



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área  
de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**  
Relatório de Estágio

**Contributo dos Enfermeiros para o Planeamento  
Antecipado de Cuidados de Fim de Vida**  
Nurses contribution for Advance Care Planning in End of Life

**Margarida Vicente Madeira**

---

**Lisboa  
2024**



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área  
de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**

Relatório de Estágio

**Contributo dos Enfermeiros para o Planeamento  
Antecipado de Cuidados de Fim de Vida**

Nurses contribution for Advance Care Planning in End of Life

**Margarida Vicente Madeira**

Orientadora: Professora Doutora Eunice Sá

---

**Lisboa  
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*"Un peu comme un bateau  
J´avance face à la mer  
Je navigue sur les flots  
Un peu comme un bateau  
J´avance et je suis fière  
De ce que porte mon dos  
Un peu comme un bateau  
Qui trouve son équilibre  
Entre les vagues et le chaos  
Un peu comme un bateau  
(...) Malgré les épreuves, il faut continuer a sourire  
A sourire à la vie  
(...) Il y a toujours du bon  
A tirer tant qu´on respire (...)"*

Indila (2014). "Comme un bateau"

## **Agradecimentos**

Esta meta só será alcançada graças ao apoio incondicional dos que tenho do meu lado. A todos os que, de alguma forma, contribuíram para que este sonho se tornasse realidade:

OBRIGADA!!!!

O meu primeiro agradecimento e reconhecimento vai para o Rui, por me ter apoiado desde o início, como em tudo, mas sobretudo por ter atenuado as minhas ausências junto dos nossos filhos, Vicente e Madalena. A vocês, meus pequeninos, dedico o título que hei-de alcançar!

Aos meus sogros, Quina e Jorge, e à minha cunhada Sara, que foram e são abrigo, tranquilidade e estão sempre lá para nos ajudar. Sem vocês, sem dúvida, que não teria conseguido dar este passo nesta altura da vida...

Aos meus pais, Ângela e Beno, pelos valores que me inculcaram, bem como esta força para ir mais além, mesmo sabendo que será difícil, não desistir e lutar pelo que mais quero. Que exemplo, deram-me liberdade e ensinaram-me a lidar com ela! E vejam, como me ensinaram a voar...

À minha irmã Joana, cunhado Nuno e sobrinha Maria, pelo apoio constante.

À minha Equipa, especialmente às colegas e amigas Rosário, Mónica, M<sup>a</sup> João e Ana Luísa, pelo apoio permanente, paciência e compreensão pelas minhas ausências.

Às minhas Enfermeiras Orientadoras, por tudo o que me ensinaram através dos exemplos de excelência no cuidar da pessoa em situação paliativa e família. E às Equipas, que tão bem me acolheram!

Às pessoas de quem cuidei, que se confiaram e tanto me ensinaram!! Bem-haja!

À Sra. Professora Dra. Eunice Sá, que me acompanhou e orientou ao longo deste caminho.

Aos que partiram, mas que, de alguma forma, continuam a iluminar o meu percurso e me ajudam nestas conquistas.

## **Siglas**

CP – Cuidados Paliativos

DAV – Diretivas antecipadas de vontade

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC-PSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

EIHSCP - Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ERPI – Estruturas Residenciais para Idosos

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

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAC FV - Planeamento Antecipado de Cuidados de Fim de Vida

PSP - Pessoa em situação paliativa

SCPAl - Serviço de Cuidados Paliativos

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

RSE - Registo de Saúde Eletrónico

## Resumo

O Planeamento Antecipado de Cuidados é um processo que visa promover a discussão dos valores, objetivos de vida e preferências individuais, no que diz respeito a cuidados de saúde, pensando no futuro. O objetivo é procurar assegurar que a pessoa receberá cuidados de saúde sintónicos com os seus desejos, perante uma situação de doença ameaçadora da vida. Pode ser realizado por qualquer pessoa com capacidade de decisão e independentemente da sua condição de saúde, sendo recomendável a participação de um profissional relacionado com esta área. Trata-se de um processo contínuo, que se adapta à deterioração da saúde, devendo tornar-se mais específico conforme aconteça o agravamento da doença e proximidade expectável de fim de vida (Martínez et al., 2019; Rietjens et al., 2017; Sudore et al., 2017).

Os Enfermeiros, enquanto membros fulcrais nas Equipas de Cuidados Paliativos, pela formação intrínseca a esta arte, que é a Enfermagem, têm um papel privilegiado e preponderante na adequação dos cuidados às Pessoas em Situação Paliativa e famílias. O reconhecimento da importância do Planeamento Antecipado de Cuidados de Fim de Vida (PAC FV), aliado à constatação da existência de lacunas na abordagem e registo do mesmo, incitou-me a desenvolver competências nesta temática, procurando contribuir para a sensibilização da sua importância e impacto na qualidade dos cuidados prestados, bem como fomentar a sua abordagem.

Este trabalho, baseado na metodologia do trabalho de projeto, assumiu o formato formativo, denominado “Contributo dos Enfermeiros no Planeamento Antecipado de Cuidados de Fim de Vida”, que foi desenhado com objetivo de desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EEEMC-PSP), bem como competências de Mestre. Concomitantemente, o objetivo é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nesta especialidade tão nobre e sensível, dos Cuidados Paliativos (CP). As atividades desenvolvidas resultaram no aprofundamento individual da temática do PAC FV, bem como na sua disseminação junto de pares e outros profissionais, conseqüente da frequência com que foi discutida e aplicada na prática diária.

Ao longo deste trabalho, recorri a variadas metodologias para desenvolver as competências preconizadas. Elaborei trabalhos de investigação, como uma Revisão *Scoping* e um Projeto de Investigação sobre a perceção dos Enfermeiros da aplicação do PAC FV (estudo exploratório, qualitativo, primário e prospetivo). Criei documentos promotores da melhoria dos registos, de abordagem do PAC FV e da qualidade dos cuidados, tendo realizado um modelo de registos baseado no Processo de Cuidados Centrado na Pessoa e uma *Checklist*. Concomitantemente, mantive a procura de momentos formativos, que trouxeram contributos para o desenvolvimento destas mesmas competências.

**Palavras-chave:** Planeamento antecipado de cuidados, fim de vida, enfermeiros, cuidados paliativos, pessoa em situação paliativa

## **Abstract**

Advance Care Planning is a process that aims to promote the discussion of individual values, life goals and preferences with regard to health care, thinking of the future. The aim is to ensure that the person will receive healthcare in line with their wishes in the face of a life-threatening illness. It can be carried out by anyone with decision-making capacity, regardless of their health condition, and the involvement of a professional in this field is recommended. It is an ongoing process that adapts to deteriorating health, and should become more specific as the illness worsens and the end of life approaches (Martínez et al., 2019; Rietjens et al., 2017; Sudore et al., 2017).

Nurses, as key members of Palliative Care Teams and due to the training intrinsic to the art of Nursing, have a privileged and preponderant role in the adequacy of care for People in a Palliative Situation and their families. Recognising the importance of Advance Care Planning in the End of Life, as well as the gaps in the way it is approached and recorded, encouraged me to develop skills in this area, seeking to help raise awareness of its importance and impact on the quality of care provided, as well as encouraging its approach.

This work, based on the project work methodology, took the form of an educational programme called “Nurses contribution for Advance Care Planning in the End of Life” which was designed with the aim of developing the skills of a Specialist Nurse in Medical-Surgical for People in a Palliative Situation, as well as the skills of a Master. At the same time, the aim is to contribute to improving the quality of care provided by the noble and sensitive area of expertise of Palliative Care (PC). The activities carried out resulted in an individual deepening of the topic of Advance Care Planning in the End of Life (ACP EoL), as well as its dissemination among peers and other professionals, as a result of the frequency with which it was discussed and applied in daily practice.

Throughout this work, I used a variety of methodologies to develop the recommended competences. I carried out research work such as a Scoping Review and a Research Project on nurses' perceptions of the application of the ACP EoL (an exploratory, qualitative, primary and prospective study). I created documents promoting the improvement of records, the ACP EoL approach and the quality of care, having created a record model based on the Person-Centred Care Process and a Checklist. At the same time, I continued to seek out training opportunities that contributed to the development of these same competences.

**Keywords:** Advance care planning, end of life, nurses, palliative care, person in a palliative situation

# Índice

Introdução .....	8
1. Enquadramento Teórico.....	13
2. Execução das Atividades.....	22
3. Avaliação .....	48
4. Conclusões e Trabalho Futuro .....	54
Referências Bibliográficas .....	57

## VOLUME II – Apêndices e Anexos

### Apêndices

Apêndice I - Abordagem Do Planeamento Antecipado De Cuidados De Fim De Vida Em Cuidados Paliativos - Checklist

Apêndice II - Registos de Enfermagem baseados no Processo de Cuidados Centrado na Pessoa

Apêndice III - Contributo dos Enfermeiros para o planeamento antecipado de cuidados de fim de vida: Protocolo para *Scoping Review*

### Anexos

Anexo I - Comprovativo de presença na 13ª Reunião Regional de Equipas de CP do Alentejo

Anexo II - Comprovativo da apresentação “Proposta de Modelo de Abordagem do Planeamento Antecipado de Cuidados”

Anexo III - Comprovativo de participação, enquanto formadora, do 1º Curso Básico de Cuidados Paliativos

Anexo IV - Comprovativo de participação na Organização do 3º Open Day de CP

Anexo V - Comprovativo de participação, enquanto formadora, da Formação para Técnicos Auxiliares de Saúde

## Introdução

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Surge como resultado da realização de dois Ensinos Clínicos, um no 2º Semestre, como parte da Unidade Curricular Estágio com Projeto e outro no 3º Semestre, integrado na Unidade Curricular Estágio com Relatório, deste curso. Os Ensinos Clínicos constituem momentos de prática clínica num contexto de cuidados real, que permitem a integração das aprendizagens realizadas ao longo do percurso académico, promovendo o saber agir, integrativo e contextualizado, permitindo o desenvolvimento e demonstração de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre (Documento Orientador Estágio com Projeto, 2022-2023).

A temática escolhida para trabalhar o Projeto Formativo foi o Planeamento Antecipado de Cuidados de Fim de Vida (PAC FV), por ter identificado a necessidade individual de aprofundar conhecimentos sobre o mesmo e para o poder, efetivamente, abordar de forma consistente e segura junto das Pessoas em Situação Paliativa e famílias. Durante as aulas, quando foi discutida esta temática, tomei consciência que, na minha prática diária não abordava o planeamento antecipado de cuidados de forma estruturada, não tinha em conta tudo o que deveria ser discutido e não estava sensibilizada para a importância do seu registo. Ao aprofundar as leituras sobre este assunto, apercebi-me que trabalhar este tema seria uma mais-valia para a melhoria, não só da abordagem do PAC FV, como para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, e concomitantemente, para o desenvolvimento de competências inerentes a este ciclo de estudos, nomeadamente o incremento das capacidades comunicacionais, relacionais, profissionais e éticas. Com base na experiência no meu contexto profissional, facilmente identifiquei, durante as aulas, que este tema urgia necessidade de aprofundamento, ideia que veio a ser corroborada no primeiro local de estágio, culminando, assim, na escolha definitiva desta temática.

Preocupa-me o planeamento antecipado de cuidados, especialmente, nas situações de fim de vida, pelos casos que tenho vivenciado ao acompanhar pessoas com

doença ameaçadora da vida e cuja evolução é, muitas vezes, rápida. Entenda-se, ao longo deste trabalho, que o termo “fim de vida”, se refere aos últimos 6-12 meses expectáveis de vida, conforme defendido por Carneiro (2020), não devendo ser confundido com últimas horas a dias de vida. Assim, perante uma situação de fim de vida, torna-se urgente que, em pouco tempo, se consiga conhecer a pessoa, os seus desejos, valores e preferências, bem como da família e discutir uma situação que é complexa e tantas vezes com prognóstico vital muito reservado. Para tal, é necessário aliar competências comunicacionais a uma elevada sensibilidade (Díez-Manglano et al., 2021).

Estando mais atenta à temática do PAC FV e através da consulta do eventual registo de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), no processo de saúde de cada pessoa de quem cuidei, através do Registo de Saúde Eletrónico (RSE), constatei que, apesar de em Portugal termos legislação relativa às DAV, o seu registo é parco. A realização e registo das DAV é de carácter voluntário e constitui-se um direito de todos os cidadãos portugueses. No nosso país, com 10,44 milhões de habitantes, constam atualmente cerca de 37mil testamentos vitais ativos, no Registo Nacional do Testamento Vital – RENTEV (SPMS, 2023).

O Planeamento Antecipado de Cuidados permite uma abordagem menos burocrática do que as DAV, é igualmente promotor da autonomia e vai de encontro ao que a pessoa deseja, de uma forma mais simples e humanizada. Para além de ser uma discussão contínua, ajustada individualmente e, portanto, promotora de prestação de cuidados centrados na pessoa, pressupõe esclarecimento profissional para posterior tomada de decisão consciente, informada e partilhada e ainda proporciona a identificação da pessoa que poderá tomar decisões no caso de incapacidade do próprio. Esta discussão do PAC incentiva o preenchimento da DAV, enquanto documento legal em vigor em Portugal (Goswami et al., 2020; Martínez et al., 2019; Rietjens et al., 2017; Silveira et al., 2023; Valadas, 2022) .

Apesar de reconhecer a enorme importância do Planeamento Antecipado de Cuidados de Fim de Vida, senti necessidade de desenvolver competências para o abordar, nomeadamente comunicacionais, relacionais, psicológicas e emocionais, pois são explorados assuntos que, se não forem abordados com perícia, poderão melindrar o doente e família, tornando-os renitentes à temática e não conseguindo promover a

reflexão e tomada de decisão do planeamento de cuidados para esta fase de vida. Conforme descrito por Rietjens (2017), para abordagem do PAC FV, pressupõe-se que os Profissionais de saúde detenham competências comunicacionais que permitam abordar, com sensibilidade, temas complexos como diagnóstico, prognóstico e morte, tanto com a Pessoa em Situação Paliativa (PSP) como com a família.

A *European Association for Palliative Care* (2010) defende que o planeamento antecipado de cuidados é um requisito básico e com elevada importância em Cuidados Paliativos, devendo integrar os meios necessários para a sua abordagem, a fim de promover a prestação de cuidados adequados aos desejos e preferências de cada pessoa (Radbruch et al., 2010). É defendido, a nível internacional, que todos os doentes com necessidade de cuidados paliativos beneficiam com a sua abordagem, com a ajuda de profissionais de saúde. O PAC FV é reconhecido como um indicador de qualidade de cuidados de excelência (Dias et al., 2022; Rietjens et al., 2017; Silveira et al., 2023).

O acompanhamento por equipas especializadas de CP promove o planeamento de cuidados de forma antecipada, também relativamente a decisões de fim de vida. Através da disponibilidade de profissionais de saúde que ajudam a tomadas de decisão em caso de agravamento, é possível que os cuidados sejam ajustados aos desejos de cada pessoa em situação paliativa e família (Pazes, 2022).

