que estes cuidados altamente diferenciados podem ser providos ao mesmo tempo com que as terapias curativas ou que prolonguem a vida. Agora, há que adaptar o modelo de assistência à pessoa doente em contexto de emergência (Grudzen et al., 2010).

O hermetismo relativo ao conceito e demandas não supridas de intervenções paliativistas, pode ser um fator limitador no estabelecimento de ferramentas de triagem simples e rápidas de aplicar por forma a identificar atempadamente quem beneficiaria destes cuidados altamente diferenciados (Kirkland et al., 2022).

## 8. Conclusão

---

Considerando a mnemónica PCC, previamente estabelecida, e que conduziu esta *scoping review*, com base nas melhores e mais recentes evidências científicas, constata-se que existem diversos fatores que se perspetivam como um entrave a uma nova e melhorada abordagem à pessoa com doença ameaçadora e limitadora da vida humana. Em preponderância, os estudos demonstram barreiras por podem ser elencadas em quatro dimensões: equipa; pessoa doente; organizacionais; e de operacionalização.

Agora, os autores também norteiam para a presença de fatores facilitadores que contribuem para a mudança, bem como estratégias para a sua aceitabilidade por parte dos prestadores de cuidados em contexto de emergência.

Da dissecação da literatura para a conceptualização deste projeto de investigação, explana-se a variedade de estudos acerca dos benefícios da aplicabilidade de um novo método de desempenho na prestação de cuidados humanizados e personalizados, porém poucos foram ao de encontro da questão mentora do estudo.

A diminuta evidência científica acerca da viabilidade e performance das ferramentas de triagem, desenrolam-se como um entrave à sua aceitação, daí que, se torne improrrogável que novos projetos sejam desenvolvidos e aplicados na prática clínica de modo a obter dados válidos e concretos que avaliem as suas condutas por forma a garantir a sua ampla adesão e aceitação.

Tendo em consideração os agentes facilitadores esmiuçados na evidência, os mesmos devem contribuir pela procura de novas abordagens que promovam a QdV e a autonomia da pessoa doente e seus cuidadores/familiares frente à terminalidade.

A educação profissional e interprofissional emancipa-se como estratégia decisiva para a mudança.

Em contextos de vulnerabilidade e sofrimento multidimensional, a teoria de Kolcaba é justificada pela necessidade de manter o conforto e bem-estar quando o tratamento curativo já não é mais viável e onde se prevê um desfecho a curto prazo. A manutenção do conforto é vital na promoção de uma morte digna livre de sofrimento.

Em verdade, a mudança da conjuntura atual fomentava cuidados equitativos e de alta qualidade, diminuindo as disparidades étnicas e raciais, onde uma população mais empobrecida não tem acesso a estes cuidados altamente diferenciados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Os incessantes avanços na área da saúde podem proporcionar constrangimentos à prática de cuidados de alta qualidade. Nessa linha orientadora, perspectiva-se que o profissional adquira uma postura dinamizadora na procura pelas melhores e mais recentes evidências científicas, por forma a sustentar a sua tomada de decisão atuando em conformidade pelos melhores interesses da pessoa doente e seus cuidadores/familiares.

Assim, o estágio de Natureza Profissional e a concretização deste projeto de Investigação convergem numa oportunidade ímpar para o desenvolvimento de Competências Avançadas de Enfermagem Especializada e de Investigação.

A aquisição das três esferas da competência em Enfermagem (conhecimentos, atitudes e habilidades), foram desencadeadas pelas vastas experiências proporcionadas no local de estágio e pelas interações contínuas com a equipa interdisciplinar, promotoras do incremento da capacidade crítico reflexiva.

Torna-se pertinente destacar o papel do EE na prática de cuidados personalizados à pessoa doente e seus cuidadores/familiares, dado a sua capacidade de tomada de decisão perante um julgamento clínico exímio na identificação e promoção de ações baseadas no melhor estado da arte, e que colidem no alívio do sofrimento multidimensional, “maximizando o seu bem-estar, conforto e QdV” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em virtude do processo de pesquisa para a consubstanciação deste projeto de Investigação, afere-se que o mesmo contribuiu de forma eficiente para o amadurecimento pessoal e profissional.

As aprendizagens de novas metodologias foram conduzidas pela exigência inerente ao projeto supracitado. Na verdade, a indagação pela resposta à questão norteadora de investigação não se verificou acessível perante a escassez de literatura. O acesso a artigos também foi um fator limitador. Contudo de uma forma global as principais barreiras à implementação de uma nova ferramenta de triagem no SU, foram identificadas e validadas de forma unânime pelos estudos inclusos.

A evidência científica, respalda a existência de ferramentas, aplicadas no SU em alguns países, umas com resultados mais efetivos e mais bem aceites pelos prestadores de cuidados em contexto de emergência. Porém, o que se legitima é que ainda se prevê um árduo trabalho na mudança do paradigma biomédico. De facto, há que em primeiro lugar mudar o

pensamento da conjuntura atual, onde a emergência surge como um meio para salvar vidas a todo o custo. Há, desse modo, a tarefa de educar e orientar os profissionais para um remodelamento dos cuidados e estilo de vida na presença de uma doença limitadora e ameaçadora da vida humana, numa ótica humana pela promoção do conforto e bem-estar, orientado com princípios da bioética e dos CP.

Para tal ser exequível, a educação interprofissional apresenta-se como uma estratégia para o seu sucesso. Capacitar os profissionais acerca dos princípios e propósitos dos CP, numa população cada vez mais envelhecida, e com o aumento de doenças crónico degenerativas, leva a melhoria dos cuidados e práticas de qualidade onde se protege a pessoa doente e seus cuidadores/familiares de ações desajustadas, causadoras de sofrimento, onde se prevê o aumento da satisfação dos intervenientes no processo de cuidar.

Quando a mudança de pensamento for aceite pela comunidade do SU, a aplicação de uma ferramenta de triagem capaz de detetar precocemente pessoas com necessidades significativas de CP no SU, será mais bem aceite.

Tendo em apreço os contextos de sofrimento e vulnerabilidade da pessoa doente e seus cuidadores/familiares, tornar os profissionais aptos e hábeis na procura pelas melhores práticas, promove cuidados de alta qualidade, humanizados e personalizados. No limite da vida, a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada progressiva e ou terminal e seus cuidadores/familiares são os principais atores neste enredo e os profissionais os veículos de suporte a efetivação das suas predileções. Assim, há que respeitar e dignificar as suas vontades e preferências potenciando a tomada de decisão informada e compartilhada. Para tal, o profissional deve ser abster de juízos de valor e ideias pré-concebidas respeitando a unidade de cuidados, o tempo para aceitação da nova realidade e validar as suas escolhas mesmo que tal conflua com as suas crenças e valores, pois dignidade é um termo subjetivo, e aquilo que eu considero digno pode não o ser para o outro.

Considerando os elementos abordados ao longo da realização deste projeto de investigação, é lícito reiterar que os objetivos delineados no início deste projeto foram alcançados com sucesso.

