



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

**Comunicação e gestão de más notícias com a pessoa em  
situação paliativa: intervenção de enfermagem**  
Communication and management of bad news with the palliative patient:  
nursing intervention

**Teresa Abraços Rodrigues de Moura**

---

**Lisboa  
2024**



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

Relatório de Estágio

**Comunicação e gestão de más notícias com a pessoa em  
situação paliativa: intervenção de enfermagem**

Communication and management of bad news with the palliative patient:  
nursing intervention

**Teresa Abraços Rodrigues de Moura**

Orientador: Professora Doutora Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Coorientador: Professora Doutora Ana Filipa Nunes Ramos

---

**Lisboa**

**2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Helping, fixing and serving represent three different ways of seeing life.  
When you help, you see life as weak.  
When you fix, you see life as broken.  
When you serve, you see life as whole.  
Fixing and helping may be the work of the ego, and service the work of the soul”.*

Rachel Naomi Remen

## **AGRADECIMENTOS**

Às professoras Ana Ramos e Eunice Sá pelo seu compromisso e dedicação na orientação e acompanhamento ao longo deste percurso.

Aos orientadores dos locais de estágio pela dedicação e disponibilidade e por serem um exemplo a seguir.

Aos meus colegas de curso pela interajuda, pelas gargalhadas e encorajamento.

Ao Pedro, meu marido, pelo companheirismo e amizade, pela paciência e compreensão.

Aos meus filhos, por serem fontes de incentivo e inspiração todos os dias.

Aos doentes e suas famílias por me terem possibilitado estar presente em momentos de tão grande fragilidade.

À minha família, e a todas as pessoas que me acompanharam neste percurso, o meu mais sincero agradecimento.

## ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CPal – Cuidados Paliativos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

ECTS – *European Credit Transfer System*

EE – Enfermeiro Especialista

EIHSCP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC-PSP – Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

ERPI – Estrutura residencial para idosos

h - Horas

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

MRSA – *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina

MTP – Metodologia Trabalho de Projeto

n.º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – página

PFI – Projeto de Formação Individual

pp. - páginas

PPS-PT – *Palliative Performance Scale*, versão portuguesa (Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos)

PSP – Pessoa em situação paliativa

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO – *World Health Organization*

## RESUMO

Os cuidados paliativos são um direito humano, devendo ser integrados em todos os níveis de cuidados, como parte integrante dos serviços de saúde. A comunicação é um instrumento básico de enfermagem, sendo vital neste cenário de particular fragilidade. Comunicar más notícias é frequentemente referido na literatura como uma das ações mais complexas, na qual a competência do profissional na utilização de estratégias adequadas, bem como a centralização do cuidado nas necessidades da pessoa, adquirem particular relevância. Desta forma, foi ancorado este percurso de aquisição de competências no modelo de enfermagem do Cuidado Centrado na Pessoa.

Como objetivos pretende-se identificar dimensões da comunicação e gestão de más notícias com a pessoa em situação paliativa; desenvolver competências comuns de enfermeira especialista e específicas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa e de Mestre em Enfermagem, em contexto de Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e de Unidade de Cuidados Paliativos.

Recorreu-se à elaboração duma revisão *scoping* para mapear o conhecimento existente quanto às dimensões presentes na comunicação e gestão de más notícias realizadas por enfermeiros, com a pessoa em situação paliativa, familiares/ cuidadores e à metodologia de trabalho por projeto para promover e sistematizar aprendizagens significativas e o desenvolvimento de competências.

Foram organizados os resultados deste percurso por: Dimensões de estrutura – pessoa em situação paliativa, seus familiares e cuidadores; enfermeiro; institucional; organizacional. Dimensões de processo – formação contínua e avançada em cuidados em fim de vida; formação em comunicação e comunicação de más notícias; intervenções de enfermagem religiosa e culturalmente sensíveis; intervenções de enfermagem na promoção da esperança e na manutenção da fé; gestão emocional; utilização de protocolo de comunicação de más notícias; respeito pela autonomia, preferências e necessidades. Dimensões de resultado – adaptação ao processo de doença; capacidade para a tomada de decisão da pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/ familiares. A prática baseada na evidência permitiu desenvolver cuidados de enfermagem centrados e especializados na comunicação honesta que garante a participação ativa da pessoa no processo de tomada de decisão e na sua trajetória de cuidados. Uma aprendizagem em contexto de estágio permite a aplicação prática da evidência, facilitando o desenvolvimento e aquisição das competências preconizadas.

**Palavras-chave:** fim de vida, enfermagem, comunicação, revelação da verdade, gestão de más notícias.

## ABSTRACT

Palliative care is a fundamental human right that must be seamlessly integrated into all levels of healthcare services. Effective communication is essential in nursing practice, particularly in situations of heightened vulnerability. Communicating bad news is often referred to in the literature as one of the most complex nursing actions, in which the professional's competence in the use of appropriate strategies, as well as the centring of care on the needs of the person, acquires special relevance. This competence acquisition process was thus anchored in the nursing model of Person-Centred Care.

The aim was to identify communication and management dimensions involved in delivering bad news to individuals in palliative situations; develop specialized nursing skills and specific specialized skills for nursing in the palliative care field and nursing master's degree skills in a hospital palliative care support team and a palliative care unit.

A scoping review was conducted to map the existing knowledge on communication and management of bad news with palliative patients and their families/ caregivers and a project-work methodology was applied to promote and systematize meaningful learning and skills development.

The results were organized by: Structure components – palliative patients, their caregivers and family members; nurses; institutional and organizational. Process components – continuous and advanced training in end-of-life care nursing; training in communication and communicating bad news; religiously and culturally sensitive nursing interventions; nursing interventions aimed at promoting hope and maintaining faith; emotional management; use of bad news communication protocol; respect for autonomy, preferences, and needs. Outcome components – adaptation to the disease process; decision-making capacity of the palliative patient, their caregivers and family members.

Evidence-based practice allowed the development of specialized and person-centred nursing and communication that ensures the active participation of the person in the decision-making process and their care trajectory. Learning in a real care environment allows the practical application of scientific evidence, facilitating the development and acquisition of the recommended specialist nursing skills.

**Keywords:** end of life, nursing, communication, truth disclosure, breaking bad news.

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| 0. Introdução.....   | 3  |
| 1. Enquadramento Teórico .....   | 8  |
| 1.1. Os cuidados paliativos na Europa e em Portugal .....  | 8  |
| 1.2. O cuidado de enfermagem centrado na pessoa em situação paliativa .....  | 9  |
| 1.3. Comunicação e gestão de más notícias com a pessoa em situação paliativa:<br>contributos da intervenção de enfermagem.....                         | 12 |
| 1.4. Dimensões da estrutura, processo e resultado da comunicação e gestão de más<br>notícias em enfermagem .....                                       | 14 |
| 2. Execução das atividades e sua relação com as competências desenvolvidas .....   | 19 |
| 2.1. Contextualização dos locais de estágio .....  | 20 |
| 2.2. Objetivos definidos por contexto de estágio .....   | 23 |
| 2.3. Competências comuns do Enfermeiro Especialista .....  | 23 |
| 2.4. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-<br>cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa ..... | 34 |
| 2.5. Desenvolvimento de competências de Mestre (2º Ciclo) .....  | 43 |
| 3. Avaliação .....   | 45 |
| 4. Conclusões .....  | 48 |
| 5. Referências Bibliográficas.....   | 51 |

### Apêndices

Apêndice 1. Protocolo de Revisão *Scoping*: Comunicação e gestão de más notícias em enfermagem com a pessoa em situação paliativa, familiares/ cuidadores: protocolo de *scoping review*.

Apêndice 2. Plano de Sessão de Formação “Indicadores de Qualidade em Cuidados Paliativos

Apêndice 3. Plano de Sessão *Journal Club*

Apêndice 4. Síntese do *webinar*: “Comunicação em Cuidados Paliativos: Desafios e Oportunidades”

Apêndice 5. Poster: Comunicação/ gestão de más notícias em enfermagem com a pessoa em situação paliativa: resultados preliminares de *scoping review*

### Anexos

Anexo 1. Certificado de participação no *webinar*: “Redação de artigos científicos”

Anexo 2. Certificado de participação no *webinar*: “Investigação na prática clínica do Enfermeiro”

Anexo 3. Certificado de participação em *webinar* com apresentação de poster

Anexo 4. Certificado de participação no 2º Encontro de Boas Práticas Alumni ESEL

## ÍNDICE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. Modelo Conceptual da teoria do Cuidado Centrado na Pessoa, adaptado de McCormack & McCance, 2017 ..... | 10 |
|--|----|

## 0. INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o relatório do estágio, realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (EMC-PSP). Neste documento será efetuada, com base em evidência científica, a análise crítica do processo de implementação do projeto de formação, bem como de outras atividades não planeadas no projeto, mas que contribuíram para que atingir os objetivos traçados. Este processo e o respetivo relatório tiveram como finalidade central o desenvolvimento das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (respetivamente Regulamento n.º 140/2019 e Regulamento n.º 429/2018) e a demonstração das competências referidas na Lei de Bases do Sistema Educativo para a atribuição do grau de Mestre em Enfermagem (Decreto-Lei n.º 74/2006), que remete para a capacitação do mestrando para: i) compreender e diagnosticar situações; ii) identificar problemas complexos; iii) modernizar as respostas; antecipar, planear e liderar a mudança; iv) suportar ética e cientificamente as tomadas de decisão; v) avaliar os processos, melhorá-los e multiplicá-los nos seus melhores efeitos e corrigi-los no necessário e vi) disseminar a informação gerada.

O aprofundamento e aquisição de competências nos diferentes domínios, permite que o aluno se especialize na sua área de intervenção, e que atue na sua prática com um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde, demonstrando e mobilizando um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades. A OE refere-se ao EE como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, pp.4744).

Na elaboração deste relatório foi utilizada uma metodologia descritiva reflexiva. Esta metodologia possibilita uma compreensão profunda dos dados e contextos estudados uma vez que permite compreender melhor um problema específico, sendo promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência, e facilita o estabelecimento de uma dinâmica entre a teoria e a prática, onde o estudante age como investigador interferindo diretamente no campo da investigação e nas consequências da sua ação e intervenção (Ferrito et al., 2010).

As UC Estágio com Relatório e Estágio com Projeto constituem a componente clínica deste Curso de Mestrado, articulando-se entre si. Desta forma, durante a UC Estágio com Projeto foi desenhado um Projeto de Formação Individual (PFI), segundo a Metodologia Trabalho de Projeto (MTP). A aplicação da MTP para este percurso, a sua implementação e a conseguinte realização do relatório facilita a demonstração das competências necessárias à atribuição de grau de mestre preconizadas no Artigo 15º do Decreto-Lei 74/2006, na medida em que permite demonstrar o desenvolvimento de conhecimentos e capacidade de

compreensão; capacidade de comunicar conclusões e conhecimentos e raciocínios a ela subjacentes de forma clara e sem ambiguidades e demonstrar competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de forma fundamentalmente auto-orientada ou autónoma. A MTP permite ao estudante estar simultaneamente em contexto teórico e prático, contribuindo para o desenvolvimento de competências de forma estruturada e particular (Ferrito et al., 2010). A aplicação deste método iniciou-se com a identificação de necessidades de aprendizagem. Através da análise crítica e reflexiva da prática como enfermeira foi identificada a necessidade de aquisição de mais competências a nível da comunicação com a pessoa em situação paliativa, seus cuidadores/ familiares. Segundo o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, apresentado por Benner (2001) coloquei-me no nível proficiente em relação à comunicação com a pessoa em situação paliativa, familiares e cuidadores, tendo estabelecido como objetivo alcançar, com este processo de aquisição de competências, o nível de perito. De modo geral, enfermeiras proficientes trabalham na mesma área de cuidados e com a mesma população há mais de cinco anos, sendo este o meu caso uma vez que para além dos 9 anos nos quais exerci funções num serviço de medicina, com uma população maioritariamente com necessidades paliativas, tenho sido, nos últimos 6 anos, o elo para os CPal na comunidade, prestando cuidados a PSP e seus cuidadores/ familiares no domicílio. Um enfermeiro perito numa determinada área tem a capacidade de perceber as situações como um todo, utilizando como paradigma de base situações específicas vividas no passado e encaixadas com sucesso no seu processo de pensamento clínico (Benner, 2001).

Observei que, na prática da prestação de cuidados, ocorrem diariamente situações em que são transmitidas más notícias à pessoa e seus cuidadores/ familiares e que a forma de abordar estas situações, tão impactantes para as pessoas, trazia-me insegurança apesar dos anos de prática como enfermeira, pelo que procurei com este projeto de formação, uma forma de ancorar a minha prática em melhor evidência científica. É Competência Comum do EE (Regulamento n.º 140/2019) o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, preconizando-se que o EE detenha consciência de si enquanto profissional e enquanto pessoa; que seja capaz de gerir respostas de adaptabilidade individual e que suporte a sua prática clínica em evidência científica. Após o diagnóstico de necessidades de aprendizagem chegou-se à pergunta de investigação: “Quais as dimensões presentes na comunicação e gestão de más notícias realizadas por enfermeiros, com a pessoa em situação paliativa, familiares/ cuidadores em contexto de unidades de internamento, ambulatório e domicílio?”. A relevância deste tema na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa é explicada desde logo por Neto (2016), e reiterada no Regulamento n.º 429/2018, ao referir que a comunicação é um dos quatro pilares fundamentais da filosofia dos Cuidados Paliativos (CPal), juntamente com o controlo sintomático adequado, o apoio à família e o trabalho de equipa. Uma comunicação eficiente em CPal pode facilitar a introdução à filosofia de cuidar

de forma não ameaçadora, construindo a confiança da pessoa em situação paliativa e família na equipa e nos cuidados em si, permitindo um maior controlo sintomático, fortalecendo estratégias de *coping* e facilitando processos de tomada de decisão (Mehnert & Koranyi, 2022) pelo que as competências comunicacionais do enfermeiro são fundamentais no processo de cuidar. Estas também facilitam a colaboração efetiva do enfermeiro com a restante equipa multidisciplinar garantindo a continuidade e a qualidade do cuidado prestado.

A comunicação está em todos os atos da prática diária. É fluida e depende de todos os intervenientes, pelo que a competência nesta área requer mais do que o estudo de um manual e é mais complexa que a simples passagem dos anos de experiência (pode um enfermeiro ter muitos anos de prática e não ser competente nesta área se nunca se tiver dedicado a esta ou nunca tiver reconhecido a sua importância). Um enfermeiro competente na comunicação será mais eficaz, quer no planeamento quer na implementação do plano de cuidados e terá, melhores resultados, desempenhando um papel importante na satisfação, adesão ao plano de cuidados e na melhoria dos resultados clínicos globais das pessoas cuidadas (Baer & Weinstein, 2013). A comunicação é uma ferramenta básica de enfermagem, sendo, desta forma, central ao cuidado de enfermagem, especialmente num cenário de particular fragilidade como é o dos CPal (Wittenberg-Lyles et al., 2017).

A comunicação e gestão de más notícias é frequentemente reportada pelos profissionais de saúde da área dos CPal como uma das intervenções mais difíceis e complexas (Querido et al., 2016; Sánchez et al., 2023). Comunicar más notícias inclui mais que a transmissão de factos encarados como negativos; é necessário compreender a extensão e a profundidade da informação que a pessoa está preparada para receber, como transmitir o facto, apoiar emocionalmente e facilitar o processamento da má notícia recebida abrindo o caminho a outras questões e dúvidas que possam surgir, estando também preparado para as abordar num compromisso de honestidade, confiança e não-abandono (Wittenberg-Lyles et al., 2017). Apesar da comunicação de más notícias ser desafiante, indutora de stress e complexa, esta intervenção apresenta-se frequentemente aos enfermeiros como uma oportunidade de providenciar conforto e apoiar na tomada de decisão (Aydin et al., 2020; Davoudi et al., 2021). A importância da forma como são comunicadas as más notícias é reconhecida pela comunidade científica. A criação de protocolos/ guiões - como o Protocolo de SPIKES, o modelo ABCDE, a mnemónica NURSE, entre outros - com o objetivo de guiar os profissionais neste processo de comunicação de más notícias (Fuoto & Turner, 2019; Sánchez et al., 2023) corrobora o impacto deste tema nos profissionais de saúde e nas pessoas que cuidamos. Apoiar as pessoas e os seus cuidadores/ familiares à medida que se aproximam do fim da vida requer uma força de trabalho qualificada e o reconhecimento da comunicação como competência vital, para garantir a prestação de cuidados holísticos de qualidade (Kerr et al., 2019; Gonella et al., 2020; Toh et al., 2020; Davoudi et al., 2021; Francis & Robertson, 2023; Wahyuni et al., 2023). Tendo em conta o problema identificado, e após

fundamentação da relevância do tema, foram selecionados objetivos de aprendizagem e posteriormente planeadas atividades, recursos e critérios/ indicadores de avaliação que permitissem alcançar os objetivos delineados e demonstrar a aquisição de competências. O Projeto de Formação Individual (PFI) assim desenhado e com o título: “Comunicação e gestão de más notícias com a pessoa em situação paliativa: intervenção de enfermagem”, foi implementado maioritariamente na Unidade Curricular Estágio com Relatório do qual se fará o balanço no presente documento, juntamente com outras atividades realizadas e que tenham contribuído para o desenvolvimento das competências preconizadas nos diplomas referidos.