O Código Deontológico do Enfermeiro preconiza, relativamente ao “respeito pela pessoa em situação de fim de vida”, que o enfermeiro tem o dever de “defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida”, mas também de informar, atendendo “(...) com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados” de saúde e ainda de “participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Ao mesmo tempo, a Enfermagem preocupa-se com a “defesa da liberdade e da dignidade da pessoa”, respeitando valores universais de igualdade, liberdade responsável, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade, responsabilizando-se pela aquisição de competências e aperfeiçoamento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Sendo que está preconizado que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Paliativa (EEEMC-PSP) adote uma “(...) filosofia de objetivos centrados na pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.22), aliado ao facto de que o PAC FV preconiza também uma abordagem centrada na pessoa (Rietjens et al., 2017), considerei a perspetiva da teoria do Cuidado Centrado na Pessoa (McCance & McCormack, 2017), a teoria que melhor alicerçava a temática escolhida, bem como a que melhor espelha a minha perspetiva e atitude no cuidar em Enfermagem.

Segundo a World Health Association (WHO, 2015), o cuidado centrado na pessoa respeita as perspetivas individuais do doente, família e comunidade, envolvendo-os na participação do seu próprio cuidado. Trata-se de um cuidado humanizado, porque se organiza com base nas necessidades e expectativas da pessoa e não na doença (McCormack & McCance, 2006).

Tendo em conta a abrangência do tema Planeamento Antecipado de Cuidados de Fim de Vida, na medida em que a sua filosofia se baseia na promoção da singularidade e autonomia individual e de cuidados centrados na pessoa, pressupõe o estabelecimento de relação terapêutica e negociação de metas tangíveis, bem como requer a intervenção, por parte do profissional de saúde, em situações onde, por vezes, a informação é limitada mas exigente quanto à capacidade de comunicar de forma clara, de atuar em contextos multidisciplinares e de refletir sobre implicações éticas e sociais resultantes de decisões tomadas, considerei-o frutífero para a aquisição e aprofundamento de competências de EEEMC-PSP (Regulamento nº 429/2018, 2018), bem como de Mestre (Decreto-Lei 74/2006, Artigo 15º).

Com este relatório pretendo descrever o caminho percorrido ao longo deste ciclo de estudos, dando ênfase às aprendizagens desenvolvidas e seu contributo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Assim, este relatório tem como objetivos espelhar as atividades desenvolvidas nos estágios, com a implementação do Projeto Formativo e a sua contribuição para o desenvolvimento progressivo das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, nomeadamente as aptidões adquiridas para cuidar da PSP e família durante o processo de doença e apoio no luto, para conduzir o processo de aprendizagem contínuo com base na melhor evidência científica, para discutir dilemas

éticos e aspetos particulares da investigação em Cuidados Paliativos, para utilizar métodos de investigação e interpretação de dados, bem como para demonstrar pensamento crítico, reflexivo e raciocínio clínico.

O estágio consiste numa experiência fulcral no crescimento do Enfermeiro Generalista para Especialista, na medida em que experimenta, num contexto real, a mobilização das aprendizagens teóricas e práticas (Barreira, 2021). As minhas experiências corroboram o descrito na literatura, nomeadamente quanto à capacidade destas vivências despoletarem e modificarem a minha disposição, visão e capacidade de cuidar.

Os Ensinos Clínicos decorreram em dois contextos distintos, tendo sido o primeiro estágio realizado numa Unidade de Cuidados Paliativos e o segundo estágio, numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, ambas na região do Alentejo. Igualmente, os dois contextos promoveram, para além da colocação em prática da teoria aprendida, a reflexão acerca dos cuidados e a confrontação com dilemas éticos e dificuldades, comuns em todas as Equipas.

Dado o facto do meu contexto profissional ser numa Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) há quatro anos, a realização de estágios em tipologias diferentes permitiu o alargamento da minha visão e compreensão do modo de funcionamento de contextos que desconhecia, facilidades e dificuldades das Equipas, bem como que informações são mais relevantes quando há a transferência de um doente para estes contextos, o que proporcionou uma melhoria na articulação com outras Equipas de CP, no contexto da prática profissional diária.

Este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos principais. Começa pelo Enquadramento Teórico, em que são definidos termos como “PAC FV”, “Cuidados paliativos”, se aborda o contributo dos Enfermeiros para o PAC FV, a Teoria em que se ancorou a temática abordada – Cuidado Centrado na Pessoa e, por fim, a legislação em vigor em Portugal. Segue-se a Execução das Atividades, onde farei uma articulação entre as atividades realizadas e as competências desenvolvidas ao longo deste percurso, depois a Avaliação deste caminho e aprendizagens obtidas e, por fim, a Conclusão.

## 1. Enquadramento Teórico

Os avanços científicos e tecnológicos tiveram um impacto enorme na saúde, tanto no âmbito do diagnóstico, como terapêutico, mas também vieram desvanecer a permissão da morte natural e, muitas vezes, prolongar o sofrimento (Carneiro et al., 2019; Nicholson, 2021).

Historicamente, com objetivo de salvaguardar o direito da pessoa a recusar tratamentos e medidas invasivas, surgiu, em 1969, nos Estados Unidos, o primeiro conceito de PAC, sob a forma de *living will (desejos para a vida)*. Em 1979, a Califórnia aprovou a Lei da Morte Natural para permitir aos doentes limitar os tratamentos de manutenção da vida, apoiando simultaneamente a Lei de Autodeterminação do Doente, o que chamou a atenção nacional para a questão da documentação dos desejos de fim de vida. O relatório de 1997 do Instituto de Medicina, *Approaching Death: Improving Care at the EOL*, chamou ainda mais a atenção do público sobre o uso de Diretivas Antecipadas de Vontade e as decisões sobre fim de vida. O impulso para a utilização do PAC surgiu quando o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos como especialidade médica, há cerca de 20 anos. A evolução da literatura mostra uma progressão do PAC realizado principalmente como tarefa legal, para um conceito dinâmico e atualmente fortemente enraizado na literatura da área da saúde (Nicholson, 2021).

O conceito de Planeamento Antecipado de Cuidados (PAC), defendido pela *European Association for Palliative Care* (2017), obtido através de um consenso Delphi que decorreu entre junho de 2014 e março de 2017 e contou com a participação de 109 peritos, é a seguinte: “O planeamento antecipado de cuidados permite aos indivíduos com capacidade de decisão identificar os seus valores, refletir sobre os significados e consequências de cenários de doença grave, definir objetivos e preferências para futuros tratamentos e cuidados médicos, e discuti-los com a família e os prestadores de cuidados de saúde. O PAC aborda as preocupações dos indivíduos nos domínios físico, psicológico, social e espiritual. Encoraja os indivíduos a identificar um representante pessoal e a registar e rever regularmente quaisquer preferências, para que as estas possam ser tidas em conta no caso de, a dada altura, a pessoa ficar incapaz de tomar as suas próprias decisões” (Martínez et al., 2019; Rietjens et al., 2017).

Podem ser encontradas outras denominações, na literatura, para o conceito descrito, tais como: “Planeamento Avançado de Cuidados” (Rietjens et al., 2017; Sudore et al., 2017, 2018) o mais comum na literatura americana e inglesa, “Plano Individual Integral de Cuidados” encontrado em Portugal (Carneiro et al., 2019), “Planificação partilhada de atenção” (Martínez et al., 2019) utilizado em Espanha, e na Escócia referem-se a “Plano antecipatório de cuidados”, que em 2023 foi reformulado para “Planeamento de Cuidados Futuros” (Smith et al., 2023). No entanto, todos significam a discussão informal, relacionada com a saúde, de objetivos de vida, valores pessoais e/ou desejos relativamente a tratamentos ou cuidados futuros (Wilkin et al., 2024). Salva-se que existem pequenas nuances, nomeadamente na população abrangida pela discussão, sendo que o consenso internacional defendido pela *EAPC* prevê que esta discussão seja realizada apenas com adultos capazes de tomar decisões (Martínez et al., 2019; Rietjens et al., 2017), enquanto os termos defendidos na Escócia conferem essa possibilidade a qualquer indivíduo, de qualquer idade e independentemente da capacidade decisória (Smith et al., 2023). Em 2024 foi publicado também pela *EAPC*, um consenso internacional especificamente para o PAC nas pessoas com demência (van der Steen et al., 2024)

Reconheço que também me surgiram dúvidas acerca da melhor terminologia, sobretudo na escolha entre “antecipado” e “avançado”, pelo que recorri à etimologia das palavras e, segundo o dicionário de língua portuguesa “antecipado” significa “dado ou feito adiantadamente ou antes do prazo”, enquanto “avançado” significa “Que avançou; que vai na dianteira” (Priberam, 2024). Optei pelo termo “Planeamento Antecipado de Cuidados”, após consulta de bibliografia de referência para a temática, do esclarecimento no Dicionário e também por significar uma das atitudes que considero de ouro em CP: antecipar! Preciosismos à parte, reforço que a minha opção ao longo deste trabalho, será utilizar a definição resultante do consenso internacional, já descrito anteriormente, defendido pela *European Association for Palliative Care* (Rietjens et al., 2017).

A discussão do PAC é um processo essencial para assegurar à PSP e família que os cuidados que lhe são prestados são individualizados e guiados pelas suas prioridades, para, eventualmente, identificar um procurador de cuidados – enquanto elemento que possa vir a tomar decisões, em caso de incapacidade por parte da pessoa doente, e para

que exista o registo das preferências relativamente a tratamentos/cuidados de saúde (Sudore et al., 2018).

É reconhecida internacionalmente a importância de iniciativas promotoras da abordagem do PAC, pelo que foi realizado um outro estudo Delphi, este decorreu no ano de 2015 entre os meses de fevereiro e novembro, com objetivo de definir, através de um consenso entre peritos (num painel multidisciplinar internacional de 52 peritos de 4 países- Estados Unidos da América, Canadá, Holanda e Austrália), os conceitos que devem estar associados a esta discussão (Sudore et al., 2018).

Deste estudo Delphi enaltecem-se as seguintes premissas: é um processo dirigido a adultos de qualquer idade ou estado de saúde, que mantenham a capacidade de tomar decisões e de compreender e identificar os seus valores individuais, objetivos de vida e preferências relativamente a eventuais cuidados de saúde futuros; procura garantir que a pessoa recebe cuidados de saúde alinhados com os seus valores, objetivos e preferências mediante uma doença crónica e grave; poderá incluir a identificação da pessoa que possa tomar decisões no seu lugar, em caso de incapacidade da sua parte; devem ser envolvidas nesta discussão as pessoas que o doente identifique como sendo importante a sua participação; pressupõe-se a presença de um profissional de saúde que consiga providenciar os esclarecimentos necessários, para discussão das preferências da pessoa quanto a cuidados de saúde; a profundidade destas discussões deve ser adaptada à capacidade e preparação da pessoa para falar sobre cuidados de saúde a que deseja ou não ser sujeita, bem como que informação deseja saber sobre a situação de saúde e prognóstico; o PAC deve ser revisto sempre que algum dos intervenientes deseje e quando alguma circunstância da vida ou saúde se altera; deverá ser realizado o registo do que foi discutido, por parte dos profissionais de saúde, essencial para que possa existir uma continuidade desta discussão e que esteja acessível a outros profissionais de saúde em caso de necessidade (Sudore et al., 2018).

Apesar de ser recomendável que cada pessoa reflita sobre o seu PAC enquanto tem capacidade de saúde e mental para manifestar os seus desejos, a realidade é que estes tipos de discussões são afastadas enquanto a saúde se mantém íntegra. No entanto, mesmo quando perante um quadro de doença grave e ameaçadora da vida, a maioria dos doentes que desejaria ter este tipo de conversas, para esclarecer o

prognóstico e objetivos com a sua equipa de saúde, nem sempre têm essa oportunidade (Nicholson, 2021).

Os Cuidados Paliativos (CP), segundo a definição da *World Health Organization* (2020), consistem numa abordagem junto dos doentes e família (independentemente da idade), com intuito de melhorar a sua qualidade de vida, quando enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais. Previnem e aliviam o sofrimento através da identificação precoce de necessidades e seu suprimento, sejam estas dos domínios físico, psicossocial ou espiritual (WHO, 2020).

Os CP são cuidados especializados, baseados em evidência científica e centrados na pessoa, família e cuidadores, alicerçados numa comunicação eficaz, tomada de decisão partilhada, autonomia pessoal e prolongam-se no processo de luto. Devem estar disponíveis e serem prestados a todas as pessoas que vivem com uma doença ativa, avançada e progressiva, independentemente do diagnóstico. Afirmam a vida enquanto reconhecem que morrer é uma parte inevitável da mesma e reconhecem os efeitos da vivência deste processo nos familiares/cuidadores, que são valorizados e recebem os cuidados que se adequam às suas necessidades (Silva et al., 2023).

Para uma prestação de cuidados de excelência em situações de fim de vida, o PAC torna-se imprescindível já que, sendo possível discutir as preferências do doente antecipadamente, maior será a possibilidade de que receba os tratamentos alinhados com os seus desejos e valores, o que se espelha em melhor qualidade de vida, menor sobrecarga emocional para os familiares e também reduz os custos em intervenções desproporcionais (Dias et al., 2022). Neste sentido, surge a relevância de juntar o termo “fim de vida” ao PAC, que deverá ser entendido como o momento da vida em que não será surpresa se o doente vier falecer em 6-12 meses, acompanhando-se esta fase, de critérios gerais de debilidade e específicos, de acordo com a patologia de base (Carneiro, 2020).

Quando mediante uma doença grave e incurável, a pessoa confronta-se com a possibilidade de sofrer uma deterioração cognitiva e/ou física em pouco tempo, o que confere extrema importância à discussão do Planeamento Antecipado de Cuidados de Fim de Vida (PAC FV) (Radbruch et al., 2010). As discussões sobre PAC FV podem, portanto,

ser dolorosas e difíceis para os doentes, famílias e alguns profissionais de saúde, mas a confrontação com a realidade da mortalidade sublinha o imperativo de um diálogo específico sobre os objetivos e desejos desta fase da vida (Isaacson & Minton, 2018).

Em Inglaterra, foi criada uma coligação entre várias instituições que prestam cuidados a PSP, que definiu, como princípios universais do PAC: A pessoa “(...)é fundamental para desenvolver e acordar o seu plano de cuidados antecipados incluindo a decisão sobre quem mais deve ser envolvido no processo”; “(...) tem conversas personalizadas sobre os seus cuidados de saúde futuros, centradas no que é mais importante para si e as suas necessidades”; “(...) concorda com os resultados da sua conversa sobre planeamento de cuidados antecipados através de um processo de tomada de decisão partilhada em parceria com os profissionais relevantes”; “(...) tem um plano de cuidados antecipados partilhável, onde regista o que é importante para si e as suas preferências e decisões sobre cuidados e tratamentos futuros”; “(...) tem a oportunidade, e é encorajada, a analisar e rever o seu plano de cuidados antecipados” e “qualquer pessoa envolvida no planeamento de cuidados antecipados pode manifestar-se se considerar que estes princípios universais não estão a ser respeitados” (NHS England, 2022).