Por fim, este documento, afigura-se um marco de prestígio na formação académica na medida em permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências preconizadas pela OE pelo Colégio de Especialidade Médico Cirúrgica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Aaronson, E. L., George, N., Ouchi, K., Zheng, H., Bowman, J., Monette, D., Jacobsen, J., & Jackson, V. (2019). The Surprise Question Can Be Used to Identify Heart Failure Patients in the Emergency Department Who Would Benefit From Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(5), 944–951. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.02.007>
- Aguadeiro, A. R., & Faustino, S. (2021). *The collusion of silence: bioethical analysis of a clinical case*. 13, 49–55. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9719>
- Almeida, A. L., Coelho, A., Martins, A., Martins, A. L., Massena, A., Luís, A. M., Veiga, A., Vaz, A., Augusto, B., Ferreira, B. O., Gafanhão, C. M., Nunes, C., Belim, C., Almeida, C. V., Pinto, D., Pinheiro, D., Pinheiro, D., Rocha, E., Feio, G., ... Lima, V. (2022). *ENSAIO SOBRE O CONCEITO DE LITERACIA EM SAÚDE*.
- Almeida, A. P. G. de Zamberlan, C., Rodrigues, C. de F., & Ilha, S. (2021). Percepção e vivência dos enfermeiros acerca dos cuidados paliativos no contexto hospitalar. *Research, Society and Development*, 10(4), e32510412208. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.12208>
- Alves, R. S. F., & Oliveira, F. F. B. (2022). Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde: Avanços e Dificuldades. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003238471>
- Ayala, A. L. M., Santana, C. H., & Landmann, S. G. (2021). Cuidados paliativos: conhecimento da equipe de enfermagem. *Semina: Ciências Biológicas e Da Saúde*, 42(2), 155–166. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2021v42n2p155>
- Barbosa, A. P. de M., & Santo, F. H. do E. (2022). Permanent education on palliative care for nursing professionals: an integrative literature review / Educação permanente sobre cuidados paliativos para profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 14, 1–8. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11534>
- Barros, E. de J. S., Barbosa, V. L. R. S., & Soares, E. de F. G. (2022, February 5). A relação da Síndrome de burnout com a ausência de qualidade de vida no trabalho de enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(2), e9483. <https://doi.org/10.25248/reas.e9483.2022>
- Benner, P. (2001). *From Novice to Expert*. Quarteto Editora.
- Beretta, L. de L., Santos, M. L. S. C. dos, Dos Santos, W. A., Fuly, P. C., & Berardinelli, L. M. M. (2020). Resiliência no processo do cuidado aos pacientes com feridas tumorais

- malignas: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(4), e117942922. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2922>
- Bourmorck, D., de Saint-Hubert, M., Desmedt, M., Piers, R., Flament, J., & De Brauwer, I. (2023). SPICT as a predictive tool for risk of 1-year health degradation and death in older patients admitted to the emergency department: a bicentric cohort study in Belgium. *BMC Palliative Care*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01201-9>
- Bowman, J., George, N., Barrett, N., Anderson, K., Dove-Maguire, K., Baird, J., & Shah, M. N. (2016). Acceptability and Reliability of a Novel Palliative Care Screening Tool among Emergency Department Providers. *Academic Emergency Medicine*, 23(6), 694–702. <https://doi.org/10.1111/acem.12963>
- Brabo, B. C. F., & Laprano, M. G. G. (2018). Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo em cardiologia. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 12(9), 2341. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234942p2341-2348-2018>
- Brickey, J., Flannery, M., Cuthel, A., Cho, J., Grudzen, C. R., Blaum, C., Southerland, L., Bischof, J., Ouchi, K., Elie, M. C., Swor, R., Jubanyik, K., Goldfeld, K. S., Cohen, S. E., Kim, A., Lowy, J., Scherer, J. S., Bael, N. E., Gafford, E., ... Navarro, M. (2022). Barriers to recruitment into emergency department-initiated palliative care: a sub-study of a multi-site, randomized controlled trial. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00899-9>
- Brito, F. M., Coutinho, M. J. F., Andrade, C. G. de, Costa, S. F. G. da, Costa, I. C. P., & Santos, K. F. O. dos. (2017). Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar Palliative care and communication: study with health professionals of the home care service. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(1), 215–221. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.215-221>
- Cahill, P. J., Lobb, E. A., Sanderson, C., & Phillips, J. L. (2017). What is the evidence for conducting palliative care family meetings? A systematic review. In *Palliative Medicine* (Vol. 31, Issue 3, pp. 197–211). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/0269216316658833>
- Campos, V. F., Silva, J. M. da, & Silva, J. J. da. (2019). Communication in palliative care: Team, patient and family. *Revista Bioetica*, 27(4), 711–718. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354>
- Capelas, M. L. (2016). *Qualidade e Cuidados Paliativos* (A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, Eds.; 3rd ed.). Faculdade de Medicina de Lisboa. <https://www.researchgate.net/publication/310796390>
- Capelas, M. L., Simões, A. S. A. W. F., Teves, C. F. T. M., Durão, S. A. P., Coelho, S. P. F., Silva, S. C. F. S., Silva, A. E., & Afonso, T. dos S. (2018). Indicadores de qualidade prioritários

- para os serviços de cuidados paliativos em Portugal Priority Quality Indicators for Palliative Care Services in Portugal. *Cadernos de Saúde*, 10, 11–24. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>
- Cardona, M., O'sullivan, M., Lewis, E. T., Turner, R. M., Garden, F., Alkhouri, H., Asha, S., Mackenzie, J., Perkins, M., Suri, S., Holdgate, A., Winoto, L., Chang, D. C. W., Gallego-Luxan, B., McCarthy, S., Hillman, K., & Breen, D. (2019). Prospective validation of a checklist to predict short-term death in older patients after emergency department admission in Australia and Ireland. *Academic Emergency Medicine*, 26(6), 610–620. <https://doi.org/10.1111/acem.13664>
- Cardoso, D. F. B., Santos, D. G. S. M., Rodrigues, J. F. C., Bento, N., Rodrigues, R. M. C., & dos Reis Marques Cardoso, A. F. (2021). Promoting evidence-based practice: training health professionals for the evidence synthesis. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0180>
- Cardoso, R., Pereira Caldas, C., & Alfradique De Souza, P. (2019). *USO DA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA* USE OF THE THEORY OF KOLCABA COMFORT IN THE IMPLEMENTATION OF THE NURSING PROCESS: INTEGRATIVE REVIEW USO DE LA TEORÍA DEL CONFORT DE KOLCABA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ENFERMADO: REVISIÓN INTEGRATIVA. 118–128. <https://doi.org/10.18554/reas.v8i1.2758>
- Castro, V. A. de, Santos, M. F. da S., Silva, T. L. da, Silva, A. C. da, Tancredo, D. S. C., Rocha, M. E., Silva, F. J. G. da, Freitas, L. de S. O., & Santana, T. S. de. (2021). A comunicação da equipe multiprofissional na transição para os cuidados paliativos: Uma revisão da literatura / Multiprofessional Team Communication in the Transition to Palliative Care: A Literature Review. *Brazilian Journal of Development*, 7(8), 85414–85428. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-650>
- Cheluvappa, R., & Selvendran, S. (2022). *Enfermagem em cuidados paliativos na Austrália e o papel da enfermeira em cuidados paliativos*. <https://doi.org/10.3390/enfermeirarep12030058>
- Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*, 334, 184–187.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *The Lancet*, 360, 21–28.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520–5525. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>

- Cotogni, P., De Luca, A., Evangelista, A., Filippini, C., Gili, R., Scarmozzino, A., Ciccone, G., & Brazzi, L. (2017). A simplified screening tool to identify seriously ill patients in the Emergency Department for referral to a palliative care team. *Minerva Anestesiologica*, 83(5), 474–484. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.16.11703-1>
- Coutinho, V. S., & Maia, L. F. S. (2020, April). Pacientes oncológicos terminais: desafios do enfermeiro na percepção e enfrentamento dos cuidados paliativos. *Atenas Higeia*, 2(2), 27–32.
- Dev, R., Coulson, L., Del Fabbro, E., Palla, S. L., Yennurajalingam, S., Rhondali, W., & Bruera, E. (2013). A prospective study of family conferences: Effects of patient presence on emotional expression and end-of-life discussions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(4), 536–545. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.10.280>
- Direção-Geral da Saúde, & Conselho Nacional de Oncologia. (2005). *PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS* (D.-G. da S. DGS, Ed.). <http://www.dgs.pt>
- Downing, J., Batuli, M., Kivumbi, G., Kabahweza, J., Grant, L., Murray, S. A., Namukwaya, E., & Leng, M. (2016). A palliative care link nurse programme in Mulago Hospital, Uganda: An evaluation using mixed methods. *BMC Palliative Care*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0115-6>
- Farias, M. S., Brito, L. L. M. de S., Santos, A. da S., Guedes, M. V. C., Da-Silva, L. de F., & Chaves, E. M. C. (2019). REFLECTIONS ON KNOWLEDGE, KNOWING-HOW AND HOW TO BEHAVE IN NURSING TRAINING. *Reme Revista Mineira de Enfermagem*, 23. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190055>
- Feiteira, B. (2017). *AS CONFERÊNCIAS FAMILIARES EM CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM*.
- Felix, Z. C., Batista, P. S. de S., Costa, S. F. G., Lopes, M. E. L., Oliveira, R. C., & Abrão, F. M. da S. (2014). Revista Gaúcha de Enfermagem Artigo Original O cuidar de enfermagem na terminalidade: observância dos princípios da bioética. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 97–102. <https://doi.org/10.1590/1983>
- Ferraz, L., Schneider, L., Pereira, R. P., & Pereira, A. (2019). Ensino e aprendizagem da prática baseada em evidências nos cursos de Enfermagem e Medicina. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 101(257). <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.101i257.4424>
- Ferreira, B. P., Galdino, M. J. Q., & Martins, E. A. P. (2024). Autocuidado e qualidade de vida entre enfermeiros e técnicos de enfermagem de um hospital público. *Peer Review*, 6(8), 136–154. <https://doi.org/10.53660/prw-2083-3819>
- Figueredo, D. V. A., & Souza, A. S. R. (2022). Palliative care in fetal medicine. In *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil* (Vol. 21, Issue 4, pp. 975–976). Instituto Matemo