A componente clínica, realização de estágios, teve como objetivo aprender e demonstrar as competências aprendidas em contexto prático, em ações contextualizadas. A realização do ensino clínico decorreu em duas de três tipologias distintas. A minha experiência profissional anterior numa equipa comunitária de suporte em CPal guiou a minha escolha quanto aos contextos da realização de ensino clínico: equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) e Unidade de Internamento de CPal. Selecionados serem aqueles com os quais ainda não tinha tido contacto ao longo do meu percurso profissional e no sentido de potenciar a aprendizagem através da exposição a novas realidades e situações de cuidados. A escolha por uma instituição privada para a realização de um dos ensinamentos clínicos ocorreu com o objetivo de compreender as diferenças e semelhanças entre estes dois contextos de cuidados e o impacto que estas têm/podem ter na qualidade dos cuidados prestados.

Sendo a clínica um espaço insubstituível para a potenciação de conhecimentos teóricos e a aquisição de saberes práticos e processuais (Amaral & Figueiredo, 2021), a realização dos estágios contribuiu para o desenvolvimento de competências: i) no domínio da prestação de cuidados através da aplicação de conhecimento teórico e prático em contexto real e sob tutoria de enfermeiros especialistas na mesma área de especialização; ii) no domínio da formação, através das apresentações em contexto de trabalho preparadas e realizadas; iii) no domínio da gestão através do acompanhamento das intervenções dos enfermeiros especialistas tutores e enfermeiros chefes dos locais de estágio; iv) no domínio da investigação através da realização de *scoping review* e de outras pesquisas realizadas.

Os objetivos propostos subjacentes a este relatório de estágio são: i) problematizar sobre as dimensões da estrutura, processo e resultado da comunicação e gestão de más notícias em enfermagem, que decorrem de uma *scoping review* elaborada; ii) descrever atividades realizadas em ambiente da prática de enfermagem, mediante uma análise crítico-reflexiva e baseada em evidência científica; iii) relacionar as atividades realizadas durante este percurso com as competências enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa e de Mestre em Enfermagem desenvolvidas.

Em relação à estrutura interna, o presente relatório será constituído por um enquadramento teórico, dividido em quatro subcapítulos: Os cuidados paliativos na Europa e em Portugal; O cuidado de enfermagem centrado na pessoa em situação paliativa; A comunicação e gestão de más notícias com a pessoa em situação paliativa: Contributos da intervenção de enfermagem; Dimensões da estrutura, processo e resultado da comunicação e gestão de más notícias em enfermagem. Ao enquadramento teórico segue a descrição da execução das atividades e sua relação com as competências desenvolvidas organizada em quatro subcapítulos referentes a contextualização dos locais de estágio, objetivos definidos por local de estágio, descrição e análise da execução das atividades desenvolvidas organizada pelos domínios de competências comuns de enfermeiro especialista, específicas para o EE em EMC-PSP e de mestre preconizados pelos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018 e Decreto-Lei n.º 74/2006. Finalmente, é realizada a avaliação do percurso formativo e dos resultados da aprendizagem, seguindo-se a conclusão e considerações quanto a perspetivas futuras de desenvolvimento profissional e pessoal.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. Os cuidados paliativos na Europa e em Portugal

Entidades mundiais estimam que aproximadamente 56.8 milhões de pessoas tenham necessidades paliativas, no entanto, menos de 15% têm acesso aos cuidados (WHO, 2020). A nível europeu estima-se que anualmente 4.4 milhões de pessoas necessitam destes cuidados, um número em crescimento global devido, em grande parte, ao envelhecimento geral da população e ao aumento de doenças não transmissíveis e progressivas tais como neoplasias, doença cardiovascular, diabetes e outras (Arias-Casais et al., 2019, WHO, 2020). Em Portugal, estima-se a existência de entre 81.553 e 96.918 pessoas com necessidades paliativas (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021), no entanto, apenas cerca de 30% das pessoas que necessitam têm acesso a esta tipologia de cuidados (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023). Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022) a população idosa tem vindo a crescer, em 1960 o índice de envelhecimento era de 27.3% passando para 185.6% em 2022 e estima-se que continue a crescer, projetando-se em 2080 a existência de 300 idosos por cada 100 jovens o que constitui um fator preditor do aumento da necessidade de CPal da população em conjunto com a tendência geral de aumento de patologias progressivas tais como doenças do aparelho circulatório e respiratório e neoplasias que também se verifica em Portugal (INE, 2021). Neste cenário, é evidente também a disparidade no acesso: pessoas a viver em países mais pobres (cujo rendimento mínimo é mais baixo) têm, na generalidade, menor probabilidade de acesso a CPal. A distância às grandes cidades determina similarmente menor probabilidade no acesso (WHO, 2023), tendência verificada a nível português, onde não só a distância às grandes cidades como também a região interior do país determina maiores dificuldades no acesso. O número de equipas de CPal tem vindo a crescer exponencialmente nos últimos anos, no entanto, de acordo com dados da Comissão Nacional de CPal existiam, em 2021, 27 equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) em funcionamento e 54 equipas em falta para as necessidades estimadas da população portuguesa, preconizando-se a existência de 1 equipa por cada 100 mil habitantes (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021, 2023). Atualmente, os CPal são explicitamente reconhecidos a nível mundial como um direito humano, estando clara a necessidade de serem prestados numa perspetiva centrada na pessoa e integrados nos sistemas de saúde nacionais (Ezer et al., 2018), WHO, 2020).

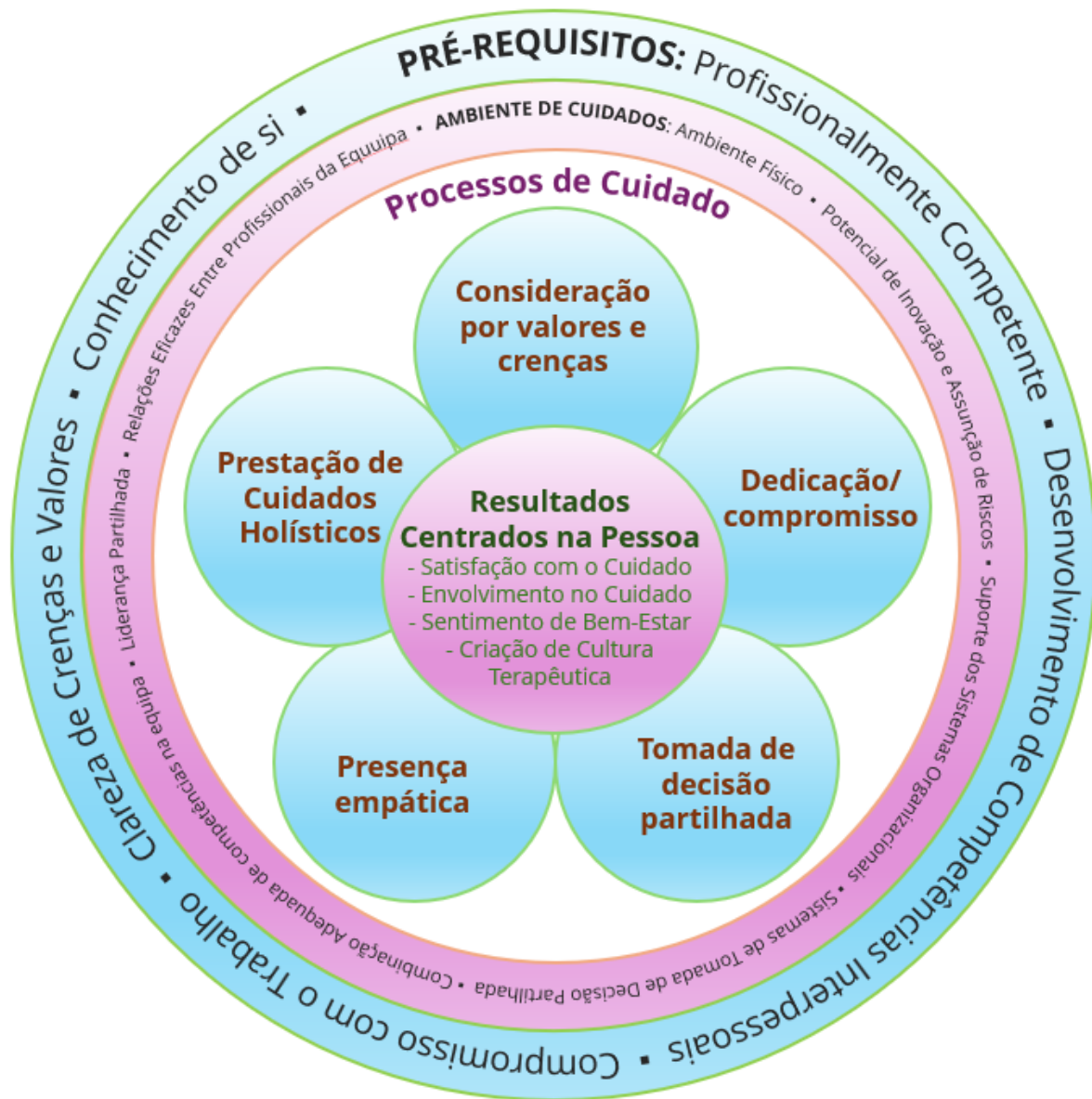
CPal são cuidados ativos, organizados e globais, prestados por unidades e equipas multidisciplinares específicas e com formação própria, em internamento ou no domicílio, a pessoas de todas as idades que se encontrem em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias/ cuidadores (Lei n.º 52/2012). Afirmam-se como sendo uma abordagem que permite melhorar a qualidade de vida de pessoas em situação paliativa e suas famílias/ cuidadores perante doença ameaçadora da

vida, qualquer que seja a fase da doença, concomitantemente com tratamento dirigido a esta ou não, oferecendo um sistema de suporte que permite à pessoa viver o mais ativamente possível até ao momento da morte (WHO, 2023). A abordagem paliativa pretende respeitar e responder às necessidades e preferências do indivíduo, tendo-as em conta nas decisões clínicas tomadas permitindo-lhes a participação ativa na construção do plano de cuidados, desta forma os cuidados devem estar, a todos os momentos do processo, centrados na pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/ familiares (Arias-Casais et al., 2019). Para tal, os CPal assentam a sua filosofia de cuidados em quatro pilares fundamentais: o controlo sintomático adequado e rigoroso, o apoio aos familiares/ cuidadores, o trabalho em equipa e a comunicação eficaz entre todos os intervenientes (Neto, 2016; Regulamento n.º 429/2018).

O Modelo da Prática de Enfermagem do Cuidado Centrado na Pessoa de McCormack & McCance (2017) foi o modelo norteador do agir profissional ao longo deste percurso de aquisição de competências. De seguida será realizada uma breve descrição do mesmo, integrando-o no contexto em causa.

## **1.2. O cuidado de enfermagem centrado na pessoa em situação paliativa**

Reconhecendo a comunicação como o alicerce da relação enfermeiro/pessoa/família e a abordagem ao cuidado centrado na pessoa como estando na vanguarda dos CPal – pretendendo priorizar as necessidades e valores das pessoas na tomada de decisão, planeamento e cuidado – foi ancorado este percurso de aquisição de competências no modelo da prática de enfermagem do Cuidado Centrado na Pessoa, de Brendan McCormack e Tanya McCance (2010; 2017) cujo mapa conceptual se encontra plasmado de forma adaptada na figura 1.



**Figura 1.** Modelo Conceptual da teoria do Cuidado Centrado na Pessoa, adaptado de McCormack & McCance, 2017.

Para centrar o cuidado na pessoa importa começar por compreender que, segundo McCormack & McCance (2017), o termo “pessoa” captura os atributos que representam a nossa humanidade e a forma como construímos a nossa vida. Construções tais como a forma como cada uma pensa os seus valores morais; como expressa as suas crenças religiosas, políticas e espirituais; como vive emocionalmente as suas relações interpessoais e o tipo de vida que vive e/ou deseja viver são resultantes dos atributos que temos enquanto pessoas.

O Cuidado Centrado na Pessoa define-se, portanto, como uma abordagem ao cuidado que se estabelece através da formação de relações terapêuticas entre os profissionais de saúde, as pessoas alvo do cuidado e as pessoas significativas para si, sejam elas familiares, cuidadores ou outros. A este cuidado centrado estão subjacentes o respeito pelas pessoas, o

direito individual à autodeterminação, o respeito mútuo e a compreensão e é facilitado pelo cultivo de *empowerment* (McCormack & McCance, 2017).

A pessoa em situação paliativa (PSP) e os seus familiares/ cuidadores formam a unidade recetora de cuidados, que sendo pessoas únicas e singulares têm necessidades de comunicação diferentes e singulares também e cujas vozes devem ser encorajadas no sentido de promover um cuidado centrado nos seus objetivos de cuidado, suas necessidades e preferências (Wittenberg-Lyles et al., 2017). Tal facto é corroborado pelo Programa Nacional de Cuidados Paliativos (DGS, 2005) declarando que os familiares devem ser ativamente incorporados nos cuidados, para que, de forma concertada e construtiva, possam compreender, aceitar e colaborar nos cuidados que a situação determina, sendo também alvo do cuidado. Deste modo, a expressão “cuidado centrado na pessoa” inclui não só a centralização do cuidado na PSP, mas também na sua família/cuidadores como alvo coletivo do cuidado.

Para que o cuidado possa ser centrado na pessoa, o enfermeiro deve possuir determinados pré-requisitos, ou competências, sendo elas, conhecer-se a si mesmo, conhecer os seus valores e crenças e aceitá-los, estar comprometido com a profissão, ter aptidões interpessoais desenvolvidas e ser profissionalmente competente. É esta competência profissional que se pretende incrementar com este projeto contribuindo também, desta forma, para a qualidade do cuidado centrado no cliente que se pretende de excelência. Por outro lado, não só a competência dos profissionais – pré-requisitos – é importante, sendo o ambiente onde os cuidados se desenvolvem igualmente importante para o desenvolvimento do processo de cuidados, questões como a existência de equipa multidisciplinar possuidora de uma variedade apropriada de competências, de um sistema de tomada de decisão partilhada ou as próprias características físicas do serviço podem ser decisivas para o sucesso desta abordagem, daí a importância dos locais de prestação de cuidados (Kmetec et al., 2021). Perante a existência dos pré-requisitos necessários e de um ambiente de cuidados propício, o processo de cuidado à pessoa deverá ser holístico e, concomitantemente, ter em consideração os valores e crenças, valorizar uma tomada de decisão partilhada e prestados com dedicação e empatia (Kmetec et al., 2021). A satisfação da pessoa com o cuidado prestado bem como o seu envolvimento no planeamento do cuidado e o sentimento de bem-estar são resultados de um cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2017).

Prestar CPal de forma centrada na pessoa contribui para um aumento e manutenção da qualidade de vida das pessoas com necessidades paliativas, bem como dos seus familiares e cuidadores na medida em que esta abordagem pode reduzir a hospitalização desnecessária, abordar de forma holística as necessidades da pessoa e ajudar a desenvolver um plano de cuidados individualizado (Kmetec et al., 2021). Em suma, esta abordagem pode desempenhar um papel vital no acompanhamento da PSP no seu processo de vida, sendo elementos-chave os pré-requisitos e características dos profissionais de saúde, o ambiente

da prestação dos cuidados paliativos, os processos da prestação de cuidados paliativos e os resultados da prestação dos mesmos cuidados. Estes componentes-chave guiam as equipas de CPal multidisciplinares no geral, e os EE em CPal em particular, no processo de prestação de CPal centrados na pessoa e nos seus cuidadores/ familiares (Kmetec et al., 2021).

A comunicação é um instrumento básico de enfermagem (Tang, 2018; Fuoto & Turner, 2019; Toh et al., 2020; Kwame & Petrucka, 2021), sendo indispensável no cuidado de enfermagem centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2017) - especialmente num cenário de particular fragilidade como é a progressão de uma doença grave e limitadora da vida como é o plano dos CPal (Wittenberg-Lyles et al., 2017). Neste contexto, é fundamental que os enfermeiros dominem técnicas/ estratégias de comunicação específicas, no sentido de adereçar adequadamente as situações complexas com que se deparam diariamente (Mehnert & Koranyi, 2022) bem como de gerir emoções decorrentes do processo. O processo de aquisição de competências será articulado com os pressupostos deste modelo ao longo do seu desenvolvimento.