É responsabilidade do profissional de saúde incitar a abordagem de assuntos relacionadas com o fim de vida numa fase precoce do processo de doença avançada, antecipando a discussão sobre desejos, preferências, medos, sentimentos, crenças, valores, intervenções e sobre quem poderá tomar decisões em caso de incapacidade, bem como quem gostaria de ter por perto (Carneiro et al., 2019). Esta conduta promove um envolvimento ativo, reabilitador e promotor da autonomia individual. Na discussão do PAC FV com a PSP e família, “a efetividade e eficiência resultam de cuidados de saúde baseados na evidência científica e no trabalho em equipa (...)”, proporcionando o alcance de objetivos principais e comuns, como “o conforto, a melhoria da qualidade de vida, a promoção da dignidade e a adaptação às novas realidades” (Capelas, 2014, pp.45-46).

Documentar as avaliações realizadas a cada pessoa diariamente, em Cuidados Paliativos, pressupõe a avaliação do profissional de saúde e o PAC FV, sendo esta realizada, frequentemente, por Enfermeiros e nos diários clínicos (Kuusisto et al, 2023). No entanto, não existe uma ferramenta de dados específica e universal para a sua

abordagem e registo, o que faz com que a maioria dos profissionais não estejam sensibilizados para a sua importância (Kuusisto et al., 2020).

O Plano Estratégico de Cuidados Paliativos 2023-2024 identifica como um dos eixos prioritários, os “Cuidados Centrados na Pessoa”, enquanto “cuidados coordenados e personalizados, reconhecem as necessidades individuais das pessoas, possibilitando que desenvolvam conhecimentos, capacidades e a confiança de que necessitam para tomar decisões informadas e gerir de forma mais competente o seu projeto de saúde” (Silva et al., 2023).

Preconizam-se, em CP, cuidados individualizados, humanizados, tecnicamente rigorosos e interdisciplinares, que respeitem os valores, crenças, práticas pessoais, culturais e religiosas e que considerem as necessidades individuais da PSP (Lei nº 52/2012, 2012).

O Enfermeiro é responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, tendo o dever de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” e de “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Privilegia-se o como e não o quanto, portanto, mesmo que o encontro seja breve, a atenção, disponibilidade e compaixão demonstradas à PSP e família serão priorizadas (Lannie & Peelo-Kilroc, 2017).

A Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa reflete a essência do cuidado humanizado, que torna a Enfermagem uma arte diferenciada das restantes profissões da saúde. Cuidar do outro respeitando a sua unicidade e envolvência, conhecer-se bem a si próprio, envolver-se nas situações e ser profissionalmente competente, são premissas desta teoria. Na relação com o outro, o foco concentra-se na salvaguarda da dignidade e do cuidado compassivo e humanizado ao doente, família e comunidade (McCormack, 2019).

Cuidar é um conceito central em Enfermagem, independentemente do contexto. Sendo os Enfermeiros os alicerces do Cuidado Centrado na Pessoa, parte da iniciativa de cada Enfermeiro encontrar oportunidades para proporcionar uma boa experiência de

cuidados, aliando o sofisticado conhecimento científico à humanização do cuidado (McCormack, 2019).

O Cuidado Centrado na Pessoa, tem como constructos:

- Pré-requisitos – que englobam as competências profissionais e interpessoais, o comprometimento com a profissão e o autoconhecimento (McCance & McCormack, 2017). Em CP, é primordial a gestão emocional, para conseguir responder com sensibilidade e efetividade à PSP, família e outros profissionais ao mesmo tempo, de forma a conquistar a confiança e proporcionar espaço para partilha de sentimentos, dificuldades, sintomas ou outras necessidades (Lannie & Peelo-Kilroc, 2017). O PAC FV é comumente referido na literatura como componente intrínseca ou com estreita ligação aos CP, uma vez que as competências comunicacionais, relacionais e científicas que os profissionais desta área detêm, são facilitadoras da sua discussão (Nicholson, 2021);

- Ambiente dos Cuidados – preconiza-se que tenha uma cultura de segurança, contando com dotações seguras, estilo de liderança, ambiente físico e sistema organizacional potenciador de inovação e qualidade (McCance & McCormack, 2017). O ambiente de cuidados deve ser centrado na pessoa, sendo o plano de cuidados totalmente individualizado e ajustado aos valores, crenças e desejos da pessoa, com envolvimento da família, conforme a Pessoa em Situação Paliativa (PSP) assim deseje (Lannie & Peelo-Kilroc, 2017). Os Enfermeiros têm a habilidade de apresentar a realidade com sensibilidade e encontram a oportunidade para concretizar conversas críticas, que podem ser fulcrais para evitar tratamentos e sofrimento desnecessários. Estão, assim, bem posicionados para “navegar” com a PSP e família, na discussão do planeamento antecipado de cuidados e tomadas de decisão partilhadas (Isaacson & Minton, 2018).

- Processo centrado na pessoa – prevê-se abertura para conversar com o doente e família acerca dos seus valores e crenças, relacionando com os cuidados, tomada de decisão partilhada, envolvimento autêntico e estar realmente presente e em simpatia (McCance & McCormack, 2017). Com maior valor em CP, a presença efetiva significa conhecer a PSP e a família, envolver-se e estar atento e disponível, com compreensão e compaixão pelos sentimentos manifestados, mesmo que se trate de um encontro breve, sendo mais importante o como do que o quanto (Lannie & Peelo-Kilroc, 2017). Os Enfermeiros,

especialmente os que trabalham em CP, têm um papel facilitador na promoção da discussão do PAC FV, pelo tipo de relação que estabelecem com a PSP e família aliados à experiência e competências, que trabalhar nesta área implica (Wilkin et al., 2024).

- Resultados esperados – incluem uma boa experiência de cuidado, em que a pessoa se sinta envolvida nos cuidados, lhe dê sensação de bem-estar e exista uma cultura saudável (McCormack & McCance, 2017). Em CP, o primado será o bem-estar e prosperidade, priorizando, em todos os momentos, o bem-estar e qualidade de vida. Para contribuir para este ambiente, o Enfermeiro investe-se num envolvimento autêntico, criativo, inovador e flexível, para a promoção de um ambiente confortador, tanto para a PSP e família, como para os outros profissionais (Lannie & Peelo-Kilroc, 2017). A abordagem do PAC FV traz vários benefícios para todos os envolvidos, pois melhora a comunicação entre os profissionais de saúde e o doente, reduz as admissões hospitalares não desejadas, aumenta a referência a Cuidados Paliativos e aumenta a satisfação e qualidade de vida do cliente (Rietjens et al., 2017). Incentiva, também, ao preenchimento de DAV e decisões de não reanimação, bem como é promotor de prestação de cuidados centrados na pessoa em fim de vida (Goswami et al., 2020) .

Corroborando esta teoria, os Cuidados Paliativos, por si só, “correspondem a uma filosofia que se centra na pessoa doente e não na doença, que aceita a morte como uma etapa da vida, sempre que o tratamento curativo falha nos seus objetivos” (OE, 2017, p.18). A importância da prestação de cuidados centrados na pessoa, eleva-se quando se trata de CP, sendo advogada por várias instituições de referência na área da saúde e dos CP (Lannie & Peelo-Kilroc, 2017).

A representação legal do PAC FV varia entre países, sendo que, em Portugal, existe a Lei sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (Lei nº 25/2012, 2012). Consiste num documento legal, que se apresenta sob a forma de Testamento Vital, onde a pessoa maior de idade e com capacidade de tomar decisões, “manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente” e possibilita a nomeação de um Procurador de Cuidados de Saúde, que poderá tomar decisões pela pessoa em caso de incapacidade da mesma (Lei nº 25/2012, 2012).

Carece do preenchimento de um formulário (Modelo de DAV, publicado na Portaria nº 104/2014 de 15 de maio), que é proposto e altamente recomendado por ser um modelo com informação estruturada e de fácil acesso por parte dos profissionais de saúde, no entanto, não obrigatório, mas será necessário o registo no RENTEV do documento realizado (Lei nº 25/2012; Portaria n.º 104/2014, de 15 de maio). Este tem validade durante cinco anos a contar da sua assinatura, mas mantém-se em vigor quando ocorra a incapacidade do outorgante no decurso do prazo referido (Lei nº 25/2012, 2012).

Planear cuidados de saúde que possa vir a necessitar no futuro, são um ato de empoderamento e promoção da autonomia individual, na medida em que se garante que é a pessoa que decide o que quer ou não ser submetida e que receberá os cuidados de acordo com as suas vontades, mesmo que não tenha capacidade de tomar decisão. Esta discussão atempada e respetivo planeamento de cuidados, permite que a pessoa viva bem e que venha a morrer bem, também, e sejam, assim, prestados cuidados de qualidade (NHS England, 2022).

## 2. Execução das Atividades

A metodologia utilizada durante este 2º Ciclo de Estudos centra-se nas necessidades do estudante. Para desenvolver os conhecimentos, aptidões e competências inerentes à prática de Enfermagem Especializada em Cuidados Paliativos, foi proposta a realização de um Projeto Formativo, utilizando a Metodologia de Trabalho de Projeto (MTP) e concomitantemente, aprendizagem experiencial. Estas metodologias contribuíram para o cumprimento de um dos deveres do Enfermeiro, o de “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”, bem como da procura da excelência do exercício, mantendo “(...) a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A MTP promove a autonomia, a motivação, as potencialidades individuais e o envolvimento do estudante, pelo papel ativo na identificação e resolução dos problemas individualmente identificados (Leite et al., 2001). Estimula a reflexão crítica, confrontando o conhecimento científico com o prático, proporcionando, ao estudante, o desenvolvimento de capacidades e competências pessoais, que lhe permitem a flexibilidade para responder e adaptar-se a diferentes contextos e situações (Castro & Ricardo, 2002; Ruivo & Ferrito, 2010). O percurso para a realização do Projeto Formativo é dinâmico e a avaliação é feita ao longo de todo o processo, sendo primordial a definição de indicadores de avaliação, que permitam constatar a evolução (Schröder et al., 2004).

A realização do Projeto Formativo intitulado “Contributo dos Enfermeiros para o Planeamento Antecipado de Cuidados de Fim de Vida”, aliado às enriquecedoras experiências vivenciadas nos contextos de Estágio, foram os alicerces para o desenvolvimento das competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EEEMCPSP).

O primeiro estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), integrada num Serviço de Cuidados Paliativos (SCPAl), de uma Unidade Local de Saúde (ULS). A UCP é uma unidade de internamento em hospital de agudos, destinada primordialmente a situações clínicas de alta complexidade e a necessitar de

internamento hospitalar. Recebe doentes da sua área de influência de saúde, quer estejam hospitalizados, no domicílio, institucionalizados em ERPI ou internados em Unidades da RNCCI. O acesso ao serviço é direto, por referência clínica, através de contacto das equipas de saúde assistentes, com discussão de cada caso e planeamento conjunto do seu seguimento.

Este serviço é composto por Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Dado que trabalho numa EIHSCP e o contexto seguinte seria a comunidade, optei por realizar o estágio exclusivamente na valência de UCP.

Neste serviço existe uma equipa multidisciplinar base do serviço, composta por Enfermeiros (uma EEEMCPSP, uma Enfermeira com Mestrado em CP e 3 Enfermeiros com Formação Intermédia), Médicos, Assistentes Operacionais, Assistente Social, Psicóloga e têm atividade regular no SCPal, profissionais do serviço de Medicina Física e Reabilitação, do Serviço Farmacêutico, da Assistência Espiritual e da Unidade de Nutrição e Dietética.

Os Enfermeiros da UCP, para além dos cuidados aos doentes internados, garantem o apoio telefónico da ECSCP e EIHSCP fora do horário de funcionamento destas equipas, 24/24h.

O segundo estágio foi realizado numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), também inserida numa ULS. Esta Equipa aceita referências por parte de qualquer pessoa, através de envio de e-mail. Posteriormente é feito contacto telefónico, avaliação presencial e, se reunidos critérios de complexidade (recurso à escala de complexidade IDC-Pal), o doente é admitido na Equipa se Complexo ou Altamente Complexo, caso contrário, não é admitido e é realizada articulação com Médico de Família/Equipa de saúde. O atendimento telefónico é assegurado 24h/7dias por semana pelos Enfermeiros e Médicos da Equipa, rotativamente. Dá apoio a todos os concelhos da área de saúde que esta ULS abrange, com exceção de três (porque anteriormente existia uma outra Equipa exclusivamente para esses 3 concelhos).

Esta ECSCP é constituída por uma Equipa base, com 4 Enfermeiras (duas delas EEEMC-PSP, uma com formação Intermédia e uma com formação básica em CP), 1 Médico a tempo inteiro e 3 a tempo parcial, 2 Farmacêuticas e uma Equipa de Apoio Psicossocial

composta por 3 psicólogas e 1 Assistente Social. A complementar esta equipa base, existe uma equipa alargada, constituída por um Enfermeiro de Referência de Cuidados Paliativos em cada Centro de Saúde.

Esta Equipa trabalha em assessoria, sendo os cuidados diretos prestados pelos Enfermeiros de Referência. São estes quem identifica e referencia muitos dos casos. Após cada visita, é delineado um plano de cuidados individualizado e posteriormente é aplicado, sobretudo pelos Enfermeiros de Referência, voltando a ECSCP a fazer visita apenas se necessário (Exs.: se contacto por parte da PSP/família ou do Enfermeiro de Referência, realização de conferência familiar, gestão de expectativas, descontrolo sintomático, agravamento da situação, ou outra).

Conforme defendido por Patrícia Benner, a prática dos cuidados de Enfermagem carece do envolvimento do profissional em cada situação, para poder vivenciá-la como experiência única e, dando resposta às necessidades individuais, de forma dinâmica e holística. O cuidado constrói-se através da relação entre filosofia de cuidados, experiência prática, investigação, conhecimento científico, educação e recursos disponíveis (Brykczynski, 2022). As experiências em estágio permitem a articulação melodiosa entre a teoria e a prática.

A realização dos estágios permitiu a integração das abordagens e aprendizagens adquiridas ao longo deste Curso, aliando a teoria à prática, através da vivência de várias experiências no cuidar de Pessoas em Situação Paliativa e suas famílias.

Em termos de objetivos, para o 1º Estágio, foram definidos os seguintes: 1. Demonstrar conhecimentos e capacidades para a condução do processo de aprendizagem, do desenvolvimento profissional e de uma prática de cuidados baseada no conhecimento e em princípios e valores profissionais da enfermagem; 2. Participar no cuidar a pessoa em situação paliativa e sua família/cuidador, num contexto de prática clínica, melhorando o conforto, maximizando o bem-estar e qualidade de vida (Documento Orientador Estágio com Projeto, 2023).

Para o 2º estágio, os objetivos eram os seguintes: 1- 1.1. Agir profissionalmente integrando o conhecimento, as evidências e tendo por referência os princípios e valores ético-deontológicos e legais; 1.2. Agir demonstrando capacidades para a condução do

processo de aprendizagem e do desenvolvimento profissional; 1.3. Desenvolver capacidades liderança, gestão, melhoria e segurança dos cuidados; 2. Construir uma relação e comunicação terapêutica com a pessoa em situação paliativa e sua família/cuidador, promotora de conforto e qualidade de vida; 3. Prestar cuidados de enfermagem da pessoa em situação paliativa e sua família/cuidador, contribuindo para melhorar o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida (Guia Orientador Estágio com Relatório, 2023).

Foram extremamente enriquecedores, ambos os campos de estágio, pelos ensinamentos que emergiram das realidades vivenciadas. Passo a descrever as atividades realizadas e o seu contributo para o meu desenvolvimento e preparação para o exercício profissional enquanto EEEMC-PSP.