Infantil Professor Fernando Figueira. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000400001>

- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2007). *Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades Palliative care: interfaces, conflicts and necessities*.
- Freitas, A. P. P. R. (2021). *DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: do cuidado à pessoa em situação crítica à pessoa em situação paliativa*.
- George, N., Barrett, N., McPeake, L., Goett, R., Anderson, K., & Baird, J. (2015). Content Validation of a Novel Screening Tool to Identify Emergency Department Patients with Significant Palliative Care Needs. *Academic Emergency Medicine*, 22(7), 823–827. <https://doi.org/10.1111/acem.12710>
- George, N., Phillips, E., Zaurova, M., Song, C., Lamba, S., & Grudzen, C. (2016). Palliative care screening and assessment in the emergency department: A systematic review. In *Journal of Pain and Symptom Management* (Vol. 51, Issue 1, pp. 108-119.e2). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.07.017>
- Girão, A. (2022, July 15). A importância da implementação da conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Egitania Scientia*, 143–164.
- Glajchen, M., Goehring, A., Johns, H., & Portenoy, R. K. (2022). Family Meetings in Palliative Care: Benefits and Barriers. In *Current Treatment Options in Oncology* (Vol. 23, Issue 5, pp. 658–667). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00957-1>
- Glajchen, M., Lawson, R., Homel, P., Desandre, P., & Todd, K. H. (2011). A rapid two-stage screening protocol for palliative care in the emergency department: A quality improvement initiative. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(5), 657–662. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.06.011>
- Gleacias Marçal, R., Freitas, B. L., Lima, S. S., Xavier, F. C., & Silva, P. (n.d.). *PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS PROFILE OF PROFESSIONALS OF A PALLIATIVE CARE UNIT*. <https://doi.org/10.5205/reuol.6121-57155-1-ED.0905201522>
- Gomes, J. M. F. (2010). *A FORMAÇÃO PARA A RESPONSABILIDADE EM ENFERMAGEM*.
- Gomes, M. K. S., Oliveira, É. V. M. de, Silva, Á. D. M. e, & Silva, J. V. da. (2021). Habilidades e percepções do enfermeiro frente aos cuidados paliativos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(11), e9064. <https://doi.org/10.25248/reas.e9064.2021>
- Grudzen, C. R., Richardson, L. D., Morrison, M., Cho, E., & Sean Morrison, R. (2010). Palliative care needs of seriously ill, older adults presenting to the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 17(11), 1253–1257. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2010.00907.x>

- Hasson, F., Kernohan, W. G., Waldron, M., Whittaker, E., & McLaughlin, D. (2008). The palliative care link nurse role in nursing homes: Barriers and facilitators. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 233–242. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04803.x>
- Kirkland, S. W., Yang, E. H., Garrido Clua, M., Kruhlak, M., Campbell, S., Villa-Roel, C., & Rowe, B. H. (2022). Screening tools to identify patients with unmet palliative care needs in the emergency department: A systematic review. In *Academic Emergency Medicine* (Vol. 29, Issue 10, pp. 1229–1246). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/acem.14492>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company.
- Köstenberger, M., Neuwersch, S., Weixler, D., Pipam, W., Zink, M., & Likar, R. (2019a). Prevalence of palliative care patients in emergency departments. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 131(17–18), 404–409. <https://doi.org/10.1007/s00508-019-1530-5>
- Koyavatin, S., Liu, S. W., & Sri-on, J. (2023). A comparison of palliative care and rapid emergency screening (P-CaRES) tool, broad and narrow criteria, and surprise questions to predict survival of older emergency department patients. *BMC Palliative Care*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01205-5>
- Lakin, J. R., Robinson, M. G., Obermeyer, Z., Powers, B. W., Block, S. D., Cunningham, R., Tumblin, J. M., Vogeli, C., & Bernacki, R. E. (2019). Prioritizing Primary Care Patients for a Communication Intervention Using the “Surprise Question”: a Prospective Cohort Study. *Journal of General Internal Medicine*, 34(8), 1467–1474. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05094-4>
- Lei N° 52/2012 de 5 de Setembro (2012). Lei de Bases Dos Cuidados Paliativos, Aprovado Pelo Decreto-Lei N°30/2002 de 20 dezembro. Diário Da República I Série, N° 172 (05-09-2012) (2012).
- Lima, F. C., Silva, M. J. R. B., Mendes, C. P., Brabo, A. do S. S., Teixeira, V. R. S., & Torres, R. S. C. (2021). Educação continuada sobre cuidados de enfermagem com feridas neoplásica malignas: relato de experiência. *Revista de Casos e Consultadoria*, 12. <https://orcid.org/0000-0002-6231-852X>
- Lima, J. J., Miranda, K. C. L., Cestari, V. R. F., & Pessoa, V. L. M. de P. (2021). *A arte na prática baseada em evidências na enfermagem sob a perspectiva de Florence Nightingale*.
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S. F., Sequeira, M. S., Melo, M. F. H., & Gouveia, M. J. B. (2022). *A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura*. 30, 557–578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

- Lucas, S. G., Alfaiate, F. J. P., Santos, I. V., & Lino, I. (2022). Ceilings of treatment and treatment adequacy in the Emergency department - retrospective Study. *Scientia Medica*, 32(1). <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2022.1.41370>
- Machado, J. C., Reis, H. F. T., Sena, E. L. da S., Silva, R. S. da Boery, R. N. S. de O., & Vilela, A. B. A. (2018). O fenômeno da conspiração do silêncio em pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Enfermería Actual En Costa Rica*, 36. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i36.34235>
- Mahura, M., Karle, B., Care, H., Dick-Smith, F., & Elliott, R. (2023). *Use of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (Spict™) for End-of-life Discussions: a Scoping Review*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3273473/v1>
- Maia, M. A. de Q., Lourinho, L. A., & Silva, K. V. (2021). Competências dos profissionais de saúde em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva adulto. *Research, Society and Development*, 10(5). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14991>
- Maia, V. M., Assunção, I. P., Vilela, A. B. A., Boery, R. N. S. de O., Santos, W. da S., Pereira Lobo, M., & Oliveira, J. da S. (2024, August 28). Comunicação de más notícias realizadas por enfermeiros para pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, 17(8), 01–20. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-450>
- Mariano, A. F., Almeida, C. G., Contini, I. C. P., Nunes, M. F. G., & Tavares, S. S. (n.d.). Formas de enfrentamento do enfermeiro diante de pacientes em fim de vida. *Revista Saúde Em Foco*, 501–514.
- Martins, D. F. (2024). *Coping da enfermagem diante da morte e morrer de pacientes em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva*.
- Martins, M., De Araújo, T., & Paes Da Silva, M. J. (2012). *O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos*. 21(1), 121–129.
- Medeiros, M. O. S. F., Meira, M. D. V., Dos Santos, J. S. D. N. T., Pedreira, L. C., da Fonseca, A. C., & da Silva, R. S. (2021). Palliative care in emergency services: An integrative review. *Revista Bioetica*, 29(2), 416–426. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292479>
- Meiros, D. S., Gouveia, G. K., & Bittencourt, D. (2021). Planejamento de cuidados paliativos para idosos: revisão integrativa Palliative care planning for the elderly: integrative review. In *Com. Ciências Saúde* (Vol. 32, Issue 3).
- Mendes, E. A. R., Teixeira, F. B., Silva Junior, J. A. B. da, Farias, M. L. L., Araújo, P. R. L. de, & Soeiro, A. C. V. (2023). COMUNICAÇÃO MÉDICA, CUIDADOS PALIATIVOS E ONCOPEDIATRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(6), 1593–1611. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i6.10346>