### **1.3. Comunicação e gestão de más notícias com a pessoa em situação paliativa: contributos da intervenção de enfermagem**

Ao longo de todo o processo de cuidar, a comunicação entre os profissionais e a PSP, seus cuidadores/família, tem um lugar de relevo para o sucesso da abordagem, é um dos eixos centrais a partir dos quais se desenvolve a filosofia dos CPal, sendo a base da relação entre o profissional, a pessoa e seus cuidadores e familiares (Sánchez et al., 2023). A comunicação define-se como “um processo que permite às pessoas trocar informação sobre si mesmas e sobre o que as rodeia” (Querido et al., 2016, p.816), ou, de outra forma, um processo através do qual informação é trocada entre indivíduos com recurso a um sistema comum de símbolos, sinais ou comportamentos (Merriam Webster Dictionary, 2023).

Em CPal, a comunicação eficaz implica uma adaptação constante a uma realidade em permanente mudança (com avanços e também retrocessos) envolvendo a pessoa com necessidades paliativas, os seus cuidadores e família e a equipa multidisciplinar no sentido de criar relações interpessoais de confiança que permitam à equipa abordar adequadamente todas as necessidades da pessoa e da sua família e cuidadores (Querido et al., 2016; Alshammari et al., 2023). Uma comunicação eficiente facilita a interação entre enfermeiro e a pessoa, família/ cuidadores e contribui para a confiança da mesma na equipa e nos cuidados em si, permitindo um maior controlo sintomático, fortalecendo estratégias de *coping*, facilitando a adesão ao tratamento, guiando processos de tomada de decisão e ainda aumentando a satisfação quanto aos cuidados prestados e a qualidade de vida (McCormack

& McCance, 2017; Afriyie, 2020; Mehnert & Koranyi, 2022) pelo que a competência do enfermeiro na comunicação é fundamental ao processo de cuidar.

A comunicação não se constitui só pela sua vertente verbal, mas também pelo seu componente não verbal: expressão facial, contacto visual, postura e movimentos corporais, o contacto físico e o toque. Quanto maior for o componente emocional da mensagem maior é a importância das reações não verbais de ambos os intervenientes da interação (Querido et al., 2016; Fontes et al., 2017; Al-Johani et al., 2022). O comportamento não verbal do enfermeiro na comunicação com a PSP pode reforçar a mensagem transmitida ou, pelo contrário, torná-la pouco credível ou inconsistente (Wittenberg et al., 2020).

A comunicação de más notícias é frequentemente referida na literatura como uma das ações mais difíceis e preocupantes da prática clínica, é uma das situações nas quais a competência do profissional na utilização de estratégias adequadas para comunicar adquire particular relevância (Querido et al, 2016; Tang, 2018; Francis & Robertson, 2023; Fuoto & Turner, 2019; Aydin et al., 2020; Sánchez et al, 2023; Wahyuni et al., 2023).

A comunicação de uma má notícia está frequentemente associada à transmissão de informação referente a diagnósticos de doença, prognósticos ou progressão de doença, no entanto, a má notícia é mais abrangente (Al-Johani et al., 2022; Sánchez et al., 2023). Sarkhel & Kumar (2023) referem-se à comunicação de más notícias como uma intervenção maioritariamente médica, defendendo que estas devem ser transmitidas pelo médico responsável da equipa e que apenas na sua ausência ou em situações de emergência devem ser dadas pelo enfermeiro. Considerando que uma má notícia no contexto de saúde se define como toda a notícia que afeta negativamente a perspetiva que o individuo tem do seu futuro – tendo a capacidade de afetar a esperança, bem estar emocional/ mental e perturbar o seu estilo de vida – não se cingindo à transmissão de diagnósticos médicos, resultados de análises/ exames complementares de diagnóstico ou tratamentos (Arber & Gallagher, 2003; Al-Johani et al., 2022), existem no exercício clínico diário inúmeras situações em que são os enfermeiros que reúnem mais critérios para a transmissão da má notícia, e ainda mais frequentemente na posição de gestores da má notícia, que poderá ter sido dada por si ou por outro profissional de saúde (Querido et al., 2016; Alshammari et al., 2023; Wahyuni et al., 2023). Desta forma, a compreensão da má notícia deve ser como um processo e não só como o momento no qual uma informação, encarada como negativa, é transmitida à pessoa em situação paliativa. A comunicação e gestão de más notícias integra os momentos antes e depois da transmissão da informação, não se cingindo ao instante em que a mesma é verbalizada (Ptacek et al., 2001; Rylander et al., 2018; Wahyuni et al., 2023) relevando a importância não apenas da comunicação da má notícia, mas também da gestão da mesma. A gestão de más notícias compreende a desmistificação da informação da qual a pessoa é detentora, esclarecimento de questões, complementação de informação em falta ou inclusive a transmissão da informação em maior detalhe conforme as necessidades e desejos (Mehnert

& Koranyi, 2022). Nesta gestão é vital a prestação de apoio emocional, a presença do enfermeiro, a garantia de que, aconteça o que acontecer não será abandonado. A gestão quando é eficaz ajuda a que a pessoa consiga lidar de forma mais saudável com a notícia recebida e auxilia no processo de tomada de decisão (Ptacek et al., 2001; McCormack & McCance, 2017; Wittenberg et al., 2020; Alshammari et al., 2023)

Todas as más notícias trazem consequências adversas para a PSP e seus cuidadores/familiares: o impacto da notícia é proporcional ao efeito que esta tem na mudança das expectativas da pessoa (Dahlin & Wittenberg, 2019; (Gonella et al., 2022). É essencial que seja definido o elemento central da má notícia, identificar o motivo pelo qual uma determinada informação vai ser encarada como má para aquela pessoa facilitando a antecipação das suas necessidades e facilitando a gestão da esperança (Toh et al., 2020; Mehnert & Koranyi, 2022). Na maioria dos casos esta questão é óbvia, como um diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida (e consequente probabilidade de longevidade reduzida, de declínio funcional e/ou de qualidade de vida), no entanto, noutros casos poderá não ser tão óbvio, configurando frequentemente uma má notícia a referência para a equipa de CPal, a necessidade de internamento, a impossibilidade de permanência sem assistência no domicílio, o declínio de parâmetros analíticos, a necessidade de tratamentos de quimioterapia ou a suspensão dos mesmos, entre muitas outras informações frequentemente transmitidas por enfermeiros especialistas nesta área aquando da sua prática diária (Dahlin & Wittenberg, 2019).

Em suma, a comunicação e gestão de más notícias é uma competência complexa, que informa a pessoa em situação paliativa e empodera-a na tomada de decisão e planeamento da sua trajetória de cuidados, tendo evoluído significativamente nos últimos anos à medida que o cuidado se tem vindo a centrar cada vez mais na pessoa, nas suas necessidades e desejos (McCormack & McCance, 2017; Kmetec et al., 2021).

#### **1.4. Dimensões da estrutura, processo e resultado da comunicação e gestão de más notícias em enfermagem**

Apesar da existência de vários estudos sobre a intervenção de outros profissionais de saúde na transmissão de más notícias, poucos são os encontrados focados em enfermagem (Martins Pereira et al., 2020; Wahyuni et al., 2023), pelo que se torna importante a exploração das evidências disponíveis sobre a comunicação e gestão de más notícias no domínio dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, com o objetivo de mapear o conhecimento existente quanto às dimensões presentes na comunicação e gestão de más notícias realizadas por enfermeiros, com a PSP, familiares/ cuidadores e de identificar lacunas no conhecimento científico onde mais investigação será necessária no futuro foi realizada uma revisão de *scoping* cujo protocolo (Apêndice 1) foi publicado na *Open Science Framework* (OSF):

<https://archive.org/details/osf-registrations-jaqd2-v>, com o objetivo de evitar a duplicação da evidência científica.

Considerando os critérios de seleção e a delimitação temporal, foram incluídos estudos com desenho qualitativo (n=5), quantitativo (n=5), misto (n=2) e outras revisões sistemáticas (n=2), realizadas nos últimos 5 anos. A revisão incluiu PSP com idade igual ou superior a 19 anos e seus familiares/ cuidadores nos diversos contextos de cuidados. Na pesquisa foram utilizadas as bases de dados eletrônicas MEDLINE Complete (EBSCOhost), CINAHL Complete (EBSCOhost), bem como SciELO e Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal. De um total de 756 artigos, 14 foram selecionados e incluídos nesta Revisão.

A análise dos resultados da revisão de *scoping* permitiu concluir que a comunicação e gestão de más notícias com a PSP e seus cuidadores/ familiares apresenta dimensões que se evidenciam antes do momento da revelação da verdade, durante e após a revelação da verdade (Rylander et al., 2018; Davoudi et al., 2021; Wahyuni et al., 2023), não sendo possível categorizar as dimensões ou separá-las claramente por momentos, uma vez que ocorrem em simultâneo e continuamente na relação terapêutica assumindo, no entanto, relevância diferente ao longo do processo, contribuindo, em todas as circunstâncias, para uma prestação de cuidados de enfermagem centrados na PSP, seus cuidadores/ familiares (Kerr et al., 2019; Gonella et al., 2020; Toh et al., 2020; Davoudi et al., 2021; Francis & Robertson, 2023; Wahyuni et al., 2023). No sentido de facilitar a discussão dos resultados, optou-se pela sua análise agrupando as dimensões encontradas por dimensões de estrutura, e de processo da comunicação e gestão de más notícias em enfermagem com a PSP e de resultados da comunicação e gestão de más notícias eficaz numa adaptação do Modelo da Eficácia do Papel de Enfermagem (Lukewich et al., 2019). Em seguida serão enumeradas as dimensões encontradas seguidas de um resumo dos resultados mais relevantes.

### **Estrutura da comunicação e gestão de más notícias**

As dimensões relacionadas com a estrutura da comunicação e gestão de más notícias em enfermagem identificadas foram: i) características da PSP e seus cuidadores/ familiares; ii) características do enfermeiro; iii) cultura institucional e organizacional.

Relativamente às características da pessoa/cuidadores/familiares, a dificuldade na aceitação de um mau prognóstico ou na compreensão das limitações e complicações de tratamentos de suporte, bem como a existência de objetivos de cuidado conflitantes entre membros da família ou entre estes e a equipa multidisciplinar e o desejo de manter a esperança na cura, com recusa das más notícias recebidas constituem barreiras na comunicação de más notícias (Kimura et al., 2020; Alshammari et al., 2023). Também a falta de informação prévia em relação a diagnóstico ou prognóstico afeta a forma como a má notícia

será recebida e diminui a predisposição da pessoa para ter discussões significativas, em respeito a preferências e vontades em fim de vida (Gonella et al., 2020; Sánchez et al., 2023).

Quanto aos enfermeiros, verificou-se que os mais experientes sentem menos dificuldades na comunicação (Sánchez et al., 2023; Toh et al., 2020), desta forma, a formação na área da comunicação em fim de vida aumenta significativamente a confiança na sua capacidade para ter conversas difíceis, para além de incrementar as suas competências para comunicar com as famílias em situações de crise, gerir necessidades emocionais derivadas de más notícias, gerir conflitos familiares e profissionais e gerir a comunicação de más notícias em fim de vida em geral (Fuoto & Turner, 2019; Sánchez et al., 2023; Toh et al., 2020; Wahyuni et al., 2023). Estudos referem que, frequentemente, os enfermeiros não se sentem confortáveis na comunicação de más notícias derivado da carência de competências de comunicação que lhes confirmam a confiança necessária para abordar temas complexos bem como para gerir as emoções que derivam destes diálogos (Alshammari et al., 2023; Sánchez et al., 2023; Wahyuni et al., 2023).

Por fim, fatores organizacionais e institucionais impedem frequentemente a capacidade dos enfermeiros de terem conversas significativas: a carga elevada de trabalho e o rácio profissional/ pessoa desadequado causam frequentemente falta de tempo para que os enfermeiros consigam conhecer em profundidade os intervenientes, construindo relações terapêuticas, para que possam discutir em equipa situações clínicas, bem como para informar conveniente e adequadamente as pessoas (Kimura et al., 2020; Kerr et al., 2019; Gonella et al., 2022). O trabalho de equipa é um fator facilitador da qualidade da comunicação de más notícias, promovendo reflexão; facilitando a gestão de sentimentos, emoções e situações complexas; facilitando a gestão do tempo e permitindo preparar cuidadores e familiares para a morte (Gonella et al., 2022; Rylander et al., 2018). Não obstante, existem situações nas quais a equipa multidisciplinar se poderá tornar uma barreira à comunicação de más notícias: incapacidade de chegar a consenso quanto à trajetória de tratamento e aos objetivos do cuidado, incapacidade de alcançar a certeza do diagnóstico ou a comunicação deficiente entre os membros da equipa (Kimura et al., 2020) são exemplos dessa ocorrência.

### **Processo da Comunicação e gestão de más notícias**

As dimensões relacionadas com o processo de comunicação e gestão de más notícias em enfermagem com a PSP e seus cuidadores/ familiares identificadas foram: i) formação contínua e avançada em cuidados em fim de vida; ii) formação em comunicação e comunicação de más notícias; iii) intervenções de enfermagem religiosa e culturalmente sensíveis; iv) intervenções de enfermagem na promoção da esperança e manutenção da fé; v) gestão emocional; vi) relações terapêuticas; vii) utilização de protocolo de comunicação de más notícias; viii) respeito pela autonomia, necessidades e preferências.

Cuidar da pessoa em fim de vida, e especificamente comunicar más notícias de forma eficaz neste contexto, exige que os enfermeiros adquiram, através de formação pré e pós-graduada e treino, um conjunto de ferramentas e estruturas de comunicação que permitam revelar a verdade, responder a perguntas difíceis e reunir informações complexas com segurança, sensibilidade e empatia (Ibañez-Masero et al., 2019; Kerr et al., 2019; Kimura et al., 2020; Toh et al., 2020). É relevante também a aquisição de competências comunicacionais que permitam abordar os aspetos psicológicos e espirituais da morte, para que consigam revelar más notícias mantendo a esperança da PSP e seus cuidadores/ familiares e evitando conflitos culturais e religiosos (Alshammari et al., 2023; Sánchez et al., 2023). Também a necessidade sentida da revelação da verdade, e a forma como os enfermeiros abordam as más notícias e o fim de vida são diferentes entre culturas e/ ou religiões.

Comunicar e gerir más notícias acarreta emoções e sentimentos com os quais os enfermeiros frequentemente não se sentem preparados para lidar, evitando frequentemente momentos de revelação da verdade numa tentativa de autoproteção (Kerr et al., 2019; Toh et al., 2020; Gonella et al., 2022; Alshammari et al., 2023; Wahyuni et al., 2023). Situações nas quais existe identificação do profissional com as vivências da pessoa doente, cuidadores ou familiares são especialmente causadoras de sofrimento emocional para o enfermeiro (Francis & Robertson, 2023). Por outro lado, a manutenção do equilíbrio entre a revelação da verdade e a promoção da esperança também traz dificuldades, referindo que, se por um lado devem revelar a verdade, por outro receiam causar sentimentos de desesperança e desespero; este equilíbrio é frágil e acarreta dificuldades na gestão emocional de todos os intervenientes da comunicação (Toh et al., 2020; Alshammari et al., 2023; Francis & Robertson, 2023; Sánchez et al., 2023).

A formação em comunicação e gestão de más notícias tendo como base a aplicação de um modelo (COMFORT, SPIKES, ABCDE ou outros), tem eficácia na melhoria da qualidade da comunicação, aumentando a confiança destes para abordar temas difíceis, para gerir más notícias e crises familiares e temas relacionados com o fim de vida no geral (Fuoto & Turner, 2019). A utilização de um protocolo aquando da comunicação de más notícias está associada com maiores competências e experiência nesta área, no entanto, a maioria dos enfermeiros não ancora a comunicação de más notícias em nenhum modelo em específico (Sánchez et al., 2023).

## **Resultado da comunicação e gestão de más notícias**

As dimensões relacionadas com o resultado da comunicação e gestão de más notícias em enfermagem com a PSP e seus cuidadores/ familiares encontradas foram: i) adaptação ao processo de doença e ii) capacidade para tomada de decisão da pessoa em situação paliativa e seus cuidadores/ familiares.

Comunicar más notícias de forma eficaz permite que a pessoa e seus cuidadores/familiares, detenham informação necessária à tomada de decisão informada, promovendo desta forma a participação ativa e adequada nas decisões acerca da sua trajetória de doença. Uma comunicação verdadeira promove o estabelecimento de relações terapêuticas, facilitando ao enfermeiro conhecer melhor as necessidades, desejos e preferências da PSP e cuidadores/ familiares (Tang, 2018; Gonella et al., 2020).