O primeiro passo, em cada campo de estágio, foi a integração. Em ambos esta ocorreu de forma gradual e harmoniosa. A confiança e segurança foram aumentando ao longo dos turnos realizados, promovidas pelo ambiente saudável e seguro de cuidados que ambas as Equipas proporcionaram, fazendo-me sentir como parte integrante dos Serviços. Existia algum receio do desconhecido, em ambos os locais de estágio, sobretudo no contexto comunitário por não ter qualquer experiência, mas rapidamente se dissipou, pela forma afável como ambas as Equipas me acolheram.

Uma das primeiras dificuldades com que me deparei, foi a menor destreza e desembaraço na prestação de cuidados diretos, que foram evidentes nos primeiros turnos do 1º estágio, no entanto, rapidamente readquiri a confiança e agilidade necessárias para dar resposta adequada às necessidades de cada PSP e família. Esta dificuldade foi superada à medida que fui tendo um papel mais ativo na prestação de cuidados à PSP e família.

As atividades realizadas em ambos os Estágios, como a pesquisa bibliográfica, participação ativa nos cuidados, quer em colaboração ou mesmo na prestação dos mesmos e nas tomadas de decisão, com enfoque na promoção do conforto, amenização do sofrimento e adequação dos cuidados aos desejos e preferências da PSP e família, realização de registos de Enfermagem e passagem de turno, participação em conferências familiares e discussão frequente sobre a prática diária com as Enfermeiras

Orientadoras e restante Equipa Multidisciplinar, permitiram-me alcançar não só os 2 objetivos gerais definidos para o 1º estágio, como também o objetivo 1 do Projeto Formativo – “Prestar cuidados à PSP e família” e ainda contribuíram para que viesse a atingir os seguintes objetivos do 2º estágio: “1.1 Agir profissionalmente integrando o conhecimento, as evidências e tendo por referência os princípios e valores ético-deontológicos e legais, 1.2. Agir demonstrando capacidades para a condução do processo de aprendizagem e do desenvolvimento profissional, 2. Construir uma relação e comunicação terapêutica com a pessoa em situação paliativa e sua família/cuidador, promotora de conforto e qualidade de vida e 3. Prestar cuidados de enfermagem da pessoa em situação paliativa e sua família/cuidador, contribuindo para melhorar o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida”.

Igualmente, a riqueza da comunicação com as PSP e famílias, a sensibilidade para aprofundar as informações consoante as pessoas desejam saber, bem como a discussão dos valores, preferências e vontades da PSP e família, foram presença constante em ambos os campos de estágio, motivado pelo tema que escolhi aprofundar ao longo deste percurso académico - o Planeamento Antecipado de Cuidados de Fim de Vida (PAC FV). Neste âmbito, desenvolvi uma *checklist* (Apêndice I) que guia o que deve ser abordado nesta discussão e partilhei-a em ambos os campos de estágio.

Por estar mais sensibilizada para a temática do PAC FV, bem como para a Teoria de Enfermagem do Cuidado Centrado na Pessoa, adotei a prática de fazer um registo pessoal das intervenções registadas relacionadas com o PAC FV, em ambos os locais de estágio, quer quando realizava a leitura dos registos multidisciplinares, quer quando realizava os registos de Enfermagem, de forma a sintetizar as informações que diziam respeito a esta temática. Pelo facto de estar mais desperta para este tipo de informação e no final de cada estágio ter realizado uma apresentação em PowerPoint sobre a temática do PAC FV, aproveitei esse momento para realçar o que já é feito por cada Equipa, bem como voltei a apresentar a *checklist*, de forma a promover a reflexão acerca das práticas e a disseminar conhecimento nesta área. Estas atividades levaram-me a atingir o objetivo 2 do Projeto Formativo – “Sintetizar o conhecimento sobre o PAC FV”. Também contribuíram para o desenvolvimento de competências de EE do Domínio A - Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (Regulamento nº 140/2019, 2019), ao

reconhecer que a tomada de decisão em Enfermagem encorpa o conhecimento científico, ético, legal e deontológico e, sobretudo em Cuidados Paliativos, é centrada na pessoa e partilhada. A negociação com a PSP e com quem esta considerar importante, bem como o envolvimento multidisciplinar adequado, permite uma prestação de cuidados alinhados com as suas preferências. Primando pelo respeito dos seus desejos, princípios, valores e prioridades, enquanto se cumpre o código ético, legal, deontológico e jurídico e que se seleciona a resposta mais adequada de entre as várias possíveis, baseadas no conhecimento científico e experiência profissional. Esta conduta também contribuiu para que viesse a atingir os objetivos do 2º estágio.

A confrontação, no primeiro estágio, com práticas não congruentes com a filosofia de Cuidados Paliativos, nomeadamente a obstinação terapêutica e o paternalismo Médico, fizeram-me reconsiderar acerca da sua adequação e surgiram dilemas éticos, sobretudo quanto ao Princípio da Beneficência e Não Maleficência, os quais foram motivo de reflexão junto da Enfermeira Orientadora e incitaram a realização de uma reflexão crítica sobre este assunto. Esta reflexão contribuiu para o desenvolvimento das competências de EE nos domínios A- Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal e B- Da Melhoria da Contínua da Qualidade (Regulamento nº 140/2019, 2019), bem como dos objetivos do 1º estágio. Trouxe ainda contributos para o alcance dos objetivos 1.1, 1.3 e 2. do 2º estágio.

Existiu uma certa renitência a que trabalhasse a temática do PAC FV, no 1º estágio, mas após várias conversas acerca da sua importância e aplicabilidade, reconheceram que seria benéfico e, no final, concordaram que houve contributo para melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O que se apresentou inicialmente como uma dificuldade, veio a proporcionar o desenvolvimento do objetivo 4 do Projeto Formativo “Demonstrar os contributos da Enfermagem na aplicação do PAC FV”, de ambos os objetivos do 1º estágio e dos objetivos 1.1, 2. e 3. do 2º estágio.

Em ambos os contextos, a *checklist* que realizei foi considerada um documento com utilidade, na medida em que se constitui um guia dos temas a abordar, sensibiliza e relembra a sua aplicação e permite a continuidade da discussão por parte dos vários profissionais das Equipas. Serviu este, também, para reforçar a importância de registar o que foi discutido, pelos mesmos motivos.

Uma das atividades a que me propus realizar, foi a identificação da percepção dos enfermeiros, relativamente à sua aplicação do PAC FV. Para tal, submeti pedidos de autorização às Comissões de Ética para a Saúde de 3 instituições da região do Alentejo, para aplicação de um questionário intitulado a “Percepção, por parte dos Enfermeiros, da aplicação do PAC FV”, com o objetivo de identificar a sua percepção da aplicação do PAC FV e fomentar a reflexão nestes profissionais, da sua importância. O facto de todos os pedidos terem sido aceites, veio fortalecer o reconhecimento da importância da temática no enfoque dos cuidados centrados na pessoa, no respeito pela pessoa e sua envolvimento e consequente melhoria da qualidade dos cuidados.

A realização, disseminação e aplicação destes documentos relacionados com o PAC FV (*checklist* e questionário aos enfermeiros) contribuíram para o desenvolvimento de competências de EE, no domínio B- Melhoria da Contínua da Qualidade e no domínio D- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019), bem como concorreram para que atingisse os objetivos 1.2 e 1.3 do 2º estágio.

Concordamos com a complexidade das tomadas de decisão, implicando a discussão dos casos com vários profissionais, independentemente da sua experiência na área dos Cuidados Paliativos (Regulamento nº 140/2019, 2019). Nos locais de estágio, coloquei várias questões para reflexão conjunta, nalgumas situações, e dei o meu ponto de vista noutras, de forma a suscitar a reflexão acerca das práticas de cuidados. Por exemplo, no estágio em UCP, em que a Equipa era maior e menos diferenciada em CP, durante as passagens de turno e reuniões multidisciplinares coloquei questões para reflexão em Equipa acerca de práticas já realizadas e da sua adequação, promovendo outras ideias e estratégias que poderiam vir a ser utilizadas em situações futuras semelhantes.

A reflexão acerca de decisões a tomar, foram uma constante em ambos os campos de estágio, tendo eu tido um papel participativo. Na ECSCP, após cada visita e aproveitando o trajeto realizado de carro até à sede da Equipa, fazíamos avaliação da visita, o que tinha corrido melhor, pior, o que poderíamos ter feito diferente. Este funcionamento estava já previamente intrínseco na organização e forma de funcionar desta Equipa, que utiliza este método para avaliação e melhoria da qualidade de cuidados.

Esta atitude reflexiva contribuiu para o desenvolvimento de competências de EE, no domínio A – Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (Regulamento nº 140/2019, 2019).

No contexto da ECSCP, participei em três reuniões multidisciplinares da Equipa alargada e na UCP participei numa. Concluo que constituem momentos de partilha e discussão dos casos em acompanhamento, de formação entre Equipa e onde me foi dada a oportunidade de realizar a apresentação acerca do PAC FV, bem como apresentar e fornecer a *checklist* a todos os elementos das Equipas. A discussão das situações clínicas com os diferentes profissionais e a participação nas reuniões multidisciplinares, contribuíram para o desenvolvimento do Domínio A- da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Existe, da minha parte, a preocupação por acompanhar o desenvolvimento das situações dos doentes que acompanho, quer pela consulta aos colegas, quer pela consulta prospetiva dos registos, de forma a avaliar o processo de cuidados e tomadas de decisão realizadas (Domínio A do Regulamento nº 140/2019, 2019). Assim, quando estava ausente alguns dias, no regresso aos locais de estágio, procurava saber como tinham estado os doentes com quem tinha contactado na última vez. Esta é uma estratégia para fomentar a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão, por vezes realizado apenas com as Orientadoras, outras vezes com todos os elementos da Equipa, sendo as reuniões multidisciplinares um momento ideal para esta prática.

O Enfermeiro tem um papel fundamental na *advocacy* da pessoa em situação paliativa, assumindo não só a defesa dos seus direitos enquanto ser Humano, mas também reconhecendo-o como ser único, com as suas vivências e escolhas pessoais. O sigilo profissional, a adequação da informação fornecida (nomeadamente quanto ao tipo de linguagem e profundidade), a garantia de privacidade, a promoção de autonomia das escolhas e autodeterminação da PSP relativamente aos cuidados e o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas dos indivíduos e grupos, são competências do Enfermeiro. Para tal, é necessário conhecer a pessoa de quem cuidamos, pelo que procurei avaliar as dimensões física, psicológica, social, emocional e espiritual da forma mais aprofundada possível mediante cada situação, de todos os que

foram alvo dos meus cuidados. Esta conduta permitiu o desenvolvimento da competência do Domínio A – Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (Regulamento nº 140/2019, 2019), bem como de ambos os objetivos do 1º estágio e dos objetivos 1.1, 1.2, 2. e 3. do 2º estágio.

No meu Projeto Formativo, propus-me à realização de registos de Enfermagem baseados no Processo de Cuidados Centrado na Pessoa (Apêndice II), de 2 doentes por semana e a sua partilha com as Enfermeiras Orientadoras. Rapidamente se constituiu uma ferramenta útil, com contributo para a melhoria do documento de apreciação das necessidades da PSP e família, utilizada para a realização de registos e também para a sensibilização da importância de registar no processo de cada PSP o que tinha sido discutido relativamente a PAC FV. Tinha-me proposto, também, a realizar um registo diário das atividades concretizadas em estágio em pasta partilhada com as Enfermeiras Orientadoras, no entanto, não se mostrou tão útil quanto os registos centrados na pessoa. Concluímos que os registos traziam contributo para o enriquecimento das notas de enfermagem (correspondentes à avaliação realizada e cuidados prestados) e, ao mesmo tempo, espelhava a minha visão e avaliação da PSP e família. Assim, os registos centrados na pessoa, funcionaram como método, não só de realização de registos, mas também de avaliação dos mesmos, por parte das Orientadoras, uma vez que atrelava competências e conhecimentos por mim desenvolvidos. Assim, foi de comum acordo, em ambos os estágios, que o registo de atividades seria feito para mim como forma de contribuir para o presente relatório e não para partilha com as Enfermeiras Orientadoras.

As notas de Enfermagem com base no modelo sustentado pela Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa, acarretaram um outro contributo, que foi o de sustentar os cuidados prestados pelas equipas num modelo teórico de enfermagem. A realidade é que, à medida que os Profissionais se afastam da academia, a teoria se vai dissolvendo na prática e deixam de se nomear cientificamente atitudes e condutas que continuam a estar presentes no quotidiano dos cuidados. Esta atividade contribuiu para que atingisse o objetivo 1 do Projeto Formativo – Prestar cuidados à PSP e família.

O manuseamento da plataforma *SCLínico*, em ambos os contextos, nomeadamente a realização de registos de enfermagem e processo individual de cuidados, acarretaram alguma lentidão, pelo meu desconhecimento prévio do mesmo. O registo em Cuidados

de Saúde Primários requer o preenchimento de campos diferentes do Hospitalar, tal como a solicitação do agendamento das consultas, que se mostrou árduo por não existir secretariado afeto a este serviço e muitas vezes ser difícil entrar em contacto com os Centros de Saúde. No entanto, com a prática na sua realização, as dificuldades foram-se dissolvendo e por fim fazia-o de forma autónoma e tomava iniciativa, tanto para a solicitação como para a realização dos registos.

Ainda relativamente aos registos, na ECSCP, após cada visita domiciliária, é realizada a apreciação da PSP e família e é preenchida a folha de terapêutica (com as sugestões da Equipa, nomeadamente terapêutica de resgate) e onde constam informações adicionais, como contacto telefónico, horário de funcionamento e o nome dos profissionais que constituem a Equipa. Estes documentos são posteriormente enviados para o Enfermeiro de Referência (do Centro de Saúde), que faz chegar a folha de terapêutica à PSP e família.

A gestão, dentro das Equipas, das práticas de cuidados fomentadoras de segurança, privacidade e dignidade da PSP são crucias para a prestação de cuidados de qualidade, e são competência dos Enfermeiros Especialistas. Os cuidados antecipatórios em CP são uma prioridade, que reconheço. A postura de antecipação foi também uma preocupação constante nos estágios realizados. Atentar à minimização de riscos, tais como administração de medicação profilática para efeitos secundários mais frequentes, a administração de SOS antes de mobilizações, prevenção de quedas através do plano da cama baixo, o fornecimento de informação antes da realização de cuidados de Enfermagem, entre outros, são exemplos de atitudes que mantive na minha prestação de cuidados, pela extrema importância que podem ter para a PSP e família. Esta atitude convergiu para o desenvolvimento de competências de EE do Domínio A- Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (Regulamento nº 140/2019, 2019), como também para o desenvolvimento dos objetivos do 1º estágio e dos seguintes objetivos do 2º estágio: 1.3, 2. e 3.