- Mendes, J. L. V., Cardoso, S. da S., Hott, A. R. N., & Souza, F. L. dos S. (2020). IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO PARA UMA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE QUALIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA IMPORTANCE OF COMMUNICATION FOR QUALITY NURSING CARE: NA INTEGRATIVE REVIEW. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR*, 32(2), 169–174. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- Monho, B. M. F., Ferreira, I. M. P., Ribeiro, M. F. B., Alves, T. S. C., & Da Luz Lopes Dias Maurício, M. D. A. (2021). Communication in promoting dignity in palliative care: Challenges for nursing. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.34788>
- Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., & Beck, C. L. C. (2020). Perspectivas dos Profissionais da Saúde sobre o Cuidado a Pacientes em Processo de Finitude. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003191910>
- Moraes, L. M. C. B., Leite, A. C. de S., Silva, T. É. C., Lima, A. V. R., Gomes, A. A. B., Carmo, T. da S., Leal, T. da S., Silva, S. K. R., Maia, L. de C., & Soares, I. F. de M. (2022). BENEFÍCIOS DE UMA BOA COMUNICAÇÃO NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA. In *Open Science Research III* (pp. 897–906). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/220308459>
- Morais, E. N. de Conrad, D., Mattos, E. M. de, Cruz, S. A. C. da, Machado, G. C., & Abreu, M. de O. (2018). Cuidados paliativos: enfrentamento dos enfermeiros de um hospital privado na cidade do Rio de Janeiro – RJ / Palliative care: coping nurses in a private hospital in the city of Rio de Janeiro - RJ. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(2), 318–325. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.318-325>
- Moreira, M., Coutinho, V., Henriqueta Figueiredo, M., & Neves Coelho, A. (2022). *Protocolo de Revisión Metodologias Pedagógicas em Enfermagem de Saúde Familiar: Protocolo de Scoping Review*. 43. <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.v>
- Myakava, L. H. K., Santos, M. A. dos, & de Araújo Püschel, V. A. (2021a). Knowledge, skills, and attitudes of nursing students on evidence-based practice. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 55, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0428>
- Nascimento, F. da C., Santos, N. R. F. M., Cavalcante, A. de A., Costa, J. A., Batista, E. M. M., Dos Santos, T. L. C., Da Silva, N. A. G., & Da Silva, G. B. (2024). Fadiga por compaixão e burnout em profissionais de cuidados em saúde: uma revisão narrativa sobre suas similaridades, diferenças e implicações clínicas. *OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA*, 22(1), 1727–1752. <https://doi.org/10.55905/oelv22n1-092>
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*.
- Neto, I. G., & Trindade, N. (2007). Family meetings as a means of support for patients. *European Journal of Palliative Care*, 105–108.

- Neves, T. M. A., Marques, A. M., Correia, M. G., Querido, A., & Marques, A. A. (2022a). Health professionals' knowledge of palliative care: Analysis of a Portuguese central hospital. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2022(1), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21041>
- Novais, R., Kaizer, U. A. de O., & Domingues, E. A. R. (2022). Cuidados de enfermagem para pessoas com feridas neoplásicas malignas: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(37). <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.37-art.1254>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. I. [www.ess.ips.pt](http://www.ess.ips.pt)
- Oliveira, L. G. de, & Luz, L. (2021). Intervenções de enfermagem no cuidado paliativo oncológico: revisão integrativa. *Scire Salutis*, 12(1), 158–169. <https://doi.org/10.6008/cbpc2236-9600.2022.001.0018>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º122/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das competências Comuns do enfermeiro especialista. Diário da República II serie, n.º35 (18-02-2011)*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º429/2018 de 16 de julho de (2018). Regulamento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República II serie, n.º 135 (16-07-2018)*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II serie, n.º26 (06-02-2019)*.
- Ornellas, T. C. F. de, & Monteiro, M. I. (2023). Lifelong learning in nursing: Modern challenges. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6(2). <https://doi.org/10.12707/RVI22055>
- Pacheco, L. da S. P., Santos, G. S. dos, Machado, R., Granadeiro, D. da S., Melo, N. G. S. de, & Passos, J. P. (2020). O processo de comunicação eficaz do enfermeiro com o paciente em cuidados paliativos. *Research, Society and Development*, 9(8). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6524>
- Paixão, S., Aparício, G., Duarte, J., & Maia, L. (2020). Cuidados paliativos pediátricos: Necessidades formativas e estratégias de coping dos profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0247>
- Parente, A. do N., Ferreira, G. R. O. N., Cunha, C. L. F., Ramos, A. M. P. C., Sá, A. M. M., Haddad, M. do C. F. L., Parente, A. T., & Carneiro, M. S. (2023). Educação permanente para qualidade e segurança do paciente em hospital acreditado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 37. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024ao0000041>

- Paz, J. (2022). *Ética e Investigação no Digital*. <https://doi.org/10.34627/leadf.2022.6>
- Perniciotti, P., Vicente Serrano Júnior, C., Vidigal Guarita, R., Junqueira Morales, R., & Wilma Romano, B. (2020). Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção Burnout syndrome in healthcare professionals: update on definitions, risk factors and preventive measures. *Rev. SBPH*, 23(1), 35–52.
- Pinto, K. D. C., Cavalcanti, A. do N., & Maia, E. M. C. (2020, November). Princípios, desafios e perspectivas dos cuidados. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 226–257.
- Pollock, D., Tricco, A. C., Peters, M. D. J., McInerney, P. A., Khalil, H., Godfrey, C. M., Alexander, L. A., & Munn, Z. (2022). Methodological quality, guidance, and tools in scoping reviews: a scoping review protocol and 12 The Scottish Centre for Evidence-based Multi-professional Practice: A JBI Centre of Excellence, Aberdeen, Great Britain. In *JBI Evid Synth* (Vol. 20, Issue 4). <https://JBI.global/>
- Pontes, A. C., Leitão, I. M. T., & Ramos, I. C. (2008). *Comunicação terapêutica em Enfermagem instrumento essencial do cuidado*. 3, 312–318.
- Porto, A. R., Thofehnr, M. B., Pai, D. D., Amestoy, S. C., Arrieira, I. C. de O., & Joner, L. R. (2014). *Visão de os profissionais sobre seu trabalho no programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: uma realidade brasileira*. 72–79.
- Powazki, R. D. (2011). The family conference in oncology: Benefits for the patient, family, and physician. *Seminars in Oncology*, 38(3), 407–412. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2011.03.011>
- Powazki, R. D., & Walsh, D. (2014). The family conference in palliative medicine: A practical approach. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 31(6), 678–684. <https://doi.org/10.1177/1049909113499444>
- Querido, A. (2018). A ESPERANÇA COMO FOCO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial 6*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0206>
- Ramos, A. P., Farias, A. P. F. de, Saraiva, A. de A., Passos, F. da S. S., Sherrer Júnior, G., & Passos, K. G. (2021). Síndrome de burnout e qualidade de vida em enfermeiros. *Enfermagem Brasil*, 20(5), 672–684. <https://doi.org/10.33233/eb.v20i5.4855>
- Ramos, R. H., & Mazalo, J. V. (2024). METODOLOGIAS DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA. *Revista Nova Paideia - Revista Interdisciplinar Em Educação e Pesquisa*, 6(2), 137–155. <https://doi.org/10.36732/riep.v6i2.398>
- Reis, B., Fátima, J., & Knaut, F. (2022). Caracterização de variáveis envolvidas na atuação analítico-comportamental em contexto de cuidados paliativos. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 25(1), 29–42.