Uma comunicação insuficiente ou falha na abordagem de más notícias pode ser causa de angústia na pessoa e seus cuidadores/ familiares. O facto de não ser informado acerca do seu diagnóstico ou prognóstico dificulta a adaptação ao processo de doença e impossibilita a satisfação de últimos desejos e vontades (Rylander et al., 2018; Tang, 2018; Ibañez-Masero et al., 2019). Concomitantemente, a não revelação, ou a negação, da verdade levam frequentemente a sentimentos de isolamento e a lutos complicados (Ibañez-Masero et al., 2019). Por outro lado, a comunicação honesta facilita que a pessoa mantenha uma atitude mais positiva em relação à morte e esteja mais disposta a discutir preferências e cuidados em fim de vida (Tang, 2018), contribuindo para a prestação de cuidados holísticos e centrados nas necessidades e preferências da pessoa, seus cuidadores e familiares.

## **2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SUA RELAÇÃO COM AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS**

Neste capítulo pretende-se refletir sobre o percurso efetuado ao longo dos estágios na EIHS CP e na UC, analisando criticamente, e com base em evidências, as atividades realizadas e sua relação com as competências desenvolvidas.

Com o aumento progressivo da importância atribuída aos cuidados de saúde, e por consequência, aos cuidados de enfermagem, o aumento da exigência técnica e científica, aumentou a necessidade de especialização e diferenciação no ceio dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019). Neste contexto, considera-se o EE aquele a quem são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialização (Regulamento n.º 140/2019). As competências necessárias para atribuição do título de EE encontram-se discriminadas e segmentadas por unidades de competência e respetivos critérios de avaliação no Regulamento n.º 140/2019 - referindo competências comuns aos EE independentemente da área de especialização - e Regulamento n.º 429/2018 – referindo competências específicas dos enfermeiros conforme a sua área de especialização. As competências consideradas transversais, comuns a todos os EE independentemente da área de especialização, são demonstradas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Para a prestação de cuidados verdadeiramente centrados na pessoa, o enfermeiro deve ser profissionalmente competente, conhecer-se a si próprio e deve ser detentor de competências interpessoais que lhe permitam relacionar-se de forma eficaz com a equipa multidisciplinar e construir relações terapêuticas, com a pessoa (McCormack & McCance, 2017; Kmetec et al., 2021). Concomitantemente, o Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica (OE, 2017) refere que o EE em EMC, detém um conjunto de competências que lhe permite conceber, implementar e avaliar planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação perante situações complexas prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação. O conceito de competência refere-se a um saber agir responsável, eficaz e reconhecido de um indivíduo perante uma situação, dentro de um determinado contexto profissional e sujeito a um sistema de avaliação (Amaral & Figueiredo, 2021). Concomitantemente, Benner (2001), considera que a evolução do desenvolvimento e de aquisição de competências de um enfermeiro se baseia nas experiências vivenciadas e na forma como são ensinadas.

Inicialmente será realizada uma breve contextualização dos locais de estágio seguida dos objetivos delineados para cada contexto e posteriormente serão apresentadas as atividades desenvolvidas e o percurso de aquisição de competências, na área da enfermagem à PSP bem como de Mestre em Enfermagem.

## 2.1. Contextualização dos locais de estágio

No âmbito da aquisição de competências enquanto futura EE em EME-PSP, o percurso de aprendizagem experiencial iniciou-se com a realização do estágio inserido na UC Estágio com Projeto que representa 15 créditos referentes ao *European Credit Transfer System* (ECTS). Este estágio foi realizado em contexto de EIHSCP, num hospital universitário, no período temporal de 15 de maio de 2023 a 21 de julho do mesmo ano e com uma carga horária de 230 horas em contexto de prática clínica.

A EIHSCP na qual foi realizado o estágio pertence a uma Unidade Local de Saúde (ULS) da zona de Lisboa da qual fazem parte dois hospitais. Este centro hospitalar presta cuidados diferenciados à população da Unidade Setentrional de Lisboa cuja área de influência abrange oito freguesias da cidade, atendendo aproximadamente 229 mil habitantes. Esta instituição desempenha também funções na formação pré e pós-graduada e comporta vertentes de inovação, desenvolvimento científico e investigação (Serviço Nacional de Saúde, 2024).

A EIHSCP é constituída, na sua maioria, por elementos com formação intermédia e avançada em cuidados paliativos da qual fazem parte sete enfermeiros, um médico a tempo inteiro e outro a tempo parcial, duas assistentes operacionais, psicólogos e assistentes sociais cumprindo assim os critérios de multidisciplinaridade legalmente exigidos para o exercício das suas funções. A equipa tem um espaço próprio para funcionamento dentro das instalações do hospital designada por Unidade de Medicina Paliativa. As EIHSCP são equipas multidisciplinares específicas de CPal, dotadas de recursos próprios e que exercem a sua atividade através da prestação de consultadoria a toda a estrutura hospitalar em que se encontram integradas, apresentando os profissionais necessários para assegurar uma consulta de CPal e uma resposta de hospital de dia (Lei n.º 2/2020, artigo 257.º). Desta forma, a EIHSCP, em funcionamento nos dias úteis, das 8 às 20 horas e os enfermeiros distribuem-se por três turnos: 8:00 - 15:30 horas, 10:00 – 17:30 e 13:30 – 20:00 horas, havendo, no período entre as 13:30 e as 15:30, a permanência de todos os elementos de enfermagem da equipa. Esta articula-se com outras unidades e equipas da instituição em que se encontra inserida, numa ótica de complementaridade de cuidados e desenvolvendo a sua atividade nas vertentes de:

- ✓ Consultoria e apoio ao internamento das várias especialidades, colaborando com a pessoa (seus cuidadores e familiares) e a equipa multidisciplinar do serviço na execução do plano individual de cuidados das pessoas internadas e que se encontrem em situação paliativa (sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado) e para os quais seja solicitada a sua atuação através de referenciação interna;
- ✓ Consulta Externa, prestando assistência e acompanhamento a PSP e seus cuidadores/ familiares a ela referenciados;
- ✓ Apoio telefónico à PSP e seus cuidadores/ familiares no domicílio dentro do horário de funcionamento da EIHSCP;
- ✓ Apoio psicossocial à PSP e seus cuidadores/ familiares;
- ✓ Apoio psicossocial às famílias e cuidadores no luto.

Além destas vertentes, esta EIHSCP tem também um importante papel no *advocacy* para os CPal a nível institucional na medida em que providencia apoio e colabora na capacitação das pessoas para expressarem os seus direitos e explorarem escolhas e opções criando um plano de cuidados centrado em si e para si, bem como sensibiliza e promove a formação de outros profissionais de outros serviços para a relevância da abordagem dos CPal e a importância da referenciação precoce de PSP à EIHSCP (McCormack & McCance, 2017; Pettus & de Lima, 2020).

Houve oportunidade de observar e participar em todas os âmbitos de intervenção da EIHSCP cujas atividades/ funcionamento serão descritas e sujeitas a reflexão no presente relatório. No decorrer do estágio foi ainda possível realizar um turno na Unidade de Dor, um serviço de consulta externa a pessoas com dor crónica onde, além de consultas médicas e de enfermagem para avaliação e tratamento da dor crónica, também são realizados múltiplos tratamentos tais como aplicação de pensos de capsaicina, infiltrações ecoguiadas com colagénio, abordagens epidurais para diagnóstico ou tratamento, ozono medicinal, mesoterapia, radiofrequência, entre outros, contribuindo para o enriquecimento desta etapa da formação enquanto futura EE.

O último estágio, correspondente à UC Estágio com Relatório, que representa 30 ECTS, foi realizado numa UCP de um hospital privado da área de Lisboa, decorreu entre 25 de setembro de 2023 e 9 de fevereiro de 2024 com uma carga horária de 322 horas em contexto de prática clínica.

Sendo um hospital privado a área de abrangência não está definida, recebendo pessoas de várias áreas geográficas e nacionalidades. A unidade tem como objetivo a promoção do conforto, dignidade e qualidade de vida de todas as pessoas e seus cuidadores/famílias centrando-se nas suas necessidades físicas, psicossociais e espirituais. Nesta unidade são internadas pessoas com necessidades paliativas, no entanto partilha a equipa e

o espaço com o internamento de cuidados continuados, pelo que não apresenta critérios de internamento definidos. Tem capacidade para 48 pessoas em regime de quartos individuais ou duplos conforme a preferência dos clientes. Do total, 2 quartos (2 camas) são de isolamento por pressão negativa e outros 2 são para tratamentos com iodo radioativo. As camas de internamento são geridas de acordo com as necessidades da instituição e pedidos de internamento provenientes da consulta externa bem como de outros serviços de internamento da instituição ou de outras instituições. Aquando da admissão é definido pelo médico que procede ao internamento o seu objetivo e o âmbito: CPal ou cuidados continuados.

Relativamente aos internamentos em contexto de CPal, são maioritariamente pessoas com doença oncológica, patologias degenerativas (doença de Alzheimer, doença de Parkinson), insuficiências orgânicas avançadas (insuficiências renais, cardíacas, respiratórias), demência avançada, sequelas de acidentes vasculares cerebrais (AVC) e outras. Quanto aos motivos do internamento, os mais comuns foram o controlo de sintomas após diagnóstico de doença ou sintomas novos ou refratários; descanso do cuidador; aumento da dependência/ diminuição da autonomia no sentido de facilitar o ajuste da pessoa e dos seus cuidadores e familiares; agravamento do estado; necessidade de cuidados/ tratamentos/ medicação hospitalares; necessidade de vigilância permanente; cuidados em fim de vida/ agonia. A tipologia de internamento não é definitiva, podendo pessoas internadas no contexto da continuidade de cuidados passarem para a tipologia de CPal se os objetivos do internamento mudarem. Os CPal devem ser integrados o mais precocemente possível no curso das doenças, no sentido de potenciar a sua eficácia na melhoria da qualidade de vida das pessoas e dos seus cuidadores e famílias bem como na redução de futuras hospitalizações e a sobre utilização dos serviços de saúde públicos. Deste modo, defende-se hoje que o acesso aos CPal deve ser determinado pelas necessidades da pessoa e cuidadores/ família e não apenas pelo prognóstico da doença (WHO, 2020; Seow et al., 2022).

A equipa é multidisciplinar e conta com médicos, enfermeiros, auxiliares de saúde, psicólogo, assistente social, administrativo, nutricionista, fisioterapeutas, auxiliares de alimentação e assistente religioso e espiritual. A equipa de enfermagem é constituída por 28 enfermeiros na prestação direta de cuidados e 2 EE em EMC em função de gestão. Todos os elementos, com exceção dos enfermeiros em função de gestão, trabalham por turnos (Manhã das 8:00 às 16:00, Tarde das 15:30 às 23:00 e Noite das 22:30 as 8:30). Encontram-se divididos em equipas, tendo cada equipa um elemento mais antigo, especialista, ou com mais competências reconhecidas pelos seus pares, que assume a responsabilidade de cada turno sempre que não se encontrem presentes os enfermeiros em função de gestão (turnos da tarde e noite e fins de semana). Pela inexistência de EE suficientes, a responsabilidade do turno não é atribuída exclusivamente a estes, procurando-se sempre que haja, em cada turno a

presença de um enfermeiro que, apesar de não ser EE, tenha o conjunto de competências mais adequado a esta função.

## **2.2. Objetivos definidos por contexto de estágio**

Para cada contexto de estágio foram delineados objetivos no sentido de assegurar o desenvolvimento das competências preconizadas para este percurso.

### **Objetivos Estágio na Unidade Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (UIHSCP):**

1. Reconhecer dificuldades e necessidades de aprendizagem na área do cuidado de enfermagem à PSP, seus cuidadores e familiares;
2. Delinear atividades para colmatar as necessidades de aprendizagem diagnosticadas;
3. Identificar as necessidades de cuidados da PSP e seus cuidadores/ familiares;
4. Cooperar na prestação de cuidados de enfermagem holísticos e centrados na PSP e seus cuidadores/ familiares.

### **Objetivos Estágio na Unidade Cuidados Paliativos (UCP):**

1. Cuidar da PSP e seus cuidadores/ familiares no alívio do sofrimento, maximização do bem-estar, conforto e qualidade de vida enquanto membros da equipa multidisciplinar;
2. Identificar necessidades da PSP e família/ cuidadores perante más notícias;
3. Descrever as dimensões presentes na comunicação e gestão de más notícias com a PSP, seus cuidadores e familiares;
4. Estabelecer relação terapêutica com a PSP, seu cuidador/ familiar, proporcionando suporte no processo de adaptação às sucessivas perdas, à morte e no acompanhamento do luto enquanto membro da equipa multidisciplinar;
5. Desenvolver intervenção de enfermagem na comunicação e gestão de más notícias à PSP e seus cuidadores/ familiares como parte integrante da equipa multidisciplinar;

De acordo com as etapas da MTP e para que fosse possível alcançar os objetivos propostos para ambos os estágios, foram planeadas atividades cujo desenvolvimento, execução, avaliação e reflexão constam nos capítulos seguintes deste relatório. Tendo em conta que algumas das atividades desenvolvidas foram transversais a ambos os estágios optei por apresentá-las de acordo com as principais competências de EE em EMC e em específico na área da enfermagem PSP para as quais contribuíram.

## **2.3. Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

As atividades que contribuíram para a aquisição de competências consideradas comuns dos EE estão subdivididas em quatro domínios de competências conforme consta no Regulamento n.º 140/2019: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A); domínio da qualidade (B); domínio da gestão dos cuidados (C); domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

**Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.** De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE, fazem parte desde domínio as competências relacionadas com desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1); garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2). Para uma prestação de cuidados holísticos deve ser entendido que a pessoa não se resume a um ser com necessidades biológicas, mas também como ser biopsicossocial, cultural e espiritual, com direitos que têm de ser respeitados no sentido de garantir a sua dignidade pessoal e ética (McCormack & McCance, 2017). A essência da profissão de enfermagem é o cuidar, fundamentando-se no respeito pelos direitos e na dignidade humana, desta forma, os enfermeiros têm um papel preponderante no cuidado à pessoa, seus familiares e cuidadores (Nunes, 2018). Os enfermeiros devem reger a sua prática de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] o Código Deontológico do Enfermeiro, o Código Civil e o Código Penal. O exercício profissional do enfermeiro deve sempre estar em consonância com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo que as suas práticas de cuidados respeitam os direitos humanos e as suas responsabilidades profissionais, competências regulamentadas pelo REPE (OE, 2015). As competências preconizadas para os EE vêm acrescentar a responsabilidade de fomentar nas equipas uma cultura da prática que respeite a segurança, privacidade e dignidade da pessoa (Regulamento n.º 140/2019), pelo facto destes estarem dotados de conhecimentos mais coesos e estruturados sobre uma determinada área.

A beneficência, não-maleficência, autonomia e a justiça constituem os 4 princípios da ética. Os primeiros dois, mais antigos, podem ser resumidos na celebre frase de Hipócrates “dever de ajudar e de não causar o mal”, tendo em vista o melhor interesse da pessoa, objeto não participante do cuidado. Os últimos evoluíram mais tarde, debruçando-se sobre a ideia da pessoa como participante ativo no seu processo de doença e de busca do melhor estado de saúde para si mesmo (Varkey, 2021). No entanto, a autonomia, bem como os restantes 3 princípios, devem ser pesados e avaliados tendo em conta os princípios morais concorrentes, e em alguns casos, estes podem ser prevalentes, como é o caso da possibilidade de uma ação autónoma de uma pessoa poder causar o mal a outra (Osswald & Neves, 2014). O consentimento informado, a revelação da verdade e a confidencialidade são noções vertidas do princípio da autonomia. Para que a pessoa possa tomar decisões e dar o seu

consentimento necessita de estar informada, logo, a autonomia da pessoa para poder escolher e construir o seu plano de cuidados centrado em si, tendo em consideração os seus valores e crenças pressupõe que lhe é disponibilizada a informação necessária ao exercício da autodeterminação que lhe é reconhecida não só de um ponto de vista ético, mas também do ponto de vista moral, legal e deontológico (Lei n.º 156/2015; McCormack & McCance, 2017; Nunes, 2018). Como referido, a UCP onde foi efetuado o estágio partilhava a equipa com o internamento de cuidados continuados e neste contexto salienta-se uma situação vivenciada acerca da qual foi efetuada uma reflexão mais aprofundada: uma pessoa, em contexto de internamento para realização de exames complementares de diagnóstico, é diagnosticada com uma neoplasia do pulmão e sobre a qual a equipa médica propõe cirurgia e início de tratamentos de quimioterapia agressivos dirigidos à doença. A pessoa em questão, uma mulher de 84 anos, foi informada sobre os achados dos exames complementares de diagnóstico realizados, sobre o prognóstico e sobre propostas de tratamentos. Depois de alguns dias de reflexão, durante os quais foi otimizada a medicação no sentido de controlar os sintomas, esta pessoa recusou qualquer tratamento, solicitando a alta para uma residência assistida onde já vivia anteriormente. Esta situação causou desconforto no seio da equipa, que considerava que, tendo em conta o score de PPS (*Palliative Performance Scale*, versão portuguesa) de 70% na aplicação desta escala de avaliação do desempenho do doente em CPal (Serenó et al., 2022), esta deveria sujeitar-se ao tratamento proposto uma vez que este lhe traria muito mais tempo de vida, do que o que teria caso rejeitasse os tratamentos. Neste caso, tendo em conta o ponto de vista ético, o princípio da autonomia destaca-se como fulcral. A autonomia, no contexto em análise, define-se como o direito a determinar o que acontece com o seu próprio corpo. Este princípio, como já referido, é uma componente básica da ética da saúde, o enfermeiro tem a obrigação de promover a autonomia da pessoa e trabalhar no sentido de capacitar a mesma para tomar decisões autónomas. Desta forma, faz parte da intervenção do enfermeiro advogar em defesa da pessoa, defendendo as suas decisões livres e informadas como seria o caso desta (Lei n.º 156/2015). A advocacia envolve a responsabilidade profissional de compreender e apoiar as necessidades e desejos da pessoa, estando intimamente relacionada com o princípio ético do respeito pela autonomia da pessoa (Nunes, 2018; Osswald, 2014). Do ponto de vista deontológico, reportando ao Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015), ao acompanhar a pessoa no fim de vida, o enfermeiro assume o dever de respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa e assume também o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado. Do ponto de vista jurídico, a pessoa alvo dos cuidados de saúde tem o direito ao consentimento ou à recusa da prestação dos cuidados de saúde, podendo em qualquer momento da prestação dos cuidados revogar o seu consentimento (Lei n.º 15/2014). Também a Lei n.º 52/2012 define que deve ser respeitada a “autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida

humana” (p. 5124). Passados uns dias, a equipa multidisciplinar voltou a reunir com a pessoa, seu marido e filhos, explicando potenciais cenários de evolução da doença dependendo da realização ou não do tratamento proposto (cirúrgico e de quimioterapia) e foi decidido conjuntamente que seria realizado um ciclo de quimioterapia inicial numa tentativa de desacelerar a progressão da doença, mas que não seria efetuada cirurgia. Desta forma, a equipa, numa demonstração de presença empática, dedicação e compromisso, tendo em consideração, não só as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, mas também os valores e crenças da pessoa, promoveu a tomada de decisão partilhada que permite uma prestação de cuidados verdadeiramente holísticos e cujos resultados serão centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2017; Nunes, 2018). Acrescenta-se também que, sendo a revelação da verdade vital para o exercício da autonomia da pessoa, a forma como esta deve ser feita e a sua relevância para a prestação de cuidados de qualidade foi alvo de pesquisa e reflexão ao longo deste percurso ao abrigo dos objetivos propostos para o estágio e de acordo com as necessidades de aprendizagem identificadas.