No contexto da ECSCP, considerei como um momento importante do dia a preparação do saco com material e medicação, que é transportado para todas as visitas domiciliárias, a fim de dar resposta a eventuais necessidades identificadas no imediato. Isto implicava a tomada de decisão, reflexão e análise dos procedimentos subjacentes,

com necessidade de preparação antecipatória da possível intervenção e, caso me esquecesse de algo, poderíamos não ter solução imediata. No entanto, com o tempo, identifiquei o material mais utilizado e auscultava as Enfermeiras Orientadoras quanto aos fármacos que consideravam poder vir a ser importantes em cada visita, comportamentos que me tranquilizavam quanto a esta importante preparação do saco do material. A capacidade para gerar respostas de adaptabilidade espelha também o desenvolvimento da competência de EE, no domínio D- Do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Evitar os incidentes é a prioridade, mas reconhecendo que existem, é crucial identificá-los e conhecer as suas consequências, de forma que se encontrem estratégias adequadas, com vista à sua minimização. Como exemplo, no estágio em UCP, aconteceu a queda de uma doente confusa, que se encontrava a realizar um tratamento em hospital de dia. Este acontecimento foi motivo de reflexão por parte de toda a Equipa e daí em diante, cuidados como baixar totalmente o nível das camas e a vigilância constante de doentes confusos, passaram a ser uma preocupação de todo o serviço. Este acontecimento proporcionou a reflexão quanto às diferentes formas de prevenir incidentes e a frequência com que este risco está presente na prática diária de cuidados, bem como o importante papel do Enfermeiro na sua prevenção, dando contributo para o desenvolvimento da competência de EE, nos domínios A – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal e C- Gestão dos Cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019), bem como do objetivo 1 do 1º estágio e do objetivo 1.3 do 2º estágio.

Baseio a minha prática, vocacionada para a área dos Cuidados Paliativos, no respeito pelos direitos humanos, analisando e interpretando cada situação com as suas especificidades através da procura de respostas centradas na pessoa e minimizadoras de situações comprometedoras para as pessoas de quem cuido e sua família (Domínio A do Regulamento nº 140/2019, 2019).

Considero urgente que a filosofia dos CP incorpore a abordagem de todos os profissionais que colaboram nas Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), pelo que participei e promovi a participação de cinco funcionárias da ERPI da localidade onde resido, no Curso Básico de Cuidados Paliativos em ERPI. Reconheço que a existência de sensibilidade e abordagem paliativa nestas instituições é primordial e que passa pela

formação, não só dos profissionais de saúde, mas também dos responsáveis que se encontram presentes diariamente nas instituições, nomeadamente direções técnicas e encarregadas, para que possam estas ser veículo da constante sensibilização aos restantes funcionários. Num contexto em que a fragilidade é comum, promover a melhor qualidade de vida, discutir o planeamento antecipado de cuidados e prestar cuidados em congruência com os seus desejos, é fundamental para garantir a dignidade e autonomia da pessoa. Nas instituições onde a filosofia de cuidados paliativos já é intrínseca, reduzem-se as admissões e falecimentos hospitalares e a morte é encarada com naturalidade. Foi unânime, num grupo constituído por 30 pessoas, que a comunicação é um pilar que necessita de constante lapidação, que apenas com trabalho em Equipa se podem prestar CP e que o controlo sintomático é essencial. A perspetiva dos médicos e enfermeiros que prestam cuidados nos lares é primordial para a disseminação ou travagem desta filosofia. Foram referidas, pelos participantes, duas grandes dificuldades: comunicação com as famílias e alimentação. Não tendo sido uma atividade prevista no projeto formativo, a participação nesta formação contribuiu para o Objetivo 3 do Projeto Formativo – “Identificar capacidades comunicacionais necessárias para abordagem do PAC FV”, pelo enfoque dado ao longo da mesma, quer na valorização de planear antecipadamente, quer da importância da comunicação.

O Enfermeiro Especialista tem um papel dinamizador e fomentador da criatividade para implementação de estratégias inovadoras promotoras de produção e aprofundamento de conhecimento. A preocupação constante com a prestação de cuidados de qualidade, tanto na visão da PSP e família, como dos profissionais e das instituições, a discussão dos indicadores que concorrem para uma prática de excelência em cada serviço e o reconhecimento de vários modelos de organização de cuidados, adaptados a cada contexto, contribuíram para o alcance das competências de EE no domínio B – Da melhoria continua da qualidade (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A título de exemplo, no 1º Estágio passou-se a seguinte situação: doente de 70 anos, transferida de outro hospital, com diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica. Trazia Bipap próprio, mas mal-adaptado (com fuga elevada devido à presença de sonda nasogástrica e úlcera de pressão de categoria IV no nariz). A doente referia aerofagia e náusea, que lhe provocava desconforto. Estava consciente, orientada e ansiosa.

Comunicava através da escrita em quadro mágico. Iniciou terapêutica ansiolítica, com a qual descansava durante toda a noite. Após 3 dias no serviço, criou-se uma relação de confiança. Alcançou-se também uma melhor adaptação ao Bipap. Levámos a D. A. a tomar duche na maca banheira, com o seu acordo e proporcionando um ambiente de segurança e tranquilidade. Após o duche, conforme era sua vontade, realizou, pela primeira vez, levante. Estes cuidados proporcionaram-lhe bem-estar e conseguiu permanecer uma hora com oxigénio por óculos nasais e, portanto, sem Bipap. Ela precisava de conseguir permanecer cerca de duas horas sem o Bipap, para que lhe pudesse ser colocada uma PEG, que era o seu desejo. Isso foi possível cerca de 2 semanas depois do internamento na UCP. Foram inúmeras as vezes que nos comunicou, escrevendo: “-Estou muito melhor graças aos vossos bons cuidados, obrigada”. Este exemplo espelha o alcance dos objetivos do 1º estágio.

Também se constituiu um contributo para a competência de EE no Domínio B – Da melhoria continua da qualidade (Regulamento nº 140/2019, 2019), a participação e colaboração, no segundo estágio, na cerimónia de comemoração dos 15 anos da Equipa, na qual participaram a fundadora e responsável da ECSCP, o Presidente do Conselho de Administração e um Sr. ex-Ministro da Saúde, em que houve lugar à reflexão da evolução da Equipa, do crescimento significativo e abrangência atual dos Cuidados Paliativos, bem como dos desafios para o futuro, como o envelhecimento populacional e urgência da necessidade que os Cuidados Paliativos cheguem a todos, enquanto direito, pelo que o desejável será que todos os profissionais tenham uma abordagem paliativa e as equipas especializadas funcionem em assessoria.

Ao discutir-se o acesso de todos os cidadãos a Cuidados Paliativos, preconizado na Lei de Bases dos CP (Lei nº52/2012), levantam-se os princípios éticos da Equidade e da Justiça. Numa região extensa como o Alentejo, onde a distribuição populacional é tão dispersa, reconhece-se que a oferta de Cuidados Paliativos não é equitativa, sendo o acompanhamento facilitado ou dificultado conforme a localidade, o que compromete a continuidade de acompanhamento. Esta abrangência geográfica condiciona a atuação das Equipas, que existem, mas não conseguem dar resposta semelhante a todas as PSP e suas famílias.

A comemoração dos 15 anos da ECSCP, foi um momento de reconhecimento, por parte do Conselho de Administração e também de PSP's e famílias que estiveram presentes e deram o seu testemunho, da qualidade do trabalho desta Equipa. Este evento espelhou a importância do envolvimento dos Enfermeiros na área da qualidade, através da avaliação das práticas e dos resultados obtidos, gestão das mesmas e colaboração em programas de melhoria continua.

Inerente à qualidade dos cuidados de saúde, estão a segurança e o ambiente terapêutico. Enquanto Enfermeira, valorizo a promoção de um ambiente seguro e protetor, centrado na pessoa e na família com atenção às vertentes individuais ao nível da cultura e espiritualidade, mas também atento à visão e responsabilidade do profissional, de uma prestação de cuidados segura no que diz respeito à atitude terapêutica, princípios de ergonomia e tecnológicos, de sigilo e proteção de dados, de autocuidado, nomeadamente na adesão à saúde e segurança ocupacional, envolvimento dos colaboradores na gestão do risco, redução da ocorrência do erro humano e atitude preventiva, tendo colaborado em planos de contingência durante a pandemia provocada pelo vírus SARS-COV-2.

Assim, considero ter um papel ativo, no que diz respeito à gestão do risco ao nível institucional, pela posição que adoto de formação e sensibilização constante, junto dos profissionais, da importância da sua postura, quer física, quer emocional, como também da sua atitude para com os doentes, famílias e pares, sobretudo nesta área, dos Cuidados Paliativos, que é tão sensível em termos de comunicação. Pela frequência com que forneço e faço gestão de más notícias, que tenho conversas difíceis, por lidar com a zanga, procuro fomentar, junto dos outros, a harmonia e tranquilidade, através da demonstração da minha disponibilidade para cooperar neste tipo de situações e incidentes, bem como enaltecer o lado positivo. Estas atitudes contribuíram para o desenvolvimento de competências de EE, no Domínio B – Da melhoria continua da qualidade (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A realização da Revisão *Scoping* permitiu o desenvolvimento de competências de 2º ciclo, bem como a identificação das competências comunicacionais necessárias aos Enfermeiros para a abordagem do PAC FV, que, em conjunto com a observação de peritos em contexto de estágio nas interações com a PSP e família, permitiram sintetizar as

estratégias promotoras de abordagem do PAC FV. A realização da síntese proporcionou a interiorização das mesmas e a sua reprodução em reuniões científicas regionais (13ª Reunião Regional de Equipas de CP do Alentejo – Anexo I) e contribuiu para o desenvolvimento do Objetivo 3 do Projeto Formativo – “Identificar capacidades comunicacionais necessárias para abordagem do PAC FV” e de competências de EE, do Domínio B – Da Melhoria da Contínua da Qualidade (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Em ambos os estágios, atingi a autonomia para gerir os cuidados, através da disponibilidade para esclarecimento das informações necessárias relacionadas com pessoas em situação paliativa, discussão das várias situações, tomadas de decisão partilhadas com as equipas multidisciplinares e reconhecendo os meus limites de intervenção, o que me permitiu desenvolver competências de EE, no domínio C- Da gestão dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Nas situações de delegação de tarefas a outros profissionais (no primeiro estágio mais frequente a Assistentes Operacionais e no segundo estágio, sobretudo aos Enfermeiros de referência), foram orientadas por mim as decisões relativas às tarefas a delegar, recorrendo às técnicas que se apresentassem mais adequadas conforme a situação (como explicar verbalmente, demonstrar como algo se faz na prática, transmitir informação escrita) e foi avaliada a execução dessas tarefas, de forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados (através da observação, da avaliação junto da PSP e família, da realização de visitas posteriormente).

A flexibilidade necessária para uma liderança efetiva e que permita a melhor gestão dos recursos disponíveis para as necessidades de cuidados de cada contexto, foi também uma competência atingida, a nível do Domínio C- Da gestão dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019). Reconhecendo que nem sempre as dotações seguras são uma realidade, há que fazer o melhor que podemos com os meios que temos e essa é uma preocupação que tenho, independentemente do contexto. Para o conseguir efetivamente, é necessário adequar o estilo de liderança à cultura organizacional, ao local e aos recursos disponíveis, com vista a favorecer a resposta individual e de grupo. Uma atitude positiva e motivacional promove melhor ambiente e produtividade. Perante situações de maior adversidade e, que, conseqüentemente, provocavam alguma animosidade, eu tentei ter um papel apaziguador e de tentar encontrar uma solução,

concorrendo estas atitudes para o desenvolvimento de competências de EE nos domínios C – Da gestão dos cuidados e D- Do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

No que diz respeito ao autoconhecimento e assertividade, considero também ter alcançado esta competência, na medida em que tenho a vantagem do meu *background* profissional ser na área de CP, o que me tem permitido trabalhar o meu autoconhecimento. Assim, consigo gerir as minhas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda e tenho consciência dos meus recursos/limites, bem como da influência que o meu cunho pessoal tem no meu desempenho profissional e consigo gerar respostas adequadas ao contexto e organização, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências de EE nos domínios C – Da gestão dos cuidados e D- Do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Exemplo do referido, é a postura de não julgamento perante outros profissionais, das PSP e famílias, mesmo quando são situações que me trariam sentimentos de incompreensão ou discordância, razão potencial para uma atitude de maior reatividade, de revolta, falta de assertividade/labilidade emocional, mas, no contexto profissional, consigo adaptar-me, ser resiliente e responder da forma mais adequada à situação (casos de gestão de conflitos, não concordância com decisões, queixas de situações vivenciadas pelas pessoas, conspirações do silêncio). Durante os estágios, quando fui confrontada com situações de zanga/revolta/ agressividade, procurei manter a calma, entender o que provocava esta atitude, adequar o ambiente e resolver, ou pelo menos apaziguar a situação.

Enquanto Enfermeira, baseio a minha praxis clínica em evidência científica e procuro contribuir para a mesma. Ao longo deste percurso de estudante de Mestrado e Especialidade, em que me foi proposto trabalhar pela metodologia do trabalho de projeto, a sua realização constituiu uma oportunidade de enriquecimento e crescimento. Permitiu-me o diagnóstico de necessidades formativas individuais e, após a escolha da temática do PAC FV, pude verificar, nos contextos onde realizei estágio, que é uma área de interesse e reconhecida importância para praticamente todas as Equipas.

Tive oportunidade de atuar como formadora, não só no contexto da prática clínica diária, mas também favorecendo o desenvolvimento da aprendizagem, destreza e desenvolvimento de habilidades e competências dos pares, com avaliação do impacto da formação para o melhor desenvolvimento da prática clínica (Anexo II). Por me encontrar a realizar esta Especialidade, fui convidada a participar como formadora em atividades formativas no local onde trabalho, nomeadamente no “1º Curso Básico de CP” dirigida a Enfermeiros (Anexo III), e na “Capacitação e aperfeiçoamento de competências técnicas e comportamentais” dirigido a Técnicos Auxiliares de Saúde (Anexo V).

Procuro rentabilizar as oportunidades de aprendizagem através da reflexão e análise de situações variadas, contribuindo com os meus conhecimentos e experiências de Enfermagem e de outras disciplinas, que se traduzem em cuidados seguros e competentes. Recorro, com muita frequência, a tecnologias de informação, nomeadamente no quotidiano dos registos em *SCLínico* e também realizo pesquisas, atualmente de forma mais adequada e ágil, competência adquirida ao longo deste percurso como estudante, tendo assim vindo a desenvolver a competência de EE, no domínio D – Do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A apresentação que realizei nos serviços, acerca do PAC FV, bem como a partilha da *checklist* realizada, foram consideradas pelas Equipas de ambos os contextos, como adequadas, pertinentes e importantes para a aplicação na prática diária e consequente melhoria da qualidade dos cuidados.

A participação nas IV Jornadas de Investigação da APCP, intituladas “Ciência aberta, ciência cidadã – de olhos postos na sociedade” sensibilizou-me para a presença constante da investigação na prática diária, na busca da melhor evidência científica para a prestação de cuidados de qualidade.

Nestas Jornadas foi realçada a responsabilidade social, a importância de envolver e adequar a investigação às necessidades de cada comunidade, tornando-a mais inclusiva, mais colaborativa e mais disponível para todos, de forma a suscitar o intercâmbio de conhecimentos e promover o envolvimento de políticas municipais

assentes no que as pessoas realmente necessitam, tornando o conhecimento transdisciplinar, o que requer estratégias inovadoras.