- Reuter, Q., Marshall, A., Zaidi, H., Sista, P., Powell, E. S., McCarthy, D. M., & Dresden, S. M. (2019). Emergency Department-Based Palliative Interventions: A Novel Approach to Palliative Care in the Emergency Department. *Journal of Palliative Medicine*, 22(6), 649–655. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0341>
- Rhondali, W., Dev, R., Barbaret, C., Chirac, A., Font-Truchet, C., Vallet, F., Bruera, E., & Filbet, M. (2014). Family conferences in palliative care: A survey of health care providers in France. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(6), 1117–1124. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.03.007>
- Richardson, P., Greenslade, J., Shanmugathan, S., Doucet, K., Widdicombe, N., Chu, K., & Brown, A. (2015). PREDICT: A diagnostic accuracy study of a tool for predicting mortality within one year: Who should have an advance healthcare directive? *Palliative Medicine*, 29(1), 31–37. <https://doi.org/10.1177/0269216314540734>
- Rigue, A. A., & Monteiro, D. da R. (2020). Dificuldades dos profissionais de enfermagem na gestão assistencial aos pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Research, Society and Development*, 9(10.9073). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9073>
- Rodrigues, M. de S. D., Lucena, P. L. C., Lordão, A. V., Costa, B. H. S., Batista, J. B. V., & Costa, S. F. G. da. (2021). Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos: revisão de escopo. *Reme Revista Mineira de Enfermagem*, 25, 1–13. <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210034>
- Salvador, P. T. C. de O., Alves, K. Y. A., Costa, T. D. da, Lopes, R. H., Oliveira, L. V. e, & Rodrigues, C. C. F. M. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde*, 6. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058>
- Sampaio, D. C., Dominguez, R. G. S., & Rivemales, M. da C. C. (2021). Teorias de enfermagem e sua articulação com a prática: Relato de experiência / Nursing theories and their articulation with practice: Experience report. *Brazilian Journal of Development*, 7(11), 107211–107219. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-383>
- Santana, M. A. G., Santos, T. S., Jesus, A. A., Oliveira, A. H. de, Farre, A. G. M. da C., & Rocha, H. M. do N. (2022). Implantação precoce dos cuidados paliativos no pronto-socorro: revisão integrativa. *Conjecturas*, 22(7), 245–264. <https://doi.org/10.53660/conj-s35-1162>
- Santos, A. L. (2004). A Importância da Ética na Investigação [41]. In *Rev Port Cardiol* (Vol. 23, Issue 4).
- Santos, A., Vieira, C., Barreto, L., Costa, T., Sousa, T., & Coelho, P. (2018, November). A RELEVÂNCIA DA CONFERÊNCIA FAMILIAR EM CONTEXTO HOSPITALAR-REVISÃO INTEGRATIVA. 5.

- Santos, B. L. F., Chaves, A. F. L., Veras, V. S., Sousa, L. B., Frota, N. M., & Nogueira, D. M. C. (2022). *Síndrome de burnout entre profissionais de enfermagem*. 13, 1–7.
- Santos, M. C., & Bernardes, A. (2010, June). A comunicação da equipa de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 359–366.
- Sarmiento, W. M., Araújo, P. C. B. de, Silva, B. N. da, Silva, C. R. D. V., Dantas, R. C. de O., & Véras, G. C. B. (2021a, June 11). Formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prática em Cuidados Paliativos. *Enfermagem Em Foco*, 12(1), 33–39. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2021.v12.n1.3805>
- Serrano, A. B., & Capelas, M. L. (2017). Intervenções Paliativas realizadas pelos enfermeiros num Serviço de Urgência aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva. *Cuidados Paliativos*, 4.
- Silva, R. S. da, Trindade, G. S. S., Paixão, G. P. do N., & Silva, M. J. P. da. (2018). Family conference in palliative care: concept analysis. In *Revista brasileira de enfermagem* (Vol. 71, Issue 1, pp. 206–213). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0055>
- Silva, J. C., Oliveira, A. S. S. de Caldas, A. L. F., Lima, F. C. de, Carneiro, D. R. da C., & Ferreira, M. F. D. C. (2021a). Estresse ocupacional em enfermeiros que atuam em cuidados paliativos oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. *Research, Society and Development*, 10(2), e22710212411. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12411>
- Silva, L. dos S., Ramos, T. H., & Kalinke, L. P. (2024, May 1). Esperança no cuidado de pacientes com câncer avançado. *Revista Ciencia y Cuidado*, 21(2). <https://doi.org/10.22463/17949831.4327>
- Silva, L. M., Gonçalves, L. da S., Colares, L. M., Pereira, M. D., Moreira, L. A., & Silva, S. A. B. (2023). Papel do cuidado paliativo na assistência perinatal. *Research, Society and Development*, 12(6), e10512642082. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42082>
- Silva, M. M., Santanda, N. G. M. de, Santos, M. C., Cirilo, J. D., Barrocas, D. L. R., & Moreira, M. C. (2015, July). Palliative care in highly complex oncology care: perceptions of nurses. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(3), 460–466. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150061>
- Silva, M., Santanda, N., Santos, M., Cirilo, J., Barrocas, D., & Moreira, M. (2015). Palliative care in highly complex oncology care: perceptions of nurses. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(3), 460–466. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150061>
- Silva, S. C., & Jewur, J. A. de S. (n.d.). *DIÁLOGO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO CUIDADO PALIATIVO JUNTO AO PACIENTE NO PROCESSO DE FINITUDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA* *DIALOGUE OF THE MULTIDISCIPLINARY TEAM IN PALLIATIVE CARE WITH THE PATIENT IN THE FINITUDE PROCESS: A SYSTEMATIC REVIEW* (Vol. 74).

- Silva, S. de O., Vidal, S. A., Oliveira, E. P. C., Morais, G. S. da N., Almeida, L. S., & Silva, K. L. B. da. (2019). Conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos a pacientes oncológicos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(9), e369. <https://doi.org/10.25248/reas.e369.2019>
- Silva, T. S. S., Pedreira, R. B. S., Lima, E. R., Santos, L. dos, Reis, T. T., Rocha, M. P. da, Cruz, S. P. L., Vilela, A. B. A., Boery, R. N. S. de O., & Silva, R. S. da. (2022). Desafios da equipe multiprofissional em cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(6), e18511628904. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28904>
- Sousa, F. M. S., Severo, A. K. de S., Félix-Silva, A. V., & Amorim, A. K. de M. A. (2020). Interprofessional education and permanent health education as a strategy for building comprehensive care in the psychosocial care network. *Physis*, 30(1), 1–21. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300111>
- Souza, D. G., Brandão, V. P., Morais, J. A. V., & Jesus, N. O. (2021). TEORIAS DE ENFERMAGEM: RELEVÂNCIA PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL NA ATUALIDADE. In Editora Inovar (Ed.), *TEORIAS DE ENFERMAGEM: RELEVÂNCIA PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL NA ATUALIDADE* (1ª). Editora. Inovar. <https://doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-80476-74-9>
- Souza, M. C. dos S., Jaramillo, R. G., & Borges, M. da S. (2021). Comfort of patients in palliative care: an integrative review. *Enfermeria. Global*, 20(1), 451–465. <https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>
- Steinmeyer, Z., Piau, A., Thomazeau, J., Kai, S. H. Y., & Nourhashemi, F. (2021). Mortality in hospitalised older patients: the WHALES short-term predictive score. *BMJ Supportive & Palliative Care*, bmjspcare-2021-003258. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003258>
- Suri, H. (2019). Ethical Considerations of Conducting Systematic Reviews in Educational Research. In *Systematic Reviews in Educational Research: Methodology, Perspectives and Application* (pp. 41–54). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-27602-7\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-658-27602-7_3)
- Taffner, V. B. M., Pimentel, R. R. da S., de Almeida, D. B., de Freitas, G. F., & Do Santos, M. J. (2022). Nursing Theories and Models as theoretical references for Brazilian theses and dissertations: a bibliometric study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0201>
- Tan, A., Durbin, M., Chung, F. R., Rubin, A. L., Cuthel, A. M., McQuilkin, J. A., Modrek, A. S., Jamin, C., Gavin, N., Mann, D., Swartz, J. L., Austrian, J. S., Testa, P. A., Hill, J. D., Grudzen, C. R., Abella, B., Allard, D., Austrian, J., Bellolio, M. F., ... Zimny, E. (2020). Design and implementation of a clinical decision support tool for primary palliative Care for