Tendo em conta estas circunstâncias, a atuação em estágio foi sempre suportada pelo conhecimento científico associado aos princípios éticos, legais e deontológicos, com vista a qualidade dos cuidados prestados e a salvaguardo dos direitos, interesses, preferências e valores da PSP e seus cuidadores/ familiares tal como preconizado no Regulamento de Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019).

**Domínio da melhoria continua da qualidade.** De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE, fazem parte desde domínio as competências relacionadas com garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suportar as iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1); desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2); garantir um ambiente terapêutico e seguro (B3).

A Organização Mundial de Saúde (2020) refere existirem várias formas de definir o que são cuidados de saúde de qualidade, no entanto, independentemente da forma utilizada, estes devem ser eficazes, devendo a prestação de cuidados de saúde ser baseada na melhor e mais recente evidência científica. Os cuidados de saúde devem também ser equitativos, seguros e eficientes de modo a serem prestados com qualidade. O investimento contínuo em formação a nível das instituições de saúde contribui para que os cuidados prestados tenham qualidade e estejam de acordo com os mais recentes protocolos de boas práticas e evidência científica. Também os enfermeiros têm a responsabilidade de atualizar os seus conhecimentos para que consigam responder ao aumento contínuo da exigência técnica e científica a que assistimos atualmente (OMS, 2020).

Em 2017 a OE, através do Colégio da Especialidade de EMC, definiu padrões de qualidade dos cuidados especializados nesta área com o intuito de construir um referencial para a prática especializada que estimulasse a reflexão e a criação de projetos de melhoria

contínua da qualidade dos cuidados dentro de cada área da EMC. Neste documento, o EE preconiza-se como elemento de referência no cuidado à pessoa a vivenciar um processo médico e/ou cirúrgico complexo decorrente de doença aguda ou crónica e cabe ao profissional a “procura permanente da excelência no exercício profissional” (OE, 2017, p. 6).

Numa fase inicial, foi relevante a leitura dos documentos referentes à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015), assim como com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021), uma vez que a segurança da pessoa é indissociável, em contexto de saúde, da qualidade dos cuidados prestados.

Durante o estágio na EIHS CP, foi proposta a realização de uma apresentação à equipa multidisciplinar acerca dos Indicadores de Qualidade em CPal por ser uma área em desenvolvimento na equipa. Com a finalidade de fundir o proposto pela EIHS CP e os objetivos de aprendizagem delineados, os indicadores de qualidade em CPal abordados foram dirigidos para a aplicação em específico de indicadores relacionados com a comunicação de uma má notícia (a transição para a fase de agonia) da equipa com a PSP e seus familiares e cuidadores. A sessão foi apresentada a todos os elementos da EIHS CP, segundo o plano de sessão elaborado (Apêndice 2) e foi avaliada através da colocação de questões e discussão final durante a qual os elementos da equipa que assistiram à mesma se manifestaram de forma positiva em relação aos resultados obtidos. Reportando aos critérios de avaliação estabelecidos para esta atividade conclui-se que os objetivos propostos para a mesma foram atingidos com sucesso.

Em ambos os contextos de estágio, esteve patente a preocupação dos enfermeiros no sentido de responder aos critérios de qualidade estabelecidos, a nível institucional e com a existência de auditorias internas como estratégia de melhoria contínua da qualidade. Durante a fase final do estágio na UCP ocorreu uma auditoria interna ao serviço - realizada por um enfermeiro em função de gestão e o seu segundo elemento de um outro serviço da instituição - havendo oportunidade de presenciar como é realizada e o grau de exigência aplicado na avaliação de cada indicador de qualidade. O facto de as auditorias internas serem realizadas por enfermeiros em funções de gestão de outro serviço ajuda na imparcialidade e rigor, provavelmente mais difíceis de obter quando efetuadas pelos coordenadores dos próprios serviços. De acordo com Costa (2019), o Instituto Português de Auditoria Interna define auditoria interna como sendo uma atividade independente que assume a garantia de qualidade, presta consultoria e acrescenta valor aos serviços permitindo melhorar a forma como as instituições operacionalizam os serviços prestados. As auditorias internas ajudam as organizações a alcançar os seus objetivos através de uma abordagem sistemática e disciplinada na avaliação e melhoria da eficácia dos processos de gestão de risco, de controlo e de governação (Costa, 2019). Através da análise dos dados obtidos nas auditorias internas é possível obter indicadores de qualidade e consequentemente identificar aspetos com

potencial para serem melhorados no sentido de alcançar a excelência dos cuidados prestados. Um dos aspetos avaliado durante uma auditoria interna é os registos efetuados de acordo com o preconizado por cada instituição. Durante ambos os estágios foram registados os cuidados prestados em plataformas distintas: *SClinico Hospitalar* durante o estágio na EIHSOP e no *Soarian Clinicals* durante o estágio na UCP. Os registos clínicos facilitam a continuação da prestação de cuidados, a documentação dos processos e a comunicação entre os profissionais de saúde, diminuindo a probabilidade de erro e consequentemente aumentando a qualidade dos cuidados prestados (Urquhart et al., 2018; Marques, 2022). É, por isso, fundamental garantir a qualidade dos registos clínicos efetuados e a uniformização dos mesmos atendendo a padrões de qualidade e normas, de acordo com as necessidades do serviço e a especificidade dos cuidados nele prestados.

Os registos de enfermagem servem frequentemente para transmitir informação referente a uma PSP em contexto de transição de cuidados. Nestas circunstâncias a qualidade e quantidade de informação transmitida torna-se ainda mais relevante, sendo considerada um elemento basilar na segurança dos doentes, uma vez que se encontra associada a um aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente à diminuição da mortalidade (DGS, 2017a). Ainda de acordo com a DGS (2017a) cerca de 70% dos eventos adversos da saúde decorrem de falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, especificamente nos momentos de transição de cuidados. Apesar de em ambos os contextos de estágio estar instituído um molde padrão de escrever os registos, na UCP, onde a rotatividade de enfermeiros é grande, o ritmo de trabalho intenso e a frequência da transição de cuidados é enorme foi adotada a técnica ISBAR. Esta padroniza a transmissão de informação referente à pessoa promovendo a sua segurança na transição dos cuidados. A técnica ISBAR consiste num auxiliar de memória que permite a memorização de uma construção complexa que auxilia a transmissão de informação verbal e escrita sendo que: I – identificação; S – situação atual; B – antecedentes (*background*); A – avaliação; R – recomendações (DGS, 2017a). Sempre que um enfermeiro procede à transmissão de informação referente a uma pessoa a transitar de cuidados, para além da utilização desta técnica, regista o nome e número mecanográfico do colega que lhe transmitiu a informação e vice-versa. Desta forma, caso se verifique uma inconformidade, a pessoa responsável e detentora de mais informação estará identificada e disponível.

Este modelo de transmissão de informação ISBAR é também utilizado para as pessoas internadas na unidade, havendo um documento estandardizado em sistema informático e que é personalizado com a informação de cada pessoa no ato do internamento, sendo atualizado em cada turno e impresso no turno da noite. Houve oportunidade de utilizar este documento em momentos de passagem de turno ou transferência de PSP entre tipologias, e de criá-lo e atualizá-lo, fazendo parte deste processo de transmissão de informação e contribuindo para a prática de levantamento de necessidades de cuidados, priorização e planeamento dos

mesmos. O referido documento é uma ferramenta fundamental, quer na continuidade dos cuidados prestados, quer na qualidade da passagem da informação transmitida nas passagens de turno. Através da adoção da técnica ISBAR a equipa da UCP conseguiu padronizar o processo de transmissão de informação, nomeadamente em situações de transição de cuidados, uma tentativa de contribuir para a diminuição da possibilidade de ocorrência de eventos adversos e melhoramento dos padrões de qualidade dos cuidados prestados.

No âmbito da melhoria da qualidade, existe na mesma unidade, a prática de, durante o turno da manhã, o enfermeiro responsável por cada pessoa internada reunir com a equipa multidisciplinar, normalmente na presença de médicos, assistente social e psicóloga (mas sendo por vezes estendida a fisioterapeuta, nutricionista ou guia religioso) para discutir ocorrências, sintomas ou outras situações. Cada elemento da equipa multidisciplinar envolvido no cuidado dá a sua contribuição, atualiza a restante equipa quanto a desenvolvimentos em determinadas situações e é informado sobre as restantes dimensões do cuidado, contribuindo para a prestação de cuidados holísticos e centrados nas necessidades físicas e psicossociais bem como nas culturais e espirituais (Kmetec et al., 2021). No decorrer do estágio neste contexto houve oportunidade de observar, numa fase inicial, e participar nestas reuniões de equipa diárias discutindo ocorrências e planeando cuidados, desta forma tendo contribuído de forma relevante para o aumento das competências comunicacionais, para o estabelecimento de relações interprofissionais e para o aumento do saber no âmbito geral através da partilha de conhecimentos.

Outro aspeto a salientar, no âmbito da melhoria continua da qualidade, é a existência de um programa de formações em contexto de serviço, no qual todos os enfermeiros são convidados a participar e que permite que os colaboradores possam aumentar continuamente os seus conhecimentos científicos apoiando a sua prática clínica diária na melhor e mais recente evidência científica disponível. A importância da existência de uma política de formação contínua dos EE em EMC encontra-se corroborada nos Padrões de Qualidade em EMC (OE, 2017) afirmando que esta contribui para uma melhor eficácia dos cuidados prestados pelos EE. Durante a fase final do estágio houve oportunidade de participar numa destas ações de formação em contexto de serviço subordinada ao tema “Projeto de intervenção na esperança”. Além deste projeto existem, em fases diferentes, outros projetos a serem implantados na unidade com os quais houve contacto e contribuição tais como o projeto de prevenção de quedas e um projeto dedicado ao aumento da qualidade de vida da pessoa com necessidades paliativas através da aplicação da realidade virtual.

**Domínio da gestão dos cuidados.** De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE, fazem parte desde domínio as competências relacionadas com: gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);

adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

A gestão dos cuidados de saúde é fundamental para garantir a segurança, eficácia e bem-estar das pessoas e seus cuidadores/ familiares, bem como para o sucesso geral das organizações de saúde (Potra, 2015; Quentin et al., 2019). Em enfermagem, a gestão divide-se frequentemente, na prática, entre a gestão no âmbito do funcionamento dos serviços e a gestão assistencial. A dimensão da gestão a nível do funcionamento dos serviços prende-se com ações relacionadas com a organização do trabalho, e de recursos humanos e materiais, com o propósito de viabilizar as condições adequadas tanto para que possa ser prestado o melhor cuidado possível como para que a equipa possa ter as melhores condições possíveis para prestar esse cuidado. A dimensão assistencial da gestão prende-se com o foco de intervenção do enfermeiro, as necessidades de cuidado da pessoa alvo e dos seus cuidadores/ familiares com a finalidade de atendê-las na integra, com qualidade, segurança e eficácia (Mororó et al., 2017). Estas duas dimensões da gestão de cuidados são complementares e requerem a capacidade, não só da gestão em si como de liderança para fazer funcionar todas as peças da engrenagem do processo de cuidado, desta forma a liderança apresenta-se como uma competência essencial para a efetivação da gestão dos cuidados no sentido em que facilita as interações pessoais e de grupo para o alcance de objetivos comuns. (Potra, 2015; Mororó et al., 2017; Restivo et al., 2022). A OE (Regulamento n.º 140/2019) refere que a função de liderança em enfermagem tem-se tornado cada vez mais relevante no trabalho das equipas assim como nos resultados dos cuidados prestados, competindo ao EE gerir os cuidados, otimizando as respostas por forma a garantir que tarefas delegadas são prestadas com qualidade e de forma segura, adequando os recursos às necessidades encontradas, através da adoção de uma liderança que prima pela qualidade dos cuidados.

Em contexto de estágio houve permanentemente a oportunidade de trabalhar no seio de equipas multidisciplinares nas quais a delegação de tarefas e a liderança a um nível direto estão presentes. A este nível, todos os enfermeiros praticam diariamente competências de liderança e de organização de cuidados bem como de comunicação em contexto da equipa multidisciplinar.

Na EIHS CP ocorre diariamente uma “passagem de turno”, uma reunião de equipa, com a presença da médica e frequentemente dos outros profissionais, onde se discutem as pessoas agendadas para o dia (quer as que já se encontram no serviço, quer as que irão entretanto comparecer) e as pessoas que se encontram no domicílio mas que estão com sintomas descontrolados e que têm maior probabilidade de vir a telefonar para a equipa para aconselhamento. Esta reunião diária da equipa é fundamental para que todos conheçam as pessoas em acompanhamento pela EIHS CP garantindo a continuidade de cuidados. A nível da combinação de competências da equipa, fundamental no ambiente de cuidados

(McCormack & McCance, 2017), esta é constituída por 3 EE em EMC, as restantes 4 enfermeiras possuem vários anos de experiência na área e todas têm pós-graduações em âmbitos como feridas, estomaterapia, dor e reabilitação. Quanto à distribuição de trabalho esta resulta, no seio da equipa, de bom senso e de negociação entre os colegas e não obedece a nenhuma regra fixa, num estilo de liderança afiliativo e democrático: à medida que as PSP com consulta marcada começavam a chegar à UMP os colegas iam começando a recebê-los conforme quem os conhecia melhor, quem já tinha realizado a consulta anterior, quem estava, na altura menos sobrecarregado, etc. Ao longo do estágio não houve conflitos relacionados com este método de distribuição de trabalho no entanto, este provavelmente funciona devido ao facto de a equipa ser pequena, coesa e antiga, facto corroborado por Knight (2024) quando afirma que o estilo de liderança afiliativo, envolvendo a construção de laços emocionais fortes, a criação de um sentimento de camaradagem e espírito de equipa e a promoção de um local de trabalho positivo e solidário, ajuda os membros da equipa a sentirem que podem partilhar ideias e feedback livremente e trabalhar juntos para objetivos comuns funcionando melhor em ambientes pequenos nos quais os membros da equipa se conhecem bem.

Os enfermeiros em função de gestão têm competências acrescidas a este nível e são responsáveis por toda a gestão a nível do funcionamento do serviço: gestão de recursos humanos (horários, férias, etc.) e materiais (armazenamento, material clínico e não clínico, farmácia, etc.). Em ambos os contextos de estágio houve oportunidade de acompanhar por períodos os enfermeiros em função de gestão colaborando na gestão materiais, fosse relacionado com a reposição de material como com pedidos de reparação de equipamentos; medicação, dietas e recursos humanos. De destacar as práticas instituídas que permitem o destacamento de elementos entre serviços dentro da mesma instituição para onde haja especial falta num determinado turno, quer seja por especial afluência de pessoas, quer por faltas de profissionais, e que permite uma gestão eficaz de recursos humanos a nível da instituição bem como assegurar a manutenção de dotações que permitam a segurança permanente dos cuidados prestados em todos os serviços da instituição.