Com base nas apresentações orais destas Jornadas, que abordaram o Planeamento Antecipado de Cuidados, concluo que a sua aderência, de forma estruturada, é muito fraca e, quando é realizado o PAC, a denominação utilizada é DAV. Outra mensagem importante, foi a relevância da disseminação da Investigação, como meio para dar visibilidade a práticas que se constituem modelos a disseminar e implementar, pelo seu impacto na qualidade de vida da PSP e família, pelos ganhos em saúde e pela diferenciação da formação científica dos profissionais portugueses.

São exemplos da minha contribuição para o novo conhecimento e desenvolvimento da prática clínica especializada: a frequência no curso básico de CP dirigido a Estruturas Residenciais Para Idosos da APCP, a participação em reuniões regionais de CP, a realização de *Scoping Review* sobre comunicação para abordagem do Planeamento Antecipado de Cuidados com a PSP e Família, a realização do Projeto de Investigação (estudo exploratório, qualitativo, primário e prospetivo) sobre a perceção dos Enfermeiros relativamente à abordagem do PAC FV, a participação no 3º Webinar Nacional e 1º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/ Adulto e Idoso – ESEL, a participação, enquanto formadora, no 1º Curso Básico de CP (em 2024, na instituição onde trabalho) e dinamização do 3º Open Day de CP (em Outubro 2023 – Anexo IV). Este papel ativo na disseminação do conhecimento, contribuiu para o desenvolvimento das competências de EE do domínio D – Do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Ao ingressar neste ciclo de estudos, propus-me a alcançar as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EEEMC-PSP) (Regulamento nº429/2018), nas quais estão definidas como competências específicas: “1 – Cuida 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; 2 – Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase

avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto.”

Em ambos os contextos de estágio, aos doentes que cuidei, elaborei o diagnóstico das suas necessidades nas vertentes física, espiritual, sociofamiliar, psicoemocional, espiritual e cultural, mantendo o respeito pela diversidade individual e com preocupação na identificação dos valores e expectativas da pessoa em relação ao processo de doença e fim de vida. Esta avaliação foi realizada da forma mais completa possível, mediante a situação, disponibilidade e capacidade de envolvimento da PSP e família, bem como da relação terapêutica estabelecida.

Realizei apreciação das necessidades da PSP, com recurso aos instrumentos utilizados nos contextos de estágio e aprofundando características específicas de cada sintoma, conforme a situação. Foi sempre valorizado o impacto dos sintomas identificados no quotidiano e na sua perceção de bem-estar, bem como a influência de variáveis psicoemocionais, valores e crenças no sofrimento e intensidade dos sintomas. Após avaliação cuidadosa dos sintomas e atuação para a sua melhoria, foram antecipados outros possíveis sintomas que poderiam surgir, explicando-se as estratégias farmacológicas e não farmacológicas adequadas à PSP, família e profissionais de saúde envolvidos nos cuidados à pessoa. Isto permitiu transmitir maior segurança, em ambos os contextos de estágio, porque tanto a pessoa como a família/cuidadores, sentiam que tinham uma resposta em caso de necessidade.

Também a avaliação do grau de dependência e as necessidades de cuidados de cada pessoa, foram alvo de rigorosa intervenção, com intuito de promover a máxima satisfação, bem-estar e conforto.

Os exemplos seguintes evidenciam o contributo das experiências práticas, que os estágios proporcionaram.

Primeiro exemplo: um doente internado, com diagnósticos de pós-encefalite herpética e síndrome demencial, traqueostomizado, em estado comatoso. Na presença dos profissionais apresentava contração muscular, que lhe conferia rigidez e dificultava a mobilização. Soube, pela esposa, que este gostava muito de ouvir rádio e disse-me a sua estação favorita. Passei a ligar-lhe sempre a rádio nessa estação e, antes dos cuidados de

higiene ou mobilizações, administrava SOS para a dor, aliado à promoção de um ambiente tranquilo e verifiquei grande benefício, pois apresentou-se mais relaxado e tornava-se mais cómodo para o doente e para os profissionais a prestação de cuidados ao Sr. A.

Outro exemplo, uma doente oncológica que foi acompanhada desde o dia do diagnóstico, a D. C., que manifestou, desde esse dia, o seu desejo de ser viúva, pela má relação que sempre manteve com o marido, no entanto, nunca se tinham divorciado e ainda viviam na mesma casa. Era nítido o desconforto provocado por esta situação e, à medida que a situação de dependência evoluiu, a D. C. sentia-se cada vez mais desconfortável na sua casa e, por isso, mudou-se para casa da neta. Agilizamos uma cama articulada e voltamos a fazer visita, passados poucos dias, já em casa da neta, na qual realizámos reavaliação à PSP, sendo que a sua maior necessidade nesse momento era controlo sintomático, e da neta, a carecer de apoio psicoemocional, validação e reforço positivo dos cuidados. A situação agravou rapidamente e durou poucos dias, até ao falecimento da D. C., mas a mudança de ambiente trouxe-lhe grande tranquilidade, paz, satisfação, bem-estar e conforto, que ela nos manifestou verbalmente. Despedimo-nos dela, ela despediu-se de nós e agradeceu o acompanhamento. A neta recebeu, igualmente, o apoio da Equipa, através do reforço positivo, reconhecimento pelas suas atitudes e importância para o sentido de vida da avó, tendo esta referido, várias vezes, que apenas conseguia lidar com a situação graças ao apoio da Equipa.

Este exemplo espelha também a minha capacidade de promoção de intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências. Foi, neste exemplo, estabelecido um plano individualizado para a D. C. e neta, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as suas perspetivas. Foram utilizadas estratégias para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da D. C. e da neta. O atendimento telefónico por parte da ECSCP 24h/7dias por semana, permite atuar em tempo útil nas situações de agudização, sendo quase sempre adequado aliar medidas farmacológicas com medidas não farmacológicas, no alívio dos sintomas e reformulação do plano individualizado mediante a eficácia das intervenções desenvolvidas.

Como demonstrado através do exemplo da D. C., os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, foram sempre envolvidos, de forma a otimizar resultados na satisfação das necessidades e o plano de intervenção foi sempre discutido com a PSP e família. O envolvimento dos familiares é contínuo, seja no contacto direto durante as visitas realizadas, seja mediante a realização de conferência familiar, contato telefónico ou a forma que se mostre mais adequada a cada situação, para o envolvimento dos mesmos.

Na situação descrita, da D. C., esta foi referenciada à Equipa de CP pelo seu Oncologista, no dia em que recebeu o diagnóstico, tendo tido várias visitas da Equipa Multidisciplinar (Psicóloga, Assistente Social, Enfermeira e Médico). A articulação entre todos os intervenientes no processo de cuidar aconteceu sempre numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio, potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão e tendo sido adequadas as estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes, trabalhando em Equipa.

Descrevendo outra situação, acompanhámos uma doente de 40 anos, a D. I., com diagnóstico de neoplasia do esófago, em fase avançada e sob quimioterapia paliativa, que foi referenciada pelo Oncologista. Foram realizadas várias visitas à D. I., tendo sido estabelecida relação terapêutica com ela e com a família (mãe, filha, esposo e uma amiga que ela identificou como pessoa de referência). A sua expectativa era de que iria melhorar, tendo sido dado suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas com que se foi deparando. Foi mantido o respeito pela sua singularidade e promovida a autonomia, tendo sido discutido, faseadamente, o planeamento antecipado de cuidados de fim de vida, valorizando as suas vivências individuais específicas, fomentando o sentido da vida e a criação de legado. Isto foi possível graças à mobilização de conhecimentos da vertente sociocultural, espiritual e dos contextos e vivências da pessoa e cuidadores/familiares.

Os familiares, apesar da esperança de melhoria, já estavam a fazer um luto antecipatório, mostrando-se muito chorosos, pelo que foi realizado um plano assistencial mediante a fase do processo de luto em que se encontravam. O recurso a uma cuidada, qualificada e harmoniosa comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar, salvaguardando preferências e vontades da pessoa, permitiu apoiar a D. I. e a

família, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto preparatório, por parte da D. I. e antecipatório, por parte da família.

A D. I. tinha ascite e, quando a acumulação de líquido lhe provocava desconforto, e enquanto a realização de paracenteses trouxe benefício, foram agilizadas algumas idas ao Serviço de Urgência para a realização deste procedimento, pois carecia de apoio ecográfico. Esta promoção de parcerias terapêuticas com ela e com a família, permitiu à D. I. entender que os objetivos de atuação da Equipa, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, se inseriam nos limites mutuamente acordados e incentivou ativamente a doente e os seus cuidadores/familiares a participarem na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos, em consonância com os seus desejos e preferências.

Esta negociação quanto a objetivos/metapas de cuidados, permitiram à D. I. e seus cuidadores/familiares mobilizar os recursos individuais, de modo a facilitar a tomada de decisão. Para tal, foram utilizadas ferramentas de comunicação adequadas, com todos os intervenientes, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas. Com o estabelecimento desta relação de parceria, conseguimos ajudar a pessoa a completar, gradualmente, as tarefas de desenvolvimento em fim de vida, em parceria com os cuidadores/familiares.

Reconhecendo os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si e outros membros da equipa, foram identificados fatores de risco e situações problemáticas, associados a exaustão física e emocional. No caso da D. I., os cuidados eram prestados pela mãe, marido e amiga, pelo que as estratégias utilizadas eram eficazes no autocuidado individual e permitiam minimizar fatores geradores de stress relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte. No entanto, foram desenvolvidas estratégias de apoio a todos os intervenientes no processo de cuidar, através do envolvimento nas visitas, do reforço positivo do seu cuidado e importância da sua presença nesta fase. Considero terem sido estratégias eficazes, na medida em que a D. I. faleceu em casa, junto dos seus entes queridos. Foi garantido também o acompanhamento no luto, pela Equipa de Apoio Psicossocial da ECSCP.

A Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa tem como alicerce, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2017), que preconizam o domínio de elementos essenciais relativamente a cinco categorias de enunciados descritivos: “satisfação do cliente”, “promoção da saúde”, “prevenção de complicações”, “bem-estar e autocuidado”, “readaptação funcional” e “organização dos cuidados de enfermagem”, acrescentando competências às já previamente adquiridas enquanto Enfermeira de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No que concerne a “Satisfação do Cliente”, enquanto Enfermeira que almeja alcançar o título de Especialista, procuro a permanente excelência no exercício profissional, procurando os mais elevados níveis de satisfação do doente e família. O seu alcance é conseguido através da exploração, conhecimento e respeito pelas capacidades, valores, crenças e desejos individualizados, bem como do domínio dos recursos necessários para uma comunicação proporcionadora de uma relação terapêutica, empenhada no ajuste de expectativas e adaptação ao decurso da doença e perdas associadas, e ainda do estabelecimento de relação de parceria com os vários envolvidos no processo de cuidar. Desenvolvi sensibilidade cultural, respeitando a singularidade e autonomia da PSP. O envolvimento dos cuidadores/familiares em todo o processo e enquanto alvo, eles próprios, de cuidados, foi sempre uma preocupação. Costumo explicar esta atitude, por palavras minhas, da seguinte forma: “-Constituímos, todos, uma Equipa, cujo objetivo comum é o máximo conforto do doente”.

Relativamente à “Prevenção de complicações”, estou desperta para a importância da antecipação, identificação e prevenção de situações problemáticas, podendo a sua génese ser multifatorial. A valorização do desempenho dos envolvidos nos cuidados é uma preocupação constante, na medida em que o reconhecimento e a valorização previnem a exaustão e o luto complicado. O *empowerment*, promoção do autocuidado, promoção da segurança e a conceção e implementação de estratégias eficazes de prevenção de riscos, junto da PSP e família é de extrema importância e é papel do Enfermeiro Especialista.

A promoção do “Bem-estar e autocuidado”, alívio do sofrimento, promoção do conforto e qualidade de vida, são premissas constantes na minha prática. Desde que me vocacionei para os CP, que o Cuidado Centrado na Pessoa e na família se tornaram uma filosofia para os cuidados que presto. Harmonia entre as necessidades e a influência dos fatores emocionais, psicológicos, culturais, requerem uma abordagem multimodal e multidimensional, promovendo a dignidade, gerindo a esperança, realizando um planeamento antecipado de cuidados e um plano de intervenção individualizado. Requer um bom domínio da comunicação, facilitadora da criação de relação terapêutica e promotora de trabalho em Equipa, com a garantia do cumprimento dos princípios éticos no processo de tomada de decisão.

Atingi também a capacidade de articulação e discussão multidisciplinar, bem como de referenciação para outros profissionais, de acordo com a esfera de competências dos diferentes profissionais envolvido nos cuidados.

A “Readaptação funcional”, em CP, envolve a adaptação a uma situação de saúde complexa, onde são expectáveis perdas sucessivas, por parte da PSP, mas também da família/cuidadores. Assim, envolve a promoção da capacitação e autonomia, a capacitação para mobilização de recursos facilitadores de tomadas de decisão, ao mesmo tempo que se aplicam, habilmente, ferramentas de comunicação, permite-se uma comunicação honesta, esperança realista, ajuste de expectativas e, ajuda-se a pessoa a desenvolver um sentido para a vida, em parceria com os seus cuidadores/família. Concomitantemente, desenvolve-se um plano de acompanhamento no luto, que pode consistir no encaminhamento para outros recursos. Exemplo disto, foi o caso anteriormente descrito da D. I..

Sendo também competência do Enfermeiro, a “Organização dos cuidados de enfermagem”, contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem. A reflexão crítica foi constante em ambos os estágios, pela análise das práticas, das situações positivas e negativas, com intuito de melhoria dos cuidados prestados e também dos registos. Exemplo do meu envolvimento na melhoria dos registos, foram as notas de Enfermagem baseadas no Cuidado Centrado na Pessoa, alicerçado na Teoria de McCance & McCormack (2017) bem como a temática do Planeamento Antecipado de Cuidados de Fim de Vida, nomeadamente a *checklist*

realizada, a apresentação sobre o tema e o questionário aplicado nas Equipas, tendo sido fomentadores de reflexão com as Orientadoras e restantes membros das Equipas. Também estas atividades contribuíram para as áreas da formação e investigação, onde tive um papel ativo.

Foram realizados vários ensinamentos e fornecidos materiais de apoio aos cuidados, conforme adequado a cada caso, sendo este método preferido como promotor da individualização dos cuidados de enfermagem.

A minha participação em reuniões multidisciplinares, bem como atendimento de chamadas telefónicas, permitiu-me atuar como Enfermeiro de Referência, na gestão de casos, assessor e/ou consultor na articulação com outras equipas de cuidados de saúde adequadas em cada situação, com o apoio das Enfermeiras Orientadoras.

Foram identificadas as metodologias de organização dos cuidados, em cada contexto de estágio, sendo mais evidente, no 1º estágio, o Modelo de Parceria de Cuidados, pela dimensão e rotatividade da Equipa de Enfermagem e no 2º estágio, o método de Gestor de Caso. Verifiquei que ambas as metodologias são promotoras da qualidade dos cuidados.

Para além da participação nos vários eventos descritos anteriormente, também a discussão de casos com outros profissionais e aconselhamentos, contribuíram para disseminar a filosofia de Cuidados Paliativos.