- Emergency Medicine (PRIM-ER). *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12911-020-1021-7>
- Tavares, P., Santos Silva, R., & Magalhães, B. (2022). Fatores determinantes na transição para cuidados paliativos: Perspetiva de enfermeiros peritos. *Onco.News*, 45, e058.  
<https://doi.org/10.31877/on.2022.45.01>
- Torquato, A. C. C., dos Santos Torquato, L. P. C., & dos Santos, T. O. C. (2022). Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em cuidados paliativos atendidos em um serviço de urgência geral. *Medicina (Brazil)*, 55(3). <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.194445>
- Totola, L. T., Fonseca, M. B., Silva, S. F. F. N. B. da, Soares, G. B., Costa, V. P., Carvalho, M. A., Prezotto, E. F., Dixini, P. G. R., Maciel, C. E. de S., Ramos, A. B. U., Pereira, G. L. A., Silva, R., & Bezerra, T. A. R. (2023). A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA. *Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas Em Qualidade de Vida*, 2.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. In *Annals of Internal Medicine* (Vol. 169, Issue 7, pp. 467–473). American College of Physicians.  
<https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Valadão, F. S., Sanchez, M. C. O., Porto, M. A. de O. P., Xavier, M. L., Braga, A. L. de S., & Chrizostimo, M. M. (2022). Processo de comunicação entre a equipe multidisciplinar no contexto da gestão na atenção básica: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(11), e86111133465. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33465>
- Vasconcelos, N. L. (2019). *AUTONOMIA DOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA*.
- Vitoria, A. E., & Martins, W. (2023, August 24). DIFICULDADES E ENFRENTAMENTOS DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS. *RECISATEC - REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA - ISSN 2763-8405*, 3(8).  
<https://doi.org/10.53612/recisatec.v3i8.305>
- Wang, R. F., Lai, C. C., Fu, P. Y., Huang, Y. C., Huang, S. J., Chu, D., Lin, S. P., Chaou, C. H., Hsu, C. Y., & Chen, H. H. (2021a). A-qCPR risk score screening model for predicting 1-year mortality associated with hospice and palliative care in the emergency department. *Palliative Medicine*, 35(2), 408–416. <https://doi.org/10.1177/0269216320972041>

- Wang, Y. J., Hsu, C. Y., Yen, A. M. F., Chen, H. H., & Lai, C. C. (2024). Advancing screening tool for hospice needs and end-of-life decision-making process in the emergency department. *BMC Palliative Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01391-w>
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. (2ª).
- Zeng, H., Eugene, P., & Supino, M. (2020). Would You Be Surprised if This Patient Died in the Next 12 Months? Using the Surprise Question to Increase Palliative Care Consults From the Emergency Department. *Journal of Palliative Care*, 35(4), 221–225. <https://doi.org/10.1177/0825859719866698>



---

## **ANEXOS**



**ANEXO I: CERTIFICADO PRESENÇA I JORNADAS  
HUMANIZAÇÃO**

---



## CERTIFICADO

Certifica-se que **DANIELA PATRICIA MACHADO SANTOS** participou no evento **I JORNADAS DA HUMANIZAÇÃO DO CHVNGE «Humanização Hospitalar - Hoje»**, que teve lugar no Auditório Dr. António Correia de Campos, no(s) dia(s) 26, 27 de Outubro de 2023, no total de 12h00.

ora



**ANEXO II: CERTIFICADO PRESENÇA CONGRESSO  
APTFERIDAS2023**

---







## **ANEXO III: II SIMPOSIUM EM SAÚDE**

---



## **CERTIFICADO**

Certifica-se que **DANIELA PATRICIA MACHADO SANTOS** participou no evento **II SIMPOSIUM EM SAÚDE «O DOENTE MÉDICO: O Utilizador Frequente dos Cuidados de Saúde»**, que teve lugar no Auditório Dr. António Correia de Campos, no(s) dia(s) 7 de Dezembro de 2023, no total de 08h00.



**ANEXO IV: 2º CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS  
PALIATIVOS DE CASTELO BRANCO**

---







**ANEXO V: CERTIFICADO PARTICIPAÇÃO I ENCONTRO DE  
CUIDADOS PALIATIVOS DA ULSGE**

---




## Certificado de Participação

Certifica-se que

**Daniela Machado Santos**

participou no "I Encontro de Cuidados Paliativos da ULSGE" promovido pela Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho, que decorreu no dia 22 de março de 2024, entre as 9h00 e as 18h00, no Auditório do Centro de Reabilitação do Norte.

Pela Comissão Organizadora,



Tiago Oliveira  
Diretor do Serviço de Formação



**ANEXO VI: CERTIFICADO COMUNICAÇÃO LIVRE “FINITUDE EM  
CUIDADOS PALIATIVOS PERSPETIVAS DA TRÍADE DOENTE,  
CUIDADOR/FAMILIA E EQUIPA DE ENFERMAGEM**

---



## CERTIFICADO


Certifica-se que PATRÍCIA ALEXANDRA OLIVEIRA RODRIGUES (responsável pela apresentação); DANIELA PATRÍCIA MACHADO SANTOS; BEATRIZ FIGUEIREDO BALSAS; DIANA DE DEUS BESSA LEAL; SARA LIA DA SILVA FERREIRA DE CASTRO e ESMERALDA MARIA DUARTE PACHECO participaram no evento **I JORNADAS DA HUMANIZAÇÃO DO CHVNGE «Humanização Hospitalar - Hoje»**, como coautores da Comunicação Livre *«Finitude em cuidados paliativos perspectivas da tríade doente, cuidador/ família e equipa de enfermagem»* que teve lugar no Auditório Dr. António Correia de Campos, no(s) dia(s) 26 e 27 de outubro de 2023.



**ANEXO VII: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO  
“CONFERÊNCIAS FAMILIARES: DIFICULDADES E  
OPORUNIDADES”**

---





Certifica-se que **Daniela Patricia Machado Santos**, foi Formador(a) do Curso “**Conferências Familiares - Dificuldades e Oportunidades**”, que decorreu no(s) dia(s) “**6 de Fevereiro de 2024**”, com a duração de 02:00 horas.