O conceito de “dotações seguras” é complexo e surgiu da necessidade de ser assegurada em cada local de prestação de cuidados de saúde, a permanência de enfermeiros em número suficiente e com competências adequadas aos destinatários dos cuidados de enfermagem, de forma a garantir a satisfação das suas necessidades em saúde (OE, 2019). Existem ferramentas que, fundamentando-se nas normas técnicas para cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, calculam a necessidade de recursos humanos em determinado contexto, no entanto, diferenças nas necessidades de cuidados de diversas populações-alvo fazem com que este cálculo seja complexo e esteja sujeito a muitas variáveis, que se devem interligar no sentido de permitir uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. Desta forma, o cálculo da dotação segura de

enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por pessoa e por dia ou a tempos médios utilizados em procedimentos, “sendo, internacionalmente, consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar” (OE, 2019, p. 3). Em ambos os locais de estágio são assegurados diariamente (e em todos os turnos) a permanência de enfermeiros, pelo menos na quantidade determinada pela ferramenta oficial da OE para cálculo da dotação segura de cada serviço da instituição. Na UCP, dependendo do número e complexidade das pessoas internadas, poderão estar ao serviço mais enfermeiros do que os preconizados pela OE se a chefia do serviço assim o entender.

Relacionada com a questão das dotações seguras de enfermeiros na prestação de cuidados, coloca-se também, a nível da UCP, a distribuição de pessoas internadas por enfermeiro em cada turno. Cabe ao enfermeiro em função de chefia quando presente, ou ao enfermeiro responsável pelo turno, a atribuição de enfermeiros a cada pessoa internada fazendo variar o número de pessoas a cargo de cada enfermeiro em cada turno dependendo, não só do número total de pessoas internadas *versus* o número de enfermeiros em cada turno (pressupondo uma divisão equitativa de números apenas) mas também do nível de complexidade de cada PSP e, do conjunto de competências dos enfermeiros presentes em cada turno. Este processo de distribuição de trabalho é feito em grande parte dependendo da sensibilidade de cada enfermeiro responsável de turno, mas também através do conhecimento que cada um tem das competências e pontos fortes e fracos de cada colega com quem trabalha. Utilizam frequentemente, ainda que não de modo formal, o Instrumento Diagnóstico de Complexidade em CPal (IDC-Pal) que lhes permite compreender o grau de complexidade de cada PSP e aferir a necessidade de tempo de cuidados necessária fazendo uma distribuição equilibrada e equitativa mais do que necessariamente igual a nível de quantidade (Afonso et al., 2020). Houve possibilidade de observar e colocar questões, facilitando a compreensão da forma como era realizada a distribuição dos enfermeiros em cada turno recorrendo a este instrumento em conjunto com experiência e conhecimento da equipa.

A nível do conjunto de competências e formação existiam, na UCP 2 EE em EMC em função de gestão de serviço e 1 EE em EMC-PSP; os restantes enfermeiros do serviço detinham em conjunto várias pós-graduações e formação básica e intermédia em CPal. Ao EE em EMC cabe a gestão do risco e do ambiente propicio à prestação de cuidados especializados adequando a sua resposta no sentido de salvaguardar a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar (OE, 2017). Como referido, e em suma, o ambiente onde os cuidados são prestados é vital para o sucesso da centralização dos cuidados na pessoa, não só a nível do ambiente físico, mas também a nível da existência de relações eficazes entre os membros da equipa, de uma liderança partilhada, de sistemas

organizacionais e de tomada de decisão partilhada, e da combinação adequada de competências no seio dos membros da equipa (Quentin et al., 2019; Kmetec et al., 2021).

Na fase final do estágio na UCP foi proposta a apresentação de um *Jornal Club*, consistindo na exposição, análise e reflexão de resultados de um artigo científico de interesse para toda a equipa multidisciplinar. Conforme planeamento (Apêndice 3), foi escolhido o artigo: “O aumento da morte domiciliar na pandemia de COVID-19: um estudo de base populacional de dados de atestados de óbito de adultos de 32 países, nos anos 2012 a 2021” de Lopes et al. (2024). Numa altura em que as políticas de saúde enfrentam o desafio de garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde, estudos de tendências ajudam a identificar área onde os recursos podem ser controlados ou otimizados. O estudo das tendências contribui para a compreensão acerca das necessidades específicas de diferentes grupos populacionais, o que é fundamental para garantir a equidade no acesso aos cuidados de saúde e identificar melhores práticas e padrões de qualidade, influenciando diretamente as políticas de gestão de cuidados (Santos et al., 2020). Considera-se que a preparação desta apresentação, com a pesquisa inerente, contribuiu também para a aquisição de competências do domínio da gestão dos cuidados.

A gestão, em ambas as suas dimensões, e a liderança inerente a esta, estão patentes e facilmente visíveis na atuação diária dos enfermeiros em funções de gestão de ambos os locais onde realizei os estágios, no entanto estas competências estão presentes também nos EE que se encontram diariamente na prestação de cuidados diretos e são ainda mais obvias nas ocasiões nas quais assumem a liderança dos turnos. De acordo com a OE (2019), o EE deve contribuir para a máxima eficácia dos cuidados de enfermagem especializados. Apesar de não ter sido possível exercer funções de gestão e liderança de equipas, a observação e posterior análise crítica permitiu perceber a influência que a liderança tem sobre as equipas e qualidade e segurança dos cuidados oferecidos.

**Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.** As competências pertencentes a este domínio referem-se ao desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade (D1) e à prestação de cuidados especializados, baseados na melhor e mais recente evidência científica (D2) (Regulamento n.º 140/2019).

O percurso de aquisição de competência motivou momentos de introspeção e de autoavaliação, desde o ingresso, com a análise do percurso realizado e posteriormente, durante as UC e estágios, onde foi reconhecida a necessidade de relembrar alguns conteúdos, o que originou uma revisão aprofundada e pesquisas em bases de dados científicas por forma a aprofundar os conhecimentos e posteriormente a sua integração na prática clínica. Para que possa, em todas as circunstâncias, basear a prática clínica especializada em evidência científica foi, em primeira instância, fundamental a UC Investigação, em especial as aulas práticas que permitiram ter contacto com novas

ferramentas de pesquisa e permitiu que a sua aplicação, com a finalidade de pesquisar conteúdos mais adequados e com maior qualidade, por forma a exercer uma prática baseada na melhor e mais recente evidência. Este foi um processo de desenvolvimento e crescimento das aprendizagens profissionais para o qual também contribuíram:

- ✓ O *webinar* “Redação de artigos científicos” a que assisti no dia 9 de novembro, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o objetivo de capacitar os enfermeiros para redigir e promover a divulgação de produtos científicos (Anexo 1);
- ✓ O *webinar* “Investigação na prática clínica do Enfermeiro” no dia 16 de novembro de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e que teve como objetivo debater a importância da investigação nos 3 níveis de formação em Enfermagem e o seu contributo para o desenvolvimento de competências diferenciadas para uma prática baseada na evidência, transferência do conhecimento para a clínica e implementação dos resultados da investigação (Anexo 2);
- ✓ O *webinar* “Comunicação em Cuidados Paliativos: Desafios e Oportunidades”, no dia 5 de junho, organizado pela Liga Portuguesa Contra o Cancro, com o objetivo de compreender a relevância de uma comunicação eficaz e efetiva com a pessoa em situação paliativa e a importância do desenvolvimento de competências nesta área por parte de todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado a estas pessoas e seus cuidadores e familiares. Como forma de contribuir para a identificação de necessidades da PSP e família perante más notícias, foi elaborada uma síntese dos conteúdos deste *webinar* (Apêndice 4).
- ✓ A formação em serviço sobre o “Projeto de intervenção na esperança” (mencionado no domínio da melhoria contínua da qualidade), na qual foi apresentado o projeto, e resultados preliminares, relativo a promoção da esperança que alguns dos membros do serviço estão a desenvolver.
- ✓ As pesquisas bibliográficas – e os consequentes conhecimentos – previstas nas atividades de implementação do projeto de formação, as necessárias para a preparação das apresentações orais nos locais de estágio (“Indicadores de Qualidade em CPal e *Journal Club*) e as realizadas para a melhoria da prática clínica em contexto de estágio.

## **2.4. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**

No presente subcapítulo serão abordadas as atividades que contribuíram para a aquisição de competências consideradas específicas dos EE em EMC e na Área de Enfermagem à PSP. O Regulamento n.º 429/2018 define o perfil de competências específicas

do EE em EMC juntamente com um descritivo de cada uma bem como respetivas unidades de competências e critérios de avaliação. Considerando a vasta abrangência da EMC e as necessidades de cuidados especializados em áreas emergentes e que necessitam de profissionais treinados de forma adequada “para exercerem as suas funções de forma concreta, criteriosa e culturalmente sensível” (p.19365), quatro áreas de subespecialização constam no referido diploma. Neste são referidas três competências específicas para o EE em EMC independentemente da área da sua especialização, e duas competências específicas para a área de especialização em enfermagem à PSP. Devido à semelhança entre as competências referidas para o EE em EMC e as referidas para o EE em EMC-PSP estas serão abordadas em conjunto.

**Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.**

A aludida competência, constante no Regulamento n.º 429/2018 como competência de EE em EMC-PSP, tem posições em comum com a competência referida no mesmo diploma como sendo de EE em EMC: “Cuida da pessoa e família/ cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (p. 19359) pelo que serão abordadas em conjunto.

Para que possa cuidar de forma holística e de acordo com as necessidades da PSP é necessário reconhecer as suas necessidades (Glajchen et al., 2022). Com base nas vivências em contexto de estágio, bem como na observação do cuidado e da auscultação de opiniões dos profissionais, foi realizado um cruzamento com a pesquisa bibliográfica realizada, tendo constatado que PSP necessita que seja feita a sua avaliação de forma holística, compreendendo integralmente a sua situação física, psicológica, social, cultural e espiritual; necessita também de um controlo eficaz de sintomas com recurso a evidência científica recente e a medicação adequada; que seja promovido o seu conforto e dignidade em todos os momentos do cuidado; que os seus cuidadores e familiares sejam integrados no plano de cuidados sendo também eles um alvo dos cuidados de enfermagem; que os cuidados sejam antecipados, antecipando necessidades e cenários; e que lhe seja comunicada a verdade de forma aberta e honesta para que possa tomar decisões informadas (Sandsdalen et al., 2015; Welsch & Gottschling, 2021; Virdun et al., 2022). A identificação das necessidades da PSP em cada momento foi comprovada pela realização de registos de enfermagem adequados e que exprimem o levantamento das necessidades, os objetivos estabelecidos e as intervenções que foram/serão realizadas para atingir esse objetivo.

Na UCP, bem como na EIHS CP, e seguindo a tendência atual, os processos clínicos são exclusivamente eletrónicos, sustentados num sistema que se preconiza cada vez mais integrado de informação interinstitucional (Marques, 2022). Ciente da importância dos registos

de enfermagem na qualidade dos cuidados e da sua relevância para a melhoria continua dos cuidados, foi mantido um documento onde foram apontados os registos de enfermagem realizados acerca dos cuidados prestados em contexto de prática clínica. A apresentação deste registo permitiu o exercício de clareza e objetividade que se pretende nos registos de qualidade e a demonstração do levantamento continuo das necessidades da PSP, a implementação de intervenções para colmatar as necessidades e a sua avaliação posterior. Os registos foram efetuados, sob supervisão e após reflexão, na plataforma utilizada em cada contexto de estágio referentes a todas as consultas/ contactos estabelecidos com pessoas cuidadas independentemente de serem presenciais ou telefónicos; o mais cedo possível após o contacto no sentido de não haver esquecimento de registar nenhuma informação relevante; utilizando classificações oficiais e codificações existentes nos respetivos programas informáticos e transmitindo informação, de forma simples mas o mais completa possível, que permitisse facilmente compreender os problemas de saúde e a situação de cuidados de cada pessoa, constituindo-se como ferramenta fundamental no processo de raciocínio clínico e de tomada de decisão (Marques, 2022). Desta forma, foi realizado um documento onde foram compilados os registos de enfermagem realizados ao longo de ambos os estágios. Enquanto enfermeira generalista, os registos de enfermagem continham informação essencial acerca do processo de cuidados e intervenções realizadas, no entanto tinham frequentemente informação sobre rotinas gerais e comuns a várias pessoas cuidadas sem se evidenciar, em cada um, uma significativa personalização de cuidados ou foco na abordagem às necessidades paliativas da pessoa. Ao longo deste processo de aquisição de competências os registos de enfermagem efetuados tornaram-se gradualmente mais pormenorizados no âmbito da abordagem específica à PSP, nas suas necessidades de cuidados e nas intervenções levantadas para alcançar os objetivos delineados para cada pessoa; para além disso os registos efetuados evoluíram para a utilização de uma linguagem mais técnica e universal, utilizando na comunicação escrita muitos dos diagnósticos CIPE que facilitam a interpretação da informação pelos restantes membros da equipa e, por sua vez, a continuidade dos cuidados. Também se torna possível, através da análise dos registos efetuados, verificar a adequação dos cuidados à necessidade da PSP e dos seus cuidadores/familiares, o apoio emocional prestado, as reuniões periódicas com estes no sentido de fazer “pontos da situação” bem como de os envolver nos cuidados.

No sentido de desenvolver competências referentes a cuidar da PSP, seus cuidadores/familiares e demonstrar este percurso, pretendendo-se a mobilização de conhecimentos adquiridos no decorrer do curso de mestrado, bem como provenientes da formação inicial, pós-graduada e da experiência profissional foi realizado um Estudo de Caso. Este referiu-se ao Sr. RG, de 71 anos, e a sua esposa e cuidadora D. TR, internado na UCP por descontrolo sintomático derivado de progressão da doença (carcinoma de pequenas células do pulmão em estadio IV, metástases pleural, hepática, pancreática e sistema nervoso central). O Estudo

de Caso, materialização do processo de enfermagem, constitui um levantamento das necessidades da pessoa realizado em conjunto com a própria e onde consta o planeamento e consequente avaliação, de intervenções com o objetivo de colmatar as necessidades encontradas. As PSP podem ter necessidades particularmente sensíveis devido à sua fragilidade, sintomas e expectativas. O Sr. RG é considerado altamente complexo, segundo a aplicação da escala IDC-Pal (Afonso et al., 2020). Para além da complexidade, para a escolha desta pessoa e sua família como foco do Estudo de Caso contribuiu também o facto de sendo reconhecida a necessidade de aquisição de competências na área da comunicação de más notícias, terem ocorrido múltiplas oportunidades neste sentido com o Sr. RG e a sua esposa, o que enriqueceu a realização do estudo de caso. O Sr. RG era uma pessoa com um perfil estoico, que tinha mantido em segredo o seu diagnóstico de doença com o objetivo de não desviar o seu filho “das preocupações que ele já tem no dia a dia” (SIC), no entanto cedo se tornou óbvio que tinha a noção da fragilidade da sua existência, optando por uma atitude distanciada e fria perante o seu processo de doença. Nos últimos dias da sua vida pediu para ser sedado, o seu sofrimento existencial derivado do que considerava a perda da sua dignidade ditaram este seu pedido.

A necessidade de cuidar das pessoas com dignidade e preservar a dignidade das pessoas cuidadas é um conceito fundamental nas abordagens de cuidados centradas na pessoa (Pringle et al., 2015). A dignidade tem definições e interpretações diferentes conforme o contexto e a perspetiva. De forma geral a dignidade pode ser definida como a qualidade ou o estado de ter valor, ser valioso, honrado ou estimado. A dignidade é um direito humano que implica respeito por si próprio e pelo outro e o reconhecimento do valor inerente a cada ser humano, frequentemente associado a conceitos como autonomia e valor-próprio (Smith, 2023). Reconhece-se atualmente os cuidados paliativos como sendo cuidados que suportam e melhoram a qualidade de vida e previnem e aliviam o sofrimento, sendo um modelo estruturado de prestação de cuidados integrados em qualquer etapa do ciclo de vida das pessoas (Arias-Casais et al., 2019). Neste contexto, é notória a importância que a elaboração deste estudo de caso teve para a aquisição de competências enquanto EE na medida em que permitiu aprofundar, mobilizar e aplicar conhecimentos da formação inicial e da formação graduada, baseados na evidência científica resultando numa prestação de cuidados mais autónomos. A realização deste estudo de caso permitiu igualmente praticar o raciocínio clínico, materializando-o num documento que permite mais facilmente a reflexão crítica dos cuidados prestados; compreender a complexidade clínica de cada PSP; fazer a ligação entre a teoria de enfermagem e a prática diária de cuidados; desenvolver conhecimentos e competências e avaliar a efetividade e o impacto dos cuidados prestados, contribuindo para uma prática clínica diária mais baseada na evidência. Em suma, a apresentação de um Estudo de Caso, com a exposição de intervenções baseadas em evidência científica, contribuiu para a aquisição de competências neste âmbito, demonstrando o processo de elaboração do

diagnóstico de necessidades, avaliação da PSP (sinais e sintomas físicos, psicológicos, sociais, culturais e/ ou espirituais, aplicação de escalas de sintomas como o PPS-PT), estabelecimento de um plano individualizado de cuidado em conjunto com a pessoa e de acordo com as suas prioridades, preferências e a alteração deste planos conforme a evolução e os resultados.