A monitorização das dotações seguras foi realizada, em contextos de estágio, de forma informal, pela atenção que dispensei a esta problemática e reflexão junto dos responsáveis de ambos os serviços.

Considero ter desenvolvido, ao longo deste percurso académico e através das atividades descritas, concomitantemente, as competências de Mestre, expressas nos Descritores de Dublin (Decreto-Lei nº74/2006), sendo estas: detenção de conhecimentos, capacidade de compreensão e reflexão que permitam gerir situações complexas e comunicar os raciocínios subjacentes; aprendizagem autónoma, ao longo da vida. A confrontação diária, nos contextos de estágio, com situações complexas e com pouca informação disponível, mas necessidade de atuação e tomada de decisão urgente, bem como o desenvolvimento do Projeto Formativo e procura da informação científica

necessária à prática de cuidados, testemunham o desenvolvimento dos descritores preconizados.

A compilação de bibliografia realizada ao longo dos estágios contribuiu para o enriquecimento do conteúdo científico incluído neste relatório, bem como para o aumento do meu conhecimento científico e favoreceu o alcance do Objetivo 1 do Projeto Formativo – “Prestar cuidados à PSP e família”. A compilação das intervenções de Enfermagem documentadas e transmitidas oralmente, foi uma estratégia que permitiu a melhoria da comunicação, sobretudo no que diz respeito ao conhecimento de estratégias para introduzir a discussão do PAC FV com a PSP e família e contribuiu para cumprir o Objetivo 2 do Projeto Formativo – “Sintetizar conhecimento sobre o PAC FV”.

Considero que todas as experiências se constituíram momentos de aprendizagem, num ambiente de prática real e proporcionaram o meu crescimento não só enquanto profissional, mas também enquanto pessoa. Foram oportunidades extremamente enriquecedoras, únicas e gratificantes, que permitiram o desenvolvimento das competências preconizadas para o alcance do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

### **3. Avaliação**

Com intuito de analisar os pontos fortes, oportunidades, pontos fracos e ameaças inerentes a este percurso, refletindo acerca da influência que as diferentes experiências tiveram no meu enriquecimento enquanto Enfermeira Especialista em EMC-PSP, foi realizado um balanço. Esta análise fomenta a reflexão e confrontação com os aspetos positivos e negativos, bem como leva a autoconhecimento e delineamento de estratégias de melhoria.

Identifico como pontos fortes: a minha paixão pela Enfermagem, a vocação para a área dos Cuidados Paliativos, a motivação e interesse por aprender com todas as experiências e a minha visão positiva perante a vida. A abrangência do tema escolhido para desenvolver o Projeto Formativo, a frequência com que se falou do PAC FV, a forma como defendi a temática e a consistência dos registos, bem como a convivência com estas Equipas, fomentaram uma articulação mais facilitada no contexto profissional.

Como oportunidades: a motivação, dedicação e empenho das Equipas com quem estagiei, para uma prestação de cuidados de qualidade e para desenvolvimento dos CP, a disponibilidade das Enfermeiras Orientadoras para partilharem o seu conhecimento, experiência e prática de cuidados comigo, o afável acolhimento por parte das Equipas onde estagiei, a possibilidade de vivenciar experiências em realidades diferentes e no seio de Equipas experientes, proporcionaram uma aprendizagem enriquecedora e ainda a oportunidade de conhecer pessoas de referência para os CP a nível nacional, nomeadamente membros da APCP e da Comissão Regional de CP, foi um privilégio.

Como pontos fracos reconheço: a conjugação do tempo entre a vida profissional, académica e familiar e o cansaço inerente às deslocações acrescidas, para os locais de estágio.

Enquanto constrangimentos, identifiquei: a burocracia e demora dos pedidos realizados às Comissões de Ética para a Saúde e a fraca recetividade ao tema PAC FV, num dos locais de estágio.

No entanto, esta dificuldade proporcionou a que defendesse a sua importância e adequação, junto das responsáveis de serviço e com ajuda da Enfermeira Orientadora,

que tinha a mesma visão que eu. Compreendi que a inércia mostrada se relacionava com a expectativa no tradicional modelo de projeto de intervenção e, portanto, esperavam que pudesse contribuir para uma outra temática que consideravam importante desenvolver no serviço. Após várias conversas com as chefias, quer da minha parte, quer da parte da Enfermeira Orientadora, esta ideia foi-se dissolvendo, compreenderam o tipo de projeto a realizar e que este só seria finalizado no 2º Estágio. Conseguido este ajuste das expectativas, mostrei-me disponível para colaborar no enriquecimento desse trabalho, no entanto, este manteve-se sem desenvolvimento ao longo do meu estágio, mas penso que a abordagem do PAC FV poderá ter contributos para o mesmo, por ser um tema abrangente e que mobiliza vários assuntos vocacionados com o superior interesse da pessoa em situação paliativa e família, bem como propulsiona o estabelecimento de relação de parceria entre todos os intervenientes no processo de cuidar.

Ao longo deste percurso, que começou com a participação nas aulas presenciais, onde retomei a realização de trabalhos académicos e aprendi as atuais tendências de pesquisa bibliográfica e utilização de tecnologias, enquanto conheci pessoas novas, foram momentos de aprendizagem e partilha. As aulas de Orientação Tutorial, em muito contribuíram para a partilha das experiências vividas em cada campo de estágio, para a apresentação dos Projetos Formativos à medida que iam sendo desenvolvidos, permitindo a organização e adequações necessárias, graças aos constantes contributos dos Docentes e colegas. Também os Seminários, pelas diferentes metodologias utilizadas, se constituíram uma ferramenta impulsionadora de aprendizagem. A apresentação de várias Equipas do país permitiram a aquisição de conhecimentos através das suas partilhas, o que me tornou ainda mais desperta para os diferentes recursos de CP existentes pelo país, as diferentes formas de trabalhar de cada Equipa, nomeadamente quanto à admissão de doentes (formas de referenciação, critérios de admissão, número de doentes, áreas de intervenção), tipos de cuidados prestados (assessoria, cuidados diretos), dificuldades e facilidades da navegação dos doentes pelas diferentes tipologias e ainda a importância destas Equipas na formação dos Profissionais de Saúde das suas instituições. Ainda através dos seminários, fomos estimulados a refletir acerca dos aspetos éticos relacionados com os CP, bem como das características específicas

relativamente à área da investigação, que nos forneceram ferramentas importantes, quer para a prática diária de cuidados, quer para trabalhos atuais e futuros.

Depois vieram os Estágios, começados com nervosismo, porque a disponibilidade já não era a mesma dos tempos da Licenciatura e havia agora uma vida profissional e familiar consistentes e com uma demanda elevada, no entanto, apesar de cansativos, foram oportunidades únicas de confrontação com outras realidades e de enorme aprendizagem, quer pelos exemplos positivos, como pelos negativos. Marcados pela disponibilidade e carinho com que, não só as Enfermeiras Orientadoras, mas como todas as Equipas Multidisciplinares me receberam, houve momentos para colocar em prática os conhecimentos adquiridos, realizar pesquisa bibliográfica para aprofundamento dos mesmos e outros que foram surgindo, desenvolver documentos e reflexões com intuito de melhoria das práticas, esclarecer dúvidas, debater ideias e projetos, partilhar opiniões, participar em reuniões multidisciplinares e realizar apresentações nas mesmas, participar e colaborar em acontecimentos organizados pelas Equipas e ainda participar em eventos científicos nacionais e regionais, onde também estiveram presentes membros das Equipas onde estagiei.

A realização do Projeto Formativo, pautado no primeiro estágio pela fase de Planeamento, proporcionou a confirmação da adequabilidade da temática, permitiu o aprofundamento de conhecimentos sobre PAC FV e ratificação, também na literatura, de que se trata de uma área em desenvolvimento e onde ainda há muito a fazer em Portugal. Nesta primeira fase, foram definidos objetivos, atividades, recursos e indicadores. O segundo estágio, constituiu a fase de Implementação, ou seja, desenvolvimento das atividades e contribuição inerente para o campo de estágio.

Sendo o objetivo geral do Projeto Formativo, desenvolver competências de EEMC-PSP no âmbito do PAC FV, este foi impulsionador do desenvolvimento de competências também fora deste tema. A metodologia do trabalho de projeto preconiza a reflexão e conseqüente flexibilidade e plasticidade para readaptação das atividades previstas e a realizar (Ruivo & Ferrito, 2010).

Efetivamente, existiram atividades previstas neste relatório que foram substituídas, nomeadamente o registo diário das atividades realizadas para partilhar com

as Orientadoras, que não se mostrou útil, pelo que se optou pela realização de registos com base no processo centrado na pessoa, na medida em que aporta melhoria nos registos de enfermagem. Relativamente às apresentações que fiz em ambos os campos de estágio, que tinha denominado no projeto como “PAC FV – da teoria à prática”, optei por dar o título unicamente de “PAC FV” e, na própria apresentação, enfatizar o que as Equipas já fazem, através do reforço positivo fomentar a abordagem, o mais completa possível, do PAC FV na prática diária. Estava também prevista a realização de um Protocolo de *Scoping Review* (Apêndice III), mas, dada a importância da comunicação na temática escolhida e no dia-a-dia dos CP, decidi não ficar pelo Protocolo e avançar para o relatório da Revisão *Scoping*, tendo este permitido, não só o aprofundamento de conhecimento e enriquecimento deste relatório, como também desenvolver a capacidade de realizar este tipo de investigação. Serviu, ainda, a Revisão *Scoping*, para basear cientificamente o Projeto de Investigação, na medida em que foram identificadas, na literatura, as competências comunicacionais que os Enfermeiros devem deter para abordar esta temática junto da PSP e família. Um acréscimo inerente a este percurso foi o desenvolvimento da fluência da língua inglesa, por ser a predominante nas bases de dados científicas consultadas.

Propus-me, ainda, à realização de uma reflexão crítica, que foi efetuada em momentos concretos em estágio, mas sem adotar caráter escrito como previsto. Adicionalmente, surgiu a oportunidade da realização de um Projeto de Investigação denominado “Perceção, por parte dos Enfermeiros, da aplicação do PAC FV”, no qual me encontro a trabalhar, decisão tomada após os pedidos junto das três Comissões de Ética para a Saúde para a aplicação de um questionário sobre este tema, terem sido aceites. Realizar os pedidos para as Comissões de Ética foi um trabalho realizado durante as férias de verão e com diferentes particularidades para cada instituição, não tendo sido um processo simples. Para a sua concretização, foi de extrema importância o apoio, sugestões e disponibilidade, por parte da Professora Orientadora. No entanto, ter culminado na aceitação por parte das mesmas e ter sido possível realizar a sua aplicação nos contextos, foi compensador. Tenho agora, em mãos, material valioso para tratamento e posterior divulgação, contribuindo também desta forma para o conhecimento científico e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Durante o tempo que decorreu este curso, outras atividades tiveram influência no meu desenvolvimento de competências, nomeadamente a participação nas Jornadas da APCP, no Curso Básico de CP em ERPI e na Reunião Regional de Equipas de CP do Alentejo, na medida em que propiciam, para além do prosperar de conhecimento científico, um ponto de encontro de “paliativistas”, que trabalham em realidades diferentes e cuja partilha de experiências se torna muito enriquecedora, permitindo o paralelismo com outras realidades, o que incita a reflexão acerca das práticas, a partilha não formal de conhecimento e fomenta a articulação entre Equipas.

Os estágios foram momentos extremamente enriquecedores em termos de aprendizagens, num contexto natural do quotidiano dos cuidados. Para além do conhecimento científico, permitem experiência prática, conhecer pessoas novas, que partilham da mesma paixão (os CP), com quem é prazeroso discutir por “falarmos a mesma língua” e podermos comparar práticas de cuidados. Senti-me parte integrante das Equipas, tendo partilhado do seu espírito de Equipa e excelência de cuidados. Ainda, o facto de conhecer outros contextos “*dans le bain*”, permitiram-me valorizar situações às quais, até as vivenciar, não tinha a mesma perspetiva, permitindo-me, atualmente uma melhor compreensão do outro.

Estas experiências fomentaram a reflexão acerca das práticas no meu contexto profissional atual, tendo levado contributos que permitiram a melhoria dos cuidados, nomeadamente o transporte de atitudes, posturas e ações observadas nos estágios para o contexto profissional. Outro contributo de inestimável valor, foi o facto desta partilha me permitir conhecer outros contextos e dar a perspetiva das informações que são mais importantes transmitir quando os doentes transitam do contexto hospitalar, onde trabalho, para o contexto domiciliário ou de UCP. A vivência de situações diversas, em que os conflitos e outras dificuldades são parte integrante do trabalho em Equipa, levaram à reflexão acerca do que acontece no meu próprio contexto profissional, enquanto EIHSCP, permitindo comparar modos de atuar e de estar nas Equipas e a partir daqui concluir que deve existir uma constante valorização e reconhecimento do trabalho que fazemos diariamente.

As diferentes experiências vividas e conhecer pessoas interessadas e vocacionadas para a investigação, despertaram em mim também esse interesse, estimulando a

participação em eventos científicos e realização de trabalhos para os mesmos. Numa fase em que o sistema de saúde passou a ser organizado em Unidades Locais de Saúde, também as experiências vivenciadas têm trazido contributos para a organização do preconizado Serviço Integrado de Cuidados Paliativos.

Relativamente aos contextos de estágio, considero que contribuí para a melhoria dos cuidados prestados, através da partilha de conhecimento científico recente, sobretudo na área do PAC FV e do interesse e reflexão intensos despoletados através da partilha da *checklist* e das apresentações sobre o tema, na medida em que muitos dos Profissionais me procuraram individualmente para saber mais sobre a temática, esclarecer dúvidas entre conceitos, nomeadamente PAC FV e DAV e para saber estratégias comunicacionais específicas para a sua abordagem. Considero ter conseguido sensibilizar para a importância do registo do que é discutido e efetivamente, confirmei que passou a estar presente com mais frequência esse tipo de registo, no diário de cada PSP. Considero, desta forma e pelas atividades referidas, ter dado contributo para a qualidade dos cuidados prestados à PSP e família e também dos registos realizados, que quanto mais completos, melhor espelham o trabalho que é feito pelas Equipas.

Os estágios, por serem momentos em que mostramos, apesar de indiretamente, ativamente, como nos comportamos na prática perante as situações, podem propiciar novas oportunidades de trabalho, nomeadamente quando nos convidam a fazer parte das Equipas onde estagiamos. Essa é uma sensação muito gratificante e recompensadora do esforço que se constitui a conjugação da academia com a vida pessoal e profissional.

Analisando todo o percurso, retrospectivamente, identifico que as competências que foram gradualmente desenvolvidas e solidificadas, me aportaram a experiência aliada a conhecimento científico, que confere a capacidade de compreender intuitivamente, julgar e atuar de forma adequada a cada PSP e família e à situação, pela sua avaliação na globalidade. A capacidade de atuar “fora da caixa”, conseguida pelo desenvolvimento aprofundado do meu autoconhecimento, tem como intuito agir no melhor interesse da PSP e família, garantindo a segurança e que não haverá prejuízo para qualquer das partes, adequando a resposta às necessidades da pessoa e antecipando complicações futuras, servindo ainda como consultora para os pares, são evidências que me levam a afirmar ter atingido o nível perita (Benner, 2001; Brykczynski, 2022) .