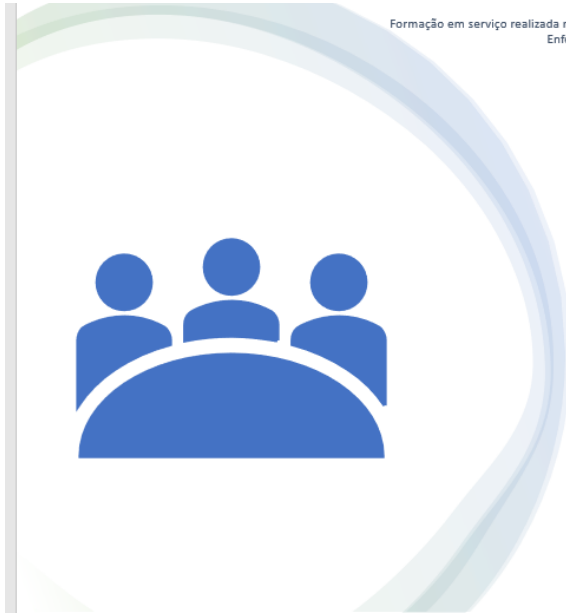
Vila Nova de Gaia, 06 fevereiro de 2024



**ANEXO VIII: PowerPoint FORMAÇÃO EM SERVIÇO  
“CONFERÊNCIAS FAMILIARES: DIFICULDADES E  
OPORUNIDADES”**

---





## Conferências Familiares

Dificuldades e Oportunidades

Daniela Santos, nº4718  
Joana Ferreira, nº4720

## Índice:

- O que é a Conferência Familiar
- Finalidade da CF
- Desafios à realização da CF
  - Barreiras Físicas
  - Barreiras Humanas
  - Barreiras Organizacionais
- Oportunidades
  - Equipa Transdisciplinar
  - Cuidadores/familiares
  - Pessoa
  - Cuidadores/familiares e pessoa
- Conclusão
- Bibliografia

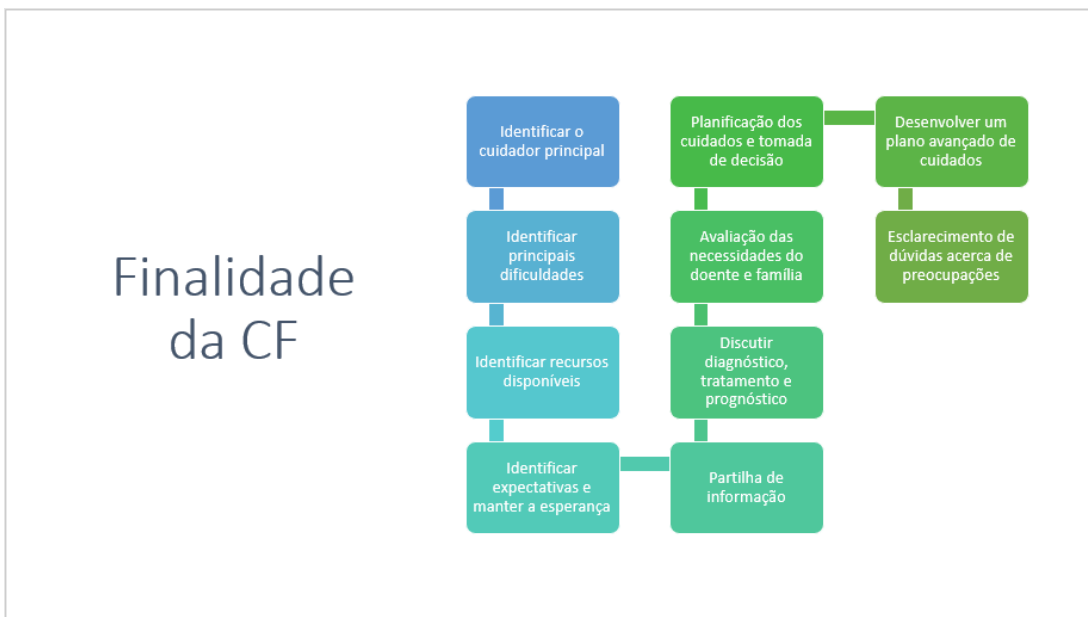




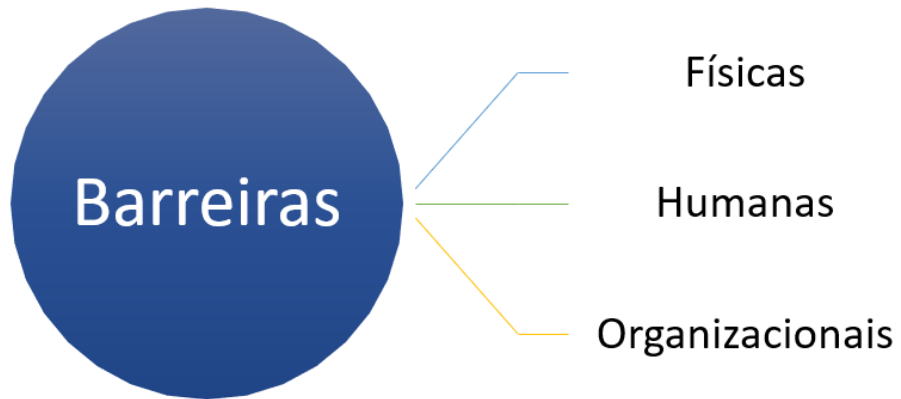
## O que é a Conferência Familiar

A conferência familiar (CF) é um instrumento de apoio e de intervenção familiar em Cuidados Paliativos (CP) na medida em que permite uma abordagem global das necessidades da pessoa e dos seus cuidadores/familiares.

Esta reunião é uma intervenção terapêutica planeada e estruturada entre a tríade (pessoa, cuidadores familiares e a equipa transdisciplinar).



## Desafios à realização da CF



### Barreiras Físicas

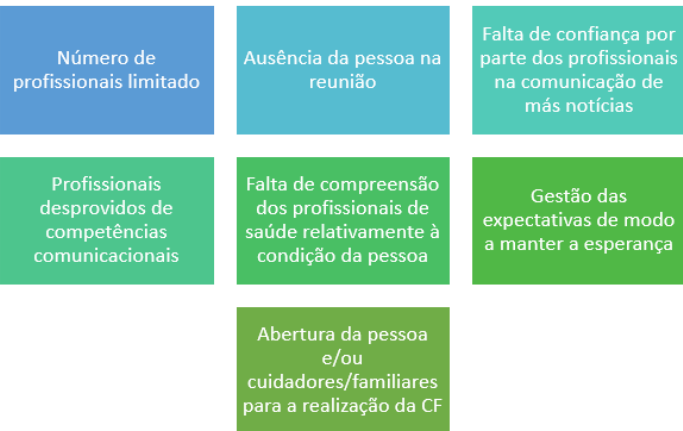
Infraestruturas

Mau isolamento sonoro

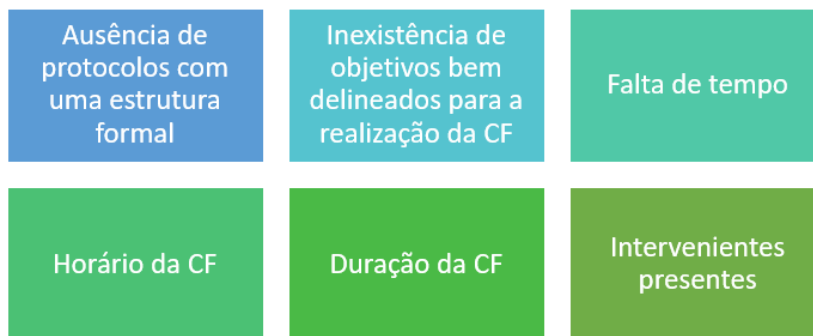
Local a realizar a CF

Interrupções indesejadas

## Barreiras Humanas



## Barreiras Organizacionais





Equipa transdisciplinar	Identificar os cuidadores/familiares de referência;
	Identificar de forma atempada as angústias dos cuidadores/familiares e intervir de forma assertiva;
	Promover maior confiança da família na equipa;
	Instrumento de comunicação com a pessoa e seus cuidadores/familiares;
	Partilhar a informação com os membros da família em simultâneo;
	Clarificar os objetivos do cuidar em conformidade com as predileções da pessoa e dos seus cuidadores/familiares;
	Efetuar a mediação entre os diferentes familiares;
	Permite conhecer a dinâmica familiar e as expectativas da pessoa e seus cuidadores/familiares sobre a doença;
	Maximizar as intervenções implementadas e o seu sucesso.

---

Pessoa	Elaborar um plano avançado de cuidados de acordo com as vontades da pessoa;
	Manter a autonomia da pessoa;
	Diminuir o sofrimento da pessoa;
	Permitir alcançar a estabilidade emocional;
	Melhoria da adesão ao regime terapêutico e do controlo sintomático;
	Promover a humanização dos cuidados.