Para cuidar da pessoa de forma holística e centrada nas suas necessidades, é vital que o profissional de saúde possua conhecimento de si e das suas capacidades, pontos fortes e fracos. De acordo com McCormack & McCance (2017) e corroborado por Kmetec et al. (2021), o autoconhecimento, ou conhecimento de si, é um pré-requisito para o cuidado centrado na pessoa uma vez que, quando os profissionais de saúde entendem profundamente a experiência, os valores e as necessidades individuais de cada pessoa, conseguem oferecer um cuidado mais personalizado e eficaz. O desenvolvimento do conhecimento pessoal/ autoconhecimento ou o conhecimento de si envolve a compreensão das próprias crenças, emoções, preferências e histórico de saúde permitindo, não só que o enfermeiro reconheça as suas limitações e capacidades, mas que demonstre maior empatia e compaixão perante o outro. A empatia e compaixão são fundamentais para o estabelecimento de relações terapêuticas e para o maior entendimento das necessidades individuais da pessoa como um todo sendo possível a maior personalização e individualização do cuidado, centrar o cuidado na pessoa cuidada, seus cuidadores e familiares. Por outro lado, ao valorizar o conhecimento de si, os enfermeiros incentivam a pessoa a participar ativamente nas decisões relacionadas com a sua saúde promovendo a autonomia e o autocuidado (McCormack & McCance, 2017).

O diagnóstico de necessidades de aprendizagem, uma das etapas da MTP, contribuiu para o autoconhecimento uma vez que, para compreender necessidades de formação e áreas onde a prática necessita de maior evidência foi realizada autorreflexão, introspeção e análise crítica da última década do percurso profissional, lembrando situações, casos, pessoas e famílias/ cuidadores e concluindo que ao longo deste tempo, as maiores dificuldades sentidas eram na área da comunicação, em especial a comunicação de más notícias. Ao explorar a comunicação de más notícias, foi desenvolvida a assertividade, treinada conscientemente em contexto de prática clínica nas situações de comunicação em geral e de más notícias em particular porque, ao contrário daquilo que comumente se assume, nem aptidões de comunicação nem a assertividade são inatas, mas sim competências aprendidas, praticadas e refletidas (Kwame & Petrucka, 2021). Esta questão foi também alvo de pesquisa bibliográfica. De acordo com Benner (2001), um enfermeiro perito numa determinada área tem a capacidade de perceber as situações como um todo, indo diretamente ao centro do problema e ignorando problemas paralelos não necessários para a abordagem e resolução do problema atual. Esta capacidade de ir ao centro do problema sem dilações, mas com respeito e humanidade é a assertividade (Benner, 2001) Este termo define-se pela capacidade de expressar ideias, posicionar-se e tomar decisões de maneira clara, firme e resolutiva. Um

enfermeiro assertivo assume as suas posições com autenticidade, de forma nítida e transparente e com uma postura decidida, utiliza argumentos científicos e recentes. Nesta linha, foram realizadas 2 reflexões críticas sobre questões relacionadas com situações de comunicação (com recurso ao ciclo de *Gibbs*) e outra reflexão mais informal no contexto do Estudo de Caso realizado. A prática clínica de estágio foi sempre acompanhada de autorreflexão e análise crítica, autónoma e/ ou com acompanhamento dos enfermeiros orientadores dos locais de estágio com os quais foram sempre sendo discutidas as intervenções e aspetos a melhorar. Esta necessidade de reflexão é reforçada no REPE (OE, 2015) ao referir que é necessário analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudar a atitude.

No cuidado à PSP, tendo em conta as necessidades de aprendizagem reconhecidas, foi relevante a exposição a situações de comunicação de más notícias. Houve oportunidade de assistir a vários momentos de comunicação de más notícias dadas por enfermeiros ou outros membros da equipa multidisciplinar bem como de fazê-lo sob supervisão. Para tal foi utilizado, sempre que possível, o protocolo de SPIKES (Baile, 2000), um modelo concebido para orientar os profissionais de saúde na transmissão de más notícias, estruturado em torno de seis etapas fundamentais para garantir que a comunicação seja clara, empática e centrada na pessoa (Buckman, 1992). As etapas preconizadas correspondem à mnemónica do nome do modelo: (S) preparar o ambiente, garantindo privacidade, envolvendo pessoas significativas, sentando-se e estabelecendo uma conexão com a pessoa; (P) explorar que informação detém até ao momento e o conhecimento que tem acerca do assunto; (I) compreender que tipo e quantidade de informação deseja obter; (K) dar a notícia de forma factual, evitando jargão médico e de forma fracionada; (E) estar capacitado para lidar com as emoções, reconhecendo e validando sentimentos e necessidades e (S) planear e acompanhar a pessoa e/ou família no decurso do percurso (Buckman, 1992; Baile, 2000; Sánchez et al., 2023). O Protocolo SPIKES é uma ferramenta valiosa para a comunicação de más notícias em CPal, para além deste, existem outros protocolos igualmente úteis tais como o COMFORT (Fuoto & Turner, 2019), foi utilizado o SPIKES visto ser aquele com o qual houve maior contacto, com o qual havia maior proximidade e o utilizado pela equipa da UICCP. Em concordância com a literatura, considera-se dar más notícias uma intervenção delicada e complexa, no entanto, seguir as diretivas de um protocolo estruturado ajuda a tornar esse processo mais humano e compassivo (Sánchez et al., 2023), estando, a utilização de um protocolo relacionada com maior competência dos profissionais que o efetuam (Fuoto & Turner, 2019).

No decorrer de ambos os estágios foram prestados cuidados à PSP e seus cuidadores/familiares, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida com a supervisão do EE orientador do local de estágio, mas de forma autónoma e integrada na equipa multidisciplinar.

**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 no luto.** A mencionada competência, constante no Regulamento n.º 429/2018 como competência de EE em EMC-PSP, tem posições em comum com a competência referida no mesmo diploma como sendo de EE em EMC: “Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (p. 19359) pelo que serão abordadas em conjunto.

O cuidado de enfermagem à PSP requer sensibilidade, compaixão e atenção individualizada, centrando este cuidado nas necessidades e preferências de cada pessoa cuidada (Kwame & Petrucka, 2021). Para que seja possível identificar as necessidades e preferências da PSP, é necessário o conhecimento desta em profundidade, o estabelecimento de relações terapêuticas e de confiança é fundamental neste processo. Em contexto de prática clínica houve oportunidade de estabelecer relações terapêuticas com PSP, embora mais evidentes no estágio na UCP pelo facto de o contexto de internamento, no seu carácter de permanência, ser mais propício ao conhecimento da pessoa em profundidade. A relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa/ cuidadores/ familiares é fundamental para proporcionar suporte emocional, aliviar o sofrimento e promover o bem-estar. A ancoragem do processo de aprendizagem no modelo de enfermagem do Cuidado Centrado na Pessoa, garante a manutenção do respeito pela singularidade e autonomia da pessoa visto serem pressupostos do modelo de McCormack & McCance (2017), estando subjacente a promoção de parcerias terapêuticas com a PSP no sentido em que estas são centrais ao cuidado cujo planeamento resulta do estabelecimento de objetivos mutualmente acordados levando em linha de conta as suas preferências, necessidades e decisões tomadas de forma informada e consciente (McCormack & McCance, 2017; Kwame & Petrucka, 2021). Como já referido anteriormente, conjuntamente com a realização do Estudo de Caso, foi realizada uma descrição da evolução do estado da PSP alvo do estudo e uma reflexão final como meio de demonstrar de que forma foram, gradualmente, alterados os objetivos e as intervenções planeadas no sentido de corresponder às necessidades e de que forma foi a família/cuidadores da PSP integrada e envolvida no processo de cuidados.

O estabelecimento de relações terapêuticas é relevante para a prestação de cuidados centrados na pessoa, o conhecimento da PSP e seus cuidadores e famílias, suas preferências, necessidades e dinâmica facilitam a que os cuidados prestados sejam os mais adequados e individualizados (Kmetec et al., 2021). Todas as interações entre o profissional de saúde e a PSP/família são uma oportunidade para prestar cuidados centrados na pessoa, no entanto a forma como esta relação acontece difere. Há quem considere que centrar

cuidados é sinónimo de ouvir a pessoa e passar tempo com ela, outros autores consideram que é a capacidade do profissional de estar disponível para a pessoa a cada momento (Dahlin, 2016; Kwame & Petrucka, 2021). No entanto, esta disponibilidade para ouvir a pessoa e estar com ela, pode levantar questões que necessitam de ser endereçadas e com as quais o profissional pode não estar confortável o suficiente para abordar ou pode não se sentir suficientemente competente para lidar efetivamente com as necessidades expressas (Alshammari et al., 2023; Sánchez et al., 2023; Wahyuni et al., 2023). Por esse motivo é fundamental a aquisição de um conjunto de ferramentas e estruturas de comunicação que permitam revelar a verdade, responder a perguntas difíceis e reunir informações complexas com segurança, sensibilidade e empatia (Ibañez-Masero et al., 2019; Kerr et al., 2019; Kimura et al., 2020; Toh et al., 2020).

Salienta-se uma situação em estágio na qual, após o óbito inesperado por ter ocorrido de forma mais rápida que o antecipado, de uma pessoa pela qual estava responsável naquele turno e com a qual havia uma relação de proximidade, houve necessidade de informar telefonicamente o membro da família designado. A comunicação telefónica acrescenta complexidade à comunicação no sentido em que, ao telefone a componente não-verbal da mesma é inexistente e sentimentos de empatia e proximidade são mais difíceis de transmitir (Sobczak, 2022). Antes do telefonema, a informação a ser disponibilizada e a forma como o fazer foi refletida e praticada em conjunto com o orientador de estágio para que a comunicação fosse adequada e eficaz.

– “Estou a falar com o Sr. Y? Sou a enfermeira Teresa, estou a telefonar da unidade de cuidados paliativos. Contacto-o porque é o contacto de referencia do sr. X e infelizmente não tenho boas noticias para lhe dar... (tiro de aviso)... o Sr. X faleceu agora... Estava sereno, faleceu sem dor e em paz. Eu estava junto dele... Há alguma coisa que possa fazer por si neste momento?... Lamento a sua perda. Alguma coisa na qual possamos ajudar por favor não hesite em contactar o serviço, o número de telefone está no cartão que lhe dei. Os meus sentimentos em meu nome e de toda a equipa.”

Palavras e expressões simples, utilizadas diariamente e quase de forma automática na comunicação podem, em momentos de receção de más noticias ser mal integradas e não devem ser utilizadas. Um exemplo seria a utilização da expressão “Boa noite”, tão comum ao iniciar e/ou terminar uma comunicação telefónica. Ao comunicar uma notícia com tão elevado impacto negativo como a morte de um familiar, a noite não é boa, a ocasião não é boa, e cabe ao EE compreender o impacto que a comunicação, refletir e minimizar a utilização de expressões ou termos com o potencial para agravar o impacto da notícia na PSP e/ou seus cuidadores/ familiares. Neste sentido, compreendeu-se também a importância da prática

reflexiva na prestação de cuidados e a importância da antecipação de necessidades, uma vez que compreendendo o impacto negativo da informação que ia ser transmitida, refletindo sobre a mesma e a melhor forma de gerir as emoções dela decorrentes é possível preparar a mensagem e as respostas de forma a comunicar, de forma eficaz e adequada.

**Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.** Competência específica do EE em EMC, independentemente da área de especialização de acordo com o Regulamento n.º 429/2018.

As Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antibióticos, são problemas diretamente relacionados e de importância crescente a nível mundial, aos quais nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode estar indiferente. São problemas transversais a nível mundial com elevado impacto na saúde pública, comprometendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados, contribuindo para o aumento do tempo de internamento, taxas de mortalidade e morbidade, e, conseqüentemente, gastos em saúde (DGS, 2017b).

O EE em EMC deve ter um papel ativo na prevenção das IACS através do cumprimento das recomendações e boas práticas emanadas da DGS bem como do incentivo das equipas que integra a fazê-lo. Neste contexto, é responsável por participar em conceber e desenvolver planos de prevenção e controlo de infeção baseados em evidência científica, através da definição de medidas preventivas e de controlo da infeção e capacitação das equipas multidisciplinares. O EE deve ainda gerir e liderar a implementação do plano, “nomeadamente no que respeita ao estabelecimento de procedimentos e circuitos, requeridos na prevenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão no decorrer dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” (OE, 2017, p. 9). Para o desenvolvimento de competências neste domínio foi relevante a consulta de diversos documentos deste âmbito, tais como a Norma n.º 029/2012 sobre precauções básicas do controlo da infeção (DGS, 2012); a Norma n.º 018/2014 sobre a prevenção e controlo da colonização e infeção por MRSA nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados (DGS, 2014); o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (DGS, 2017b), e outros protocolos e guias de boas práticas existentes em ambos os locais de estágio. A prática em contexto de estágio foi regida pelos documentos supracitados, tendo também sempre em conta que dada, a situação de fragilidade da pessoa em situação paliativa, esta se encontra particularmente suscetível a focos de infeção pelo que é especialmente relevante a prevenção, intervenção e controlo da infeção. É de salientar que a prevenção e controlo da infeção está patente de forma constante em todo o processo de

prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa e seus familiares e cuidadores pelo que se consideram as competências neste âmbito adquiridas com sucesso.

## **2.5. Desenvolvimento de competências de Mestre (2º Ciclo)**

O grau de Mestre em Enfermagem encontra-se desdobrado em áreas de especialização pelo seu nível de complexidade e particularidades. As competências necessárias para a atribuição deste grau constam no artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006 publicado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. As competências de mestre em enfermagem foram exploradas ao longo deste processo de aquisição de conhecimentos, de forma interligada e simultânea com o percurso de aquisição de competências comuns de EE e específicas de EE em EMC-PSP. Desta forma, as atividades desenvolvidas e mencionadas nos subcapítulos anteriores contribuíram de forma relevante também para a aquisição de competências de Mestre, destacando-se neste subcapítulo as mais evidentes.

Ao nível do Curso de Licenciatura foi desenvolvido um conjunto de competências e aptidões necessárias ao desempenho idóneo da profissão de enfermagem, no entanto, no contexto de trabalho, através da prática clínica, de formações em contexto de serviço, reflexão e pesquisa autónoma as competências lecionadas são consolidadas, num processo dinâmico e contínuo. A prática clínica especializada, fruto de um aprofundamento de competências em relação ao 1º ciclo de estudos, materializado no presente curso de mestrado, foi demonstrada ao longo do estágio com a realização de intervenções/ atividades especializadas no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, da gestão de cuidados e recursos, da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais descritas nos subcapítulos respetivos. Estas atividades, das quais se destaca a realização do estudo de caso, no qual foram reconhecidas necessidades da PSP, seus cuidadores e familiares e planeadas, realizadas e avaliadas intervenções no sentido de as colmatar, demonstram a capacidade para lidar com questões complexas, desenvolver soluções e emitir juízos, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais.

Em contexto clínico houve exposição a situações e procedimentos com os quais não estava familiarizada, como por exemplo situações de sedação paliativa, pelo que houve necessidade de realizar pesquisa bibliográfica de forma autónoma em bases de dados científicas. Concomitantemente, foram realizadas duas apresentações de trabalhos (Padrões de Qualidade em enfermagem e o *Journal Club*) para as quais também a realização de pesquisa para acesso à mais recente evidência científica; o reconhecimento da necessidade, bem como a realização da pesquisa e a avaliação dos resultados inerentes, são competências que permitirão a continuação do processo de aquisição de novos conhecimentos de forma

autónoma ao longo da vida profissional. Ao mesmo tempo, a apresentação dos resultados da pesquisa sobre estes temas bem como, ao longo do estágio a partilha de conhecimentos com colegas, permitiu a demonstração da capacidade de comunicar conclusões, e conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, a enfermeiros especialistas, não especialistas e a outros membros da equipa multidisciplinar, de uma forma clara e sem ambiguidades demonstrando competências preconizadas para atribuição do título de mestre em enfermagem (Decreto-Lei n.º 74/2006).