## 4. Conclusões e Trabalho Futuro

O envelhecimento populacional e a multiculturalidade crescentes da sociedade, aliados à evolução que a tecnologia tem tido, a sua influência na área da saúde e consequente aumento da esperança média de vida, tornam premente a importância de discutir o PAC FV, de forma que, no que concerne a área da saúde, as tomadas de decisão possam ser partilhadas e articuladas com os desejos e valores individuais (Pan et al., 2022). Sendo os Enfermeiros os profissionais que têm o privilégio de passar mais tempo junto das pessoas de quem cuidam, encontram oportunidades únicas para abordar o PAC FV. Para além da frequência e qualidade das relações que estabelecem, "(...) conversas críticas são o domínio natural dos enfermeiros" (Isaacson & Minton, 2018), daí ter surgido a pertinência do título deste Projeto Formativo: "Contributo dos Enfermeiros para o PAC FV".

Uma das minhas inquietações e que motivou a abordagem do tema do PAC FV, foi a importância e benefício que a sua discussão, na prática diária de cuidados paliativos, podem ter para a qualidade de vida da PSP e família. Para a maioria das pessoas, estar doente é algo novo e enfrentar uma doença complexa, avançada e, muitas vezes, com prognóstico reservado, causa um grande sofrimento. As pessoas não estão, por si só, despertas para a necessidade de discutir assuntos mais delicados, nomeadamente conversar sobre a hipótese de as coisas não correrem bem e de vir a falecer, de que forma gostaria de viver até lá. Muitas vezes, só será possível que exista a oportunidade de discutir desejos, valores e preferências, se alguém que domine este assunto incitar a esta reflexão. E este é o papel dos profissionais de saúde que trabalham em CP, proporcionar a máxima qualidade de vida à PSP e família, fomentar que viva a vida em pleno para que, no fim de vida, domine a sensação de paz e plenitude.

Com base na temática do PAC FV e Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa, que ancoraram este percurso, considero que os objetivos deste relatório foram atingidos, pois consegui alcançar com sucesso os objetivos do Projeto Formativo e também de ambos os Estágios. O facto de ter concluído com sucesso os dois estágios indicam que consegui adquirir as competências necessárias para cuidar da PSP e família nas várias vertentes inerentes a este processo com especial atenção à temática do PAC FV, que obtive as

ferramentas necessárias para desenvolver a aprendizagem ao longo da vida na área de Enfermagem e que consegui alcançar conhecimentos nas áreas da investigação e ética em CP, que fui afunilando para a área do PAC FV mas sem esquecer a globalidade da PSP e família, bem como demonstrar pensamento crítico e capacidade de reflexão na prática de cuidados, dando ênfase ao contributo que o PAC FV tem para a promoção da autonomia individual.

Ao longo deste relatório, apresentei as atividades desenvolvidas e a sua contribuição para o desenvolvimento progressivo das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, com base no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica e também de Mestre, pelo desenvolvimento dos Descritores de Dublin.

Considero ter adquirido as aptidões necessárias para cuidar da PSP e família durante todo o processo de doença, para conduzir o processo de aprendizagem contínuo com base na melhor evidência científica, para discutir dilemas éticos e aspetos particulares da investigação em Cuidados Paliativos, para utilizar métodos de investigação e interpretação de dados, bem como demonstro pensamento crítico, reflexivo e raciocínio clínico. Mantenho, na minha conduta, uma atitude de centrar os cuidados no doente e família, adequando os pormenores a cada pessoa e situação, procurando prestar cuidados de qualidade e propícios ao máximo bem-estar e conforto da PSP e família.

“O estágio deve ser considerado como elemento central na transição de enfermeiro para enfermeiro especialista (...)” (Barreira, 2021), na medida em que o estudante experimenta, num contexto de trabalho natural, a mobilização das aprendizagens teóricas e práticas. As minhas experiências corroboram o descrito na literatura, nomeadamente quanto à capacidade destas vivências despoletarem e modificarem a minha disposição, visão e capacidade de cuidar. Verifico, na minha prática diária, uma atitude reflexiva muito mais frequente do que antes deste percurso, bem como me sinto mais empoderada para discutir as situações multidisciplinarmente e para

aconselhar pares e outros profissionais que me procuram a fim de obterem o meu ponto de vista sobre assuntos relacionados com os Cuidados Paliativos.

O facto de ter ingressado neste 2º ciclo de estudos, levou a que tivesse sido convidada a participar em formações no âmbito do meu local de trabalho, também estas com contributo para uma melhoria dos cuidados prestados e incremento da sua qualidade.

Na minha perspetiva, tanto a metodologia de trabalho de projeto, como a realização de trabalhos de investigação, nomeadamente a Revisão *Scoping* e o Projeto de Investigação, proporcionaram o desenvolvimento de ferramentas individuais e estruturais, que me permitirão continuar a desenvolver trabalhos, sobretudo na área do PAC FV, que veio a demonstrar-se uma área de ainda maior interesse do que o que eu tinha no início deste percurso.

Neste sentido, a realização da Revisão *Scoping* permitiu a compilação das competências comunicacionais necessárias aos Enfermeiros e vai basear cientificamente o Projeto de Investigação “Perceção, por parte dos Enfermeiros, da aplicação do PAC FV”, sendo meu objetivo vir a divulgar, quer a Revisão *Scoping*, quer os resultados do Projeto de Investigação. Para além da publicação futura destes artigos científicos, continuarei a submeter resumos para eventos científicos, a fim de disseminar conhecimento.

Considero urgente a criação de um local único para registo do PAC FV, à semelhança do registo de DAV, já existente. Na minha opinião, seria mais útil um documento menos burocratizado, que permitisse aos profissionais de saúde o registo do que é discutido no PAC FV, pois a burocracia associada às DAV compromete a sua realização.

É minha ambição continuar a contribuir para a divulgação do PAC FV nos contextos de cuidados, idealmente criando uma ferramenta de registo nacional, através de uma aplicação informática, que estivesse acessível a todos os profissionais de saúde, para que esta discussão pudesse ser, efetivamente, dinâmica e navegasse pelos diferentes níveis de cuidados “atrelado” à pessoa, mediante as suas necessidades, de forma a evitar medidas desajustadas aos desejos e valores individuais.

## Referências Bibliográficas

- Barreira, L. F. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes a atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros, 1–5. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto.
- Bryczynski, K. (2022). Patricia Benner: Caring, clinical wisdom, and ethics in nursing practice. In M. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (10th ed., pp. 101–116). Elsevier Inc.
- Capelas, M. L. V. (2014). *Indicadores de qualidade em cuidados paliativos*. Universidade Católica Editora.
- Carneiro, R. (2020). Questões e respostas sobre o cuidado da pessoa em situação de últimas horas ou dias de vida. *Curso de Bioética do 26º Congresso de Medicina Interna*. Hospital da Luz- Arrábida.
- Carneiro, R., Simões, C., & Carneiro, A. (2019). Plano individual e integrado de cuidados como objetivo da relação clínica. *Medicina Interna*, 26(2), 147–152. <https://doi.org/10.24950/rspmi/PV/284/18/2/2019>
- Castro, L., & Ricardo, M. M. (2002). *Gerir o trabalho de projeto: Guia para a flexibilização e revisão curriculares* (7ª ed.). Texto Editora.
- Decreto-Lei nº 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, Série I-A (N.º 60/2006 de 2006-03-24), 2242 – 2257. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Dias, L. M., Bezerra, M. R., Barra, W. F., Nunes, R., & Rego, F. (2022). Advance care planning: a practical guide. *Revista Bioética*, 30(3), 525–533. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022303546PT>

- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2024). *Antecipado*.  
<https://dicionario.priberam.org/antecipado>.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2024). *Avançado*.  
<https://dicionario.priberam.org/avan%C3%A7ado>.
- Díez-Manglanoa, J., Sánchez Muñoz, L. A., García Fenoll, R., Freire, E., Isasi de Isasmendi Pérez, S., Carneiro, A. H., & Torres Bonafonte, O. (2021). Guia de consenso para a prática clínica sobre boas práticas nos cuidados em fim de vida, das Sociedades Espanhola e Portuguesa de Medicina Interna. *Medicina Interna*, 28(1), 82–99.  
<https://doi.org/10.24950/semi/spmi/1/2021>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2023). Estágio com Projeto [Documento Orientador]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Unidade curricular Estágio com Projeto 2022/2023. Colocar Link do documento
- Goswami, P., Mistic, M., & Barber, F. (2020). Advance care planning: Advanced practice provider–initiated discussions and their effects on patient-centered end-of-life care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(1), 81–87. <https://doi.org/10.1188/20.CJON.81-87>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2023). Guia Orientador Estágio com Relatório [Documento Orientador]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Unidade Curricular Estágio com Relatório 2023/2024. Colocar Link do documento
- Isaacson, M. J., & Minton, M. E. (2018). End-of-Life communication: Nurses cocreating the closing composition with patients and families. *Advances in Nursing Science*, 41(1), 2–17. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000186>
- Kuusisto, A., Santavirta, J., Saranto, K., Korhonen, P., & Haavisto, E. (2020). Advance care planning for patients with cancer in palliative care: A scoping review from a professional perspective. In *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2069–2082. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jocn.15216>
- Lannie, A., & Peelo-Kilroc, L. (2017). Person-centredness in palliative care. In B. McCormack & T. McCance (Eds.), *Person-Centred practice in nursing and health care theory and practice* (2nd ed., pp. 248–258). WILEY Blackwell.

- Lei nº 25/2012 (2012). Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Assembleia da República. *Diário Da República, Série I* (Nº 136 de 16-07-2012), 3728–3730. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/25-2012-179517>
- Lei nº 52/2012 (2012). Lei de bases dos cuidados paliativos. Assembleia da República. *Diário Da República, Série I* (Nº 172 de 05-09-2012), 5119–5124. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- Leite, E., Malpique, M., & Santos, M. (2001). *Trabalho de projeto* (4<sup>a</sup> ed.). Edições Afrontamento
- Martínez, C. L., Girón, S. D., Rietjens, J. A. C., Korfage, I. J., & Gómez-Batiste, X. (2019). Definición y recomendaciones para la planificación de decisiones anticipadas: un consenso internacional apoyado por la European Association for Palliative Care (EAPC). *Medicina Paliativa, 26*(3), 236–249. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1019/2019>
- McCance, T., & McCormack, B. (2017). The Person-centred practice framework. In B. McCormack & T. McCance (Eds.), *Person-centred practice in nursing and health care theory and practice* (2nd ed., pp. 36–64). Wiley Blackwell.
- McCormack, B. (2019). My vision for person-centred nursing. *Projetar Enfermagem-Revista Científica de Enfermagem, 6*–12.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing, 56*(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- NHS England. (2022). *Universal principles for advance care planning (ACP)*. [www.england.nhs.uk/eolc/resources/](http://www.england.nhs.uk/eolc/resources/).
- Nicholson, B. (2021). Advanced care planning: The concept over time. *Nursing Forum, 56*(4), 1024–1028. <https://doi.org/10.1111/nuf.12631>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Pan, C. X., Spinelli, A., Litrivis, E., Popoviciu, A., Thomson, K. P., & Brondolo, E. (2022). AD-LAST! An interdisciplinary clinical workshop to improve cultural and spiritual awareness in advance care planning skills. *Palliative and Supportive Care*. <https://doi.org/10.1017/S1478951522000232>
- Pazes, C. (2022). Entre o pré-hospitalar e os cuidados paliativos procurando a melhor prática clínica e eficiência. *LIFESAVING Scientific*, 3(2), 9–15.
- Radbruch, L., Payne, S., Bercovitch, M., Caraceni, A., Vlieger, T., Firth, P., Hegedus, K., Nabal, M., Rhebergen, A., Schunidlin, E., Rhebergen, A., Tishelman, C., Wood, C., & Conno, F. (2010). *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2*. 17(1), 22–33.
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, 2ª Série (N.º 135 de 16-07-2018). ELI: [Regulamento n.º 429/2018 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://diariodarepublica.pt/DR/detalhe/regulamento/429-2018)
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, 2ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Rietjens, J. A. C., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., van der Heide, A., Heyland, D. K., Houttekier, D., Janssen, D. J. A., Orsi, L., Payne, S., Seymour, J., Jox, R. J., & Korfage, I. J. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. In *The Lancet Oncology* 18(9), 543–551. Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X)

- Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 1–37. <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>
- Schröder C.S., Nakayama M.K., Pilla, B.S: & Haro, D.G: (2004). *Definição de Critérios e Indicadores de Desempenho para Sistemas de Treinamento Corporativo Virtual*. <http://www.abed.org.br/congresso2004/por/htm/093-TCC3.htm>
- Silva, R., Paiva, M., Vital, F., Moura, M. J., & Lourenço, J. (2023). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental*. [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023\\_2024\\_signed.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf)
- Silveira, M. J., Arnold, R. M., & Givens, J. (2023). *Advance care planning and advance directives*. UpToDate (pp. 1–29). <https://www.uptodate.com/contents/advance-care-planning-and-advance-directives/abstract/2,3>
- Smith, G., Strath, A., McMahon, A., & Leitch, J. (2023). *Anticipatory care planning and future care planning*. Scottish Government. <https://www.publications.scot.nhs.uk/files/cmo-2023-17.pdf>
- Serviços Partilhados Ministério da Saúde. (2023, 1 jan.). *Registo de testamentos vitais duplicou em 2022*. <https://www.spms.min-saude.pt/2023/01/registo-de-testamentos-vitais-duplicou-em-2022/>
- Serviços Partilhados Ministério da Saúde (2023, 1 jul.). *RENTEV assinala 9 anos a registar testamentos vitais*. <https://www.spms.min-saude.pt/2023/07/rentev-assinala-9-anos-a-registar-testamentos-vitais/>
- Sudore, R. L., Heyland, D. K., Lum, H. D., Rietjens, J. A. C., Korfage, I. J., Ritchie, C. S., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Lorenz, K., Howard, M., Green, M. J., Simon, J. E., Feuz, M. A., & You, J. J. (2018). Outcomes that define successful advance care planning: A Delphi Panel consensus. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2), 245-255. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.025>
- Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J. A. C., Korfage, I. J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining advance care planning for adults: A consensus

definition from a multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(5), 821-832. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>

Valadas, A. (2022). Diretivas antecipadas de vontade (DAV): Necessidade premente de (in)formação para aumento de adesão. *Medicina Interna*, 29(3), 239-240. <https://doi.org/10.24950/rspmi.617>

van der Steen, J. T., Nakanishi, M., Van den Block, L., Di Giulio, P., Gonella, S., in der Schmitzen, J., Sudore, R. L., Harrison Denning, K., Parker, D., Mimica, N., Holmerova, I., Larkin, P., Martins Pereira, S., Rietjens, J. A. C., & Korff, I. J. (2024). Consensus definition of advance care planning in dementia: A 33-country Delphi study. *Alzheimer's and Dementia*, 20(2), 1309-1320. <https://doi.org/10.1002/alz.13526>

World Health Organization (2020, 5 ago.). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Wilkin, K., Fang, M. L., & Sixsmith, J. (2024). Implementing advance care planning in palliative and end of life care: a scoping review of community nursing perspectives. *BMC Geriatrics*, 24(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04888-4>