---

---

Cuidadores/ familiares	Delinear intervenções dirigidas à angústia dos cuidadores/familiares;
	Aumentar os níveis de confiança para lidar com a situação causadora de distress;
	Incrementar a satisfação dos cuidadores/familiares;
	Proporcionar aos cuidadores/familiares um cuidado diferenciado;
	Possibilitar a reunião síncrona com a equipa transdisciplinar;
	Permitir a partilha de informação de acordo com as suas necessidades;
	Integrar os cuidadores/familiares na prestação de cuidados;
	Antecipar e prevenir a exaustão dos cuidadores/familiares;
	Envolver os cuidadores/familiares na discussão dos cuidados com a equipa, de forma a otimizar o plano de cuidados.

---

Cuidadores/  
familiares e  
Pessoa

Conscienciar a pessoa e seus cuidadores/familiares acerca do seu processo de doença, facultando-lhes estratégias de coping;

Promover o bem-estar psicossocial e espiritual;

Proporcionar um ambiente terapêutico;

Gerir emoções e expectativas;

Promover a coesão familiar e o fortalecimento das relações intra-familiares;

Facilitar o processo de luto da pessoa e dos seus cuidadores/familiares.



## Conclusão





- A comunicação em fim de vida pode ser otimizada através da utilização de CF.
- A CF, como instrumento de apoio à prática clínica, é considerada a melhor prática na medida em que permite alcançar o cuidado centrado na pessoa e seus cuidadores/familiares através da partilha de informação clara, eficiente, honesta, realista e adaptada à situação clínica da pessoa com base na manutenção da esperança (realista) e no respeito pela autonomia da pessoa em fim de vida e dos seus cuidadores/familiares.



**ANEXO IX: COMPROVATIVO ENVIO DE MENSAGEM PELO  
RESEARCHGATE**

---





ResearchGate Casa Perguntas Empregos Pesquise pesquisas, periódicos, pessoas, etc.    


Artigo





### Uma avaliação do manejo de pacientes com doença terminal avançada no departamento de emergência: um estudo de coorte observacional

Julho de 2021 · [Jornal de Medicina Paliativa](#) 24(12)  
DOI: [10.1089/jpm.2021.0004](#)

Maureen Kruhlak  
 Scott Kirkland  
Miriam Garrido Clua  
Brian H Rowe  
[Mostrar todos os 9 autores](#)

Pontuação de interesse em pesquisa \_\_\_\_\_  
Citações \_\_\_\_\_  
Recomendações \_\_\_\_\_  
Lê  \_\_\_\_\_  
[Saiba mais sobre estatísticas no Resear](#)


Visão geral Estatísticas Comentários ... **Texto completo solicitado** Compartilhar  M


ResearchGate Casa Perguntas Empregos Pesquise pesquisas, periódicos, pessoas, etc.    


Artigo

### Viabilidade de uma triagem paliativa em duas etapas utilizando os recursos existentes do departamento de emergência

Fevereiro de 2024 · [Jornal de Gerenciamento de Dor e...](#) 67(5)  
DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2024.02.002](#)

Razeen Karim  
Mustapha Saheed  
Jamison Kies  
 Danielle Doberman  
[Mostrar todos os 6 autores](#)

Pontuação de interesse em pesquisa \_\_\_\_\_  
Citações \_\_\_\_\_  
Recomendações \_\_\_\_\_  
Lê  \_\_\_\_\_  
[Saiba mais sobre estatísticas no Resear](#)

Visão geral Estatísticas Comentários ... **Texto completo solicitado** Compartilhar  Me

ResearchGate Casa Perguntas Empregos Pesquise pesquisas, periódicos, pessoas, etc. 🔍 🔔 ✉️ 💬

Artigo

## Ferramentas de triagem de cuidados paliativos no Japão: estudo transversal de utilidade

Fevereiro de 2024 · [Cuidados de suporte e paliativos](#)  
DOI: [10.1136/spcare-2023-004761](#)

Mami Minato  
Youkie Shiozawa  
Shintaro Kosaka  
👤 Kei Ouchi  
[Mostrar todos os 5 autores](#)

Pontuação de interesse em pesquisa \_\_\_\_\_  
Citações \_\_\_\_\_  
Recomendações \_\_\_\_\_  
Lê ⓘ \_\_\_\_\_  
[Saiba mais sobre estatísticas no Res](#)

Visão geral Estatísticas Comentários Citações ... **Texto completo solicitado** Compartilhar ▾

ResearchGate Casa Perguntas Empregos Pesquise pesquisas, periódicos, pessoas, etc. 🔍 🔔 ✉️ 💬

Artigo

## O sistema de triagem de cuidados paliativos na atenção avançada à emergência oncológica: desenvolvimento e validação inicial

Julho 2022 · [Cuidados de suporte e paliativos](#) 14(E1):BMJSPCARE-2022-003713  
DOI: [10.1136/spcare-2022-003713](#)

👤 Carlos Eduardo Paiva  
Fabiola de Lourdes Gonçalves de Fre Seriacco  
👤 Marco Antonio de Oliveira  
👤 Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva  
[Mostrar todos os 5 autores](#)

Pontuação de interesse em pesquisa \_\_\_\_\_  
Citações \_\_\_\_\_  
Recomendações \_\_\_\_\_  
Lê ⓘ \_\_\_\_\_  
[Saiba mais sobre estatísticas no Rese](#)

Visão geral Estatísticas Comentários ... **Texto completo solicitado** Compartilhar ▾

ResearchGate Casa Perguntas Empregos Pesquise pesquisas, periódicos, pessoas, etc. 🔍 🔔 ✉

Artigo

### Comparação do tratamento e resultados de curto prazo entre pacientes com câncer avançado e outras condições de fim de vida que se apresentam em dois departamentos de emergência canadenses

Pontuação de interesse em pesquisa \_\_\_\_\_  
Citações \_\_\_\_\_  
Recomendações \_\_\_\_\_  
Lê ⓘ \_\_\_\_\_  
[Saiba mais sobre estatísticas](#)

Fevereiro de 2022 · [Jornal de Medicina Paliativa](#) 25(6)  
DOI: [10.1089/jpm.2021.0519](#)

👤 Scott Kirkland  
👤 Esther Yang  
Miriam Garrido Clua  
Brian H Rowe  
[Mostrar todos os 11 autores](#)

---

Visão geral Estatísticas Comentários ... **Texto completo solicitado** Compartilhar

ResearchGate Casa Perguntas Empregos Pesquise pesquisas, periódicos, pessoas, etc. 🔍 🔔 ✉

Investigação

### Sintomas em pacientes de Bangladesh com cânceres incuráveis: implicações para intervenções.

Pontuação de interesse em pesquisa \_\_\_\_\_  
Citações \_\_\_\_\_  
Recomendações \_\_\_\_\_  
Lê ⓘ \_\_\_\_\_  
[Saiba mais sobre estatísticas no Res](#)

Novembro de 2018  
DOI: [10.4103/IJPC.](#)

Richard R. Love · 🇧🇩 Tahmina Ferdousy · 🇧🇩 Shamsun Nahar

---

Visão geral Estatísticas Comentários Citações Referências **Arquivo solicitado** Compartilhar ▾

ResearchGate Casa Perguntas Empregos Pesquise pesquisas, periódicos, pessoas, etc. 🔍 🔔 ✉

Artigo

### Uma oportunidade perdida no pronto-socorro: atrasos na consulta de cuidados paliativos durante a internação

Novembro de 2021 · *O Jornal Americano de Medicina de...* 51  
DOI: [10.1016/j.ajem.2021.11.002](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.002)

Leah Bright  
Korie Zink  
Eili Klein  
Gabe Kelen  
[Mostrar todos os 5 autores](#)

Pontuação de interesse em pesquisa —  
Citações —  
Recomendações —  
Lê ⓘ [Saiba mais sobre estatísticas](#)

---

Visão geral Estatísticas Comentários ... Texto completo solicitado Compartilhar