Foram adquiridas ferramentas que permitiram a realização de um protocolo de revisão *scoping*, e a posterior concretização da mesma revisão, continuando neste momento com a atual preparação dos resultados do estudo para serem submetidos para publicação em revista científica no sentido de contribuir para a disseminação do conhecimento científico. Este percurso demonstra capacidade de compreensão a um nível que permite e constitui a base de desenvolvimentos em contextos de investigação científica conforme preconizado como competência de mestre no diploma suprarreferido. Concomitantemente, os resultados preliminares da revisão *scoping* realizada foram apresentados, sob a forma de poster (Apêndice 5) no 3º *Webinar* Nacional e 1º *Webinar* Internacional do Departamento de EMC/ Adulto e Idoso da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no dia 7 de fevereiro de 2024 (Anexo 3).

Finalmente, e com o objetivo de tomar conhecimento de novas práticas baseadas na evidência e conhecer cada vez mais o mundo científico atual na área da enfermagem, foi relevante a participação no 2º Encontro de Boas Práticas Alumni da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Anexo 4) que ocorreu no dia 11 de março de 2024. Este encontro teve como objetivo central a divulgação de boas práticas, destacando projetos que têm contribuído para a inovação em enfermagem e que contribuem para a melhoria da prática clínica, investigação e a implementação de estratégias eficazes.

### 3. AVALIAÇÃO

O presente documento consolida e articula os conhecimentos adquiridos no decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, com especial destaque para os estágios realizados e o desenvolvimento de competências de EE e de Mestre em Enfermagem fazendo-se, neste capítulo, uma avaliação do percurso em questão descrito nos capítulos anteriores. A avaliação do percurso de mestrado em enfermagem é um processo abrangente que envolve a análise de várias componentes do programa educativo, incluindo a avaliação do desenvolvimento de competências, da eficácia das intervenções práticas, e da contribuição das intervenções para o desenvolvimento da área de especialização.

A descrição e análise das atividades desenvolvidas em ambos os estágios, tendo por base uma fundamentação teórica com recurso à mais recente evidência científica disponível, facilitou o processo da análise crítica e reflexiva potenciando o desenvolvimento das competências em EMC – PSP e de mestre em enfermagem. Concomitantemente, a reflexão fundamentada da prática proporcionou a mobilização dos conhecimentos adquiridos a nível pessoal (autoconhecimento), prático e teórico. De relevar o contributo da utilização da MTP para a aquisição das competências preconizadas. A MTP possibilita a resolução de um problema real, contribuindo para uma prática baseada na evidência, sendo composta pelas seguintes etapas: Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Execução; Avaliação e Divulgação dos Resultados (Ferrito et al., 2010). Esta abordagem pedagógica promove o desenvolvimento do autoconhecimento, através da reflexão e introspeção necessária na identificação de necessidades de aprendizagem; do pensamento crítico utilizado na resolução de problemas reais e desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente situações complexas; do trabalho em equipa demonstrado também mas não só nos momentos de orientação tutorial, incentivando os estudantes a envolverem-se nos projetos do próximo e a partilhar ideias e conhecimentos para alcançar objetivos comuns; da autonomia, no sentido que os alunos são responsáveis pela gestão, liderança e progresso do seu próprio projeto de aprendizagem; e da criatividade no sentido em que permite que sejam exploradas soluções inovadoras e personalizadas para os problemas colocados.

A reflexão, reconhecida como integrante desta abordagem pedagógica, viabilizou a consciencialização dos pontos fortes, dificuldades e limitações, promovendo a autoanálise e a realização de alterações em tópicos passíveis de serem melhorados. Este percurso teve vários pontos fortes/ oportunidades tais como a possibilidade de aplicar conhecimentos teóricos em ambiente de prática de cuidados; interesse pessoal pelo tema em desenvolvimento, o que favorece a motivação; ampliação de competências comunicacionais e em específico no âmbito da comunicação de más notícias com a PSP e seus cuidadores/ familiares; disponibilidade pessoal para o percurso de aprendizagem e a experiência

profissional anterior. Por outro lado, teve também alguns constrangimentos, tais como recursos limitados de tempo e horários extensos interferindo de forma relevante no equilíbrio entre trabalho – estudo – vida pessoal; existência de períodos de férias de enfermeiros orientadores. No sentido de minimizar estes problemas, foram planeados momentos de trabalho autónomo nos períodos nos quais houve impossibilidade de estar em contexto clínico pela ocorrência de férias, permitindo rentabilizar o tempo. Concomitantemente, houve pesquisas e trabalho produzido no local de estágio em momentos nos quais o tempo me permitia, usufruindo dos contributos dos orientadores dos locais de estágio e rentabilizando também o tempo.

A impossibilidade de realização de algumas atividades planeadas no PFI foi também um constrangimento, neste âmbito, destaco o planeamento da assistência e participação em conferências familiares e a realização das respetivas atas, uma vez que as conferências familiares se definem tipicamente como momentos de comunicação de más notícias com a PSP/ cuidadores/ familiares. No entanto, na UCP não é comum a realização de conferências familiares pelo que não foi apresentada nenhuma ata. A conferência familiar define-se na literatura como sendo uma reunião estruturada, com objetivos, informação a ser disponibilizada/ discutida, membros a participar e etc., entre os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar e a PSP e/ou os seus cuidadores/ familiares e da qual resulta, frequentemente, a realização de um resumo/ ata, assinada pelos intervenientes e onde constam os principais acordos e decisões resultantes da reunião (Glajchen et al., 2022). Apesar do modelo diferente, na UCP é frequente a realização de pontos de situação, semelhantes a conferências familiares, mas mais flexíveis e sem a componente importante do planeamento e resumo final sob a forma de ata. Estes pontos de situação são efetuados sempre que necessário, e com a participação de membros variados da equipa que atuam de forma autónoma na comunicação de más notícias tais como resultados de intervenções efetuadas, trajetória da doença, prognóstico, estado atual de saúde, ou simplesmente fornecer *feedback* a um familiar/ cuidador acerca da evolução da situação. O resumo do que foi comunicado, bem como as reações e perceções originadas, são documentadas no processo clínico da PSP para que exista confirmação dos tópicos discutidos bem como para informação da restante equipa, facilitando a continuidade dos cuidados. Optei por considerar os pontos de situação, tendo tido oportunidade de observar inúmeros e de realizar de forma autónoma alguns, como equivalentes a conferências familiares e, em vez das atas, foram registados na plataforma de registos utilizada pela instituição, contribuindo estes, de forma importante para o desenvolvimento de competências de comunicação e gestão de más notícias com a PSP e seus cuidadores/ familiares.

A análise dos resultados da revisão de *scoping* realizada permitiu identificar necessidades da PSP e família perante más notícias; reconhecer os erros mais comuns e barreiras a uma comunicação eficaz com a PSP e família; identificar intervenções de

enfermagem na comunicação de más notícias com a PSP e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSP, sua família e cuidadores na UCP no âmbito da transmissão de más notícias, tendo sido fundamental para o processo de aquisição de competências. Não obstante, apesar da resposta aos objetivos, tendo permitido mapear o conhecimento existente neste âmbito, não permite emanar linhas orientadoras de boa prática, que surge como limitação.

A formação a nível da especialidade e de mestrado desempenham um papel fundamental na melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros ao providenciar ferramentas que lhes permitam prestar cuidados de saúde altamente qualificados, holísticos e adaptados às necessidades complexas das pessoas.

## 4. CONCLUSÕES

De acordo com a OE, o Enfermeiro Especialista é aquele "a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem" (Regulamento n.º 140/2019, pp.4744). Este processo de desenvolvimento de competências enquanto futura EE resulta de experiências vividas em contexto de estágio na EIHS CP e na UCP e que proporcionaram oportunidade de aprender, de praticar e de refletir. Todavia, o percurso vivido foi acompanhado de perto por enfermeiros e professores de excelência, que me conduziram no delineamento de objetivos e cumprimento das metas esboçadas. Os objetivos definidos tiveram por base as competências comuns e específicas preconizadas pela OE para o EE, o que providenciou uma linha condutora do processo de aprendizagem. Algumas atividades planeadas como forma de resposta a cada objetivo foram sofrendo alterações, tendo sido repensadas ou reestruturadas com base nas oportunidades que iam surgindo ao longo do percurso de forma a maximizar as competências delas retiradas.

Tal como já referido, a aplicação da MTP facilitou a concretização dos objetivos propostos ao oferecer um meio orientador do processo do estabelecimento de objetivos para responder a necessidades e forma de os concretizar. Assim, numa primeira fase, através da observação da prática de cuidados da equipa multidisciplinar em geral e dos enfermeiros da EIHS CP em particular, da autorreflexão, da pesquisa bibliográfica e da discussão em momentos de Orientação Tutorial, pude reconhecer lacunas e necessidades de aprendizagem na área da abordagem à PSP e seus cuidadores e familiares. Tendo em conta as lacunas encontradas, foram planeadas atividades tendo como referência as competências preconizadas e as experiências oferecidas em contexto de prática tal como descrito nos capítulos anteriores. Este contexto de prática revelou-se rico em aprendizagens e, associado a pesquisa de evidência científica recente, contacto com os enfermeiros da equipa bem como com as PSP pude conhecer em profundidade as necessidades de cuidados da PSP e seus cuidadores/ familiares no alívio do sofrimento, maximização do bem-estar, conforto e qualidade de vida. Numa fase posterior, através da implementação do PFI definido através da MTP e da maximização de oportunidades concretas de aprendizagem que os locais de estágio me proporcionaram, pude concretizar os objetivos definidos para o estágio na UICCP. Um estágio longo, com vários meses de permanência no contexto, proporcionou vivências complexas e ricas, tendo tido oportunidade de cuidar da PSP e seus cuidadores e familiares no alívio do sofrimento, maximização do bem-estar, conforto e qualidade de vida, estabelecendo com estes, relações terapêuticas e proporcionando suporte no processo de adaptação às sucessivas perdas, à morte e no acompanhamento do luto enquanto membro da equipa multidisciplinar. No relacionamento com as PSP, tive especial enfoque nos momentos de comunicação de más notícias, praticando em contexto de estágio, observando

a equipa e munindo-me de evidência científica que me permitisse agir com confiança, segurança e da forma mais adequada nestes momentos de especial fragilidade das pessoas cuidadas. Consegui, com sucesso, identificar as necessidades da PSP e família/ cuidadores perante más notícias e desenvolver intervenção no sentido de comunicar más notícias e gerir as mesmas no âmbito da equipa multidisciplinar. Foi relevante para este processo a realização da revisão de *scoping*, um estudo de investigação secundária, que me permitiu compreender as dimensões presentes na comunicação e gestão de más notícias com a PSP, seus cuidadores e familiares.

Considero que a existência de competências variadas e múltiplas no seio da equipa multidisciplinar e as suas experiências em diferentes contextos, tem relevância na qualidade de cuidados e na prestação destes de forma centrada na pessoa pela diversidade de conhecimentos de cada membro traz diariamente para o grupo. Neste sentido, considero que, quando um novo membro se integra na equipa, este contribuirá naturalmente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e desta forma, terei também contribuído, através do meu percurso, através das apresentações realizadas ou apenas com a minha presença enquanto estudante que observa e questiona, para esta melhoria. No entanto, era meu objetivo contribuir especificamente no âmbito da transmissão de más notícias, nomeadamente com a divulgação dos resultados da revisão de *scoping* aos enfermeiros da equipa do local de estágio através de uma apresentação da mesma. Devido a constrangimentos de tempo, tal apresentação no local de estágio não foi possível pelo que terei contribuído para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSP e família/ cuidadores no âmbito da comunicação de más notícias através da divulgação dos resultados por meio de poster. Tendo em conta o exposto, considero os objetivos propostos para ambos os contextos de estágio concluídos com sucesso e o processo de aquisição das competências comuns de EE e em específico em EMC-PSP alcançado de forma positiva.

A detenção de formação especializada na área onde se praticam os cuidados é fundamental tendo em conta o alto nível de especificidade e competência que se espera dos cuidados de saúde atualmente acrescentando valor ao cuidado prestado pela equipa. Um EE é reconhecido na prática de cuidados pelas suas intervenções, sendo uma mais-valia para o serviço onde trabalha e para a equipa onde se insere, assumindo um papel de destaque na coordenação e liderança da equipa e gestão dos cuidados. Por este motivo o EE deverá possuir um conhecimento aprofundado, ser capaz de fazer juízos clínicos e da tomada de decisão eficiente face aos processos complexos que se colocam na fase final da vida das pessoas com necessidades paliativas e dos seus cuidadores e familiares. Em todos os momentos o EE deverá guiar-se por uma prática profissional, ética e legal irrepreensível e que possibilite a melhoria da qualidade dos cuidados.

Neste documento são descritas as atividades realizadas em ambiente da prática de enfermagem com análise crítico-reflexiva e baseada em evidência científica proveniente de

pesquisa bibliográfica e relacionar as atividades realizadas durante este percurso com as competências de EE em EMC-PSP e de Mestre em Enfermagem adquiridas, por fim tive oportunidade de refletir sobre competências adquiridas e o seu impacto para a prática como futura EE pelo que os objetivos propostos para o presente relatório de estágio foram atingidos com sucesso.

Winston Churchill referiu, durante um célebre discurso em 1942, após uma vitória britânica na Segunda Guerra Mundial que "Agora, isto não é o fim. Nem sequer é o começo do fim. Mas é, talvez, o fim do começo." Estas palavras espelham o resultado deste percurso e as perspectivas de trabalho futuro ao mesmo tempo que fazem lembrar os momentos nos quais enfrentei um desafio ou passei por momentos difíceis que não devemos desistir, que devemos ver esses momentos como oportunidades para crescimento, aprendizagem e recomeço. Pessoalmente, o fim desta jornada marca o começo de outra, com uma mudança no local onde exerço atividade como enfermeira bem como no contexto, agora, a tempo inteiro na prestação de cuidados a pessoas com necessidades paliativas, colocando a uso as competências desenvolvidas e/ ou adquiridas neste curso. O processo de aprendizagem e autoconhecimento não se esgota com o término desta etapa uma vez que foram adquiridas competências que me permitirão uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. Tal, facilitará a manutenção do processo de crescimento pessoal, teórico e prático na busca de melhorar sempre a prática e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Concomitantemente, pretendo contribuir para a disseminação do conhecimento científico através da publicação da revisão de *scoping* que efetuei em revista científica durante os próximos meses. Por último, as ferramentas que adquiri a nível de investigação e produção de evidência científica continuarão atuais, com a candidatura ao Curso de Doutoramento que prevejo no futuro próximo e que marcará um novo começo, um novo caminho, um novo desafio.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, M., Manso, D., Martin-Roselló, M., Fernández-López, A., Sanz Amores, A., Gómez-García, R., Vidal-España, F., Ramos, C., & Capelas, M. (2020). Instrumento diagnóstico de complexidade em cuidados paliativos. In [https://fcse.lisboa.ucp.pt/Observatório Português Dos Cuidados Paliativos](https://fcse.lisboa.ucp.pt/Observatório%20Português%20Dos%20Cuidados%20Paliativos). <https://fcse.lisboa.ucp.pt/asset/5496/file>
- Afriyie, D. (2020). Effective communication between nurses and patients: An evolutionary concept analysis. *British Journal of Community Nursing*, 25(9), 438–445. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.9.438>
- Al-Johani, W. M., AlShamlan, N. A., AlGhamdi, M. F., AlAbdulkader, A. M., Aljohani, W. M., AlGhamdi, R. F., Alrefae, M., Alshehabi, M., AlOmar, R. S., & Abdel Wahab, M. M. (2022). Breaking Bad News of a Cancer Diagnosis: A Mixed-Methods Study of Patients' Perspectives. *Patient Preference and Adherence*, Volume 16, 3357–3369. <https://doi.org/10.2147/ppa.s394170>
- Alshammari, F., Sim, J., Lapkin, S., & Dyer, G. (2023). Registered Nurses' attitudes towards end-of-life care: A sequential explanatory mixed method study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19-20). <https://doi.org/10.1111/jocn.16787>
- Amaral, G., & Figueiredo, A. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (Nº5). <https://doi.org/10.12707/rv20036>
- Arber, A., & Gallagher, A. (2003). Breaking bad news revisited: the push for negotiated disclosure and changing practice implications. *International Journal of Palliative Nursing*, 9(4), 166–172. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2003.9.4.11497>
- Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., Lima, L., Pons-Izquierdo, J. J., Clark, D., Hasselaar, J., Ling, J., Mosoiu, D., & Centeno, C. (2019). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. <https://hdl.handle.net/10171/56787>
- Baile, W. F. (2000). SPIKES--A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (A. Albuquerque Queiroz & B. Lourenço, Trans.). Quarteto Editora.
- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News*. John Hopkins University Press.

- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal continental 2023-2024*. [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023\\_2024\\_signed.pdf#:~:text=Plano%20Estrat%C3%A9gico%20para%20o%20Desenvolvimento%20dos%20Cuidados%20Paliativos](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf#:~:text=Plano%20Estrat%C3%A9gico%20para%20o%20Desenvolvimento%20dos%20Cuidados%20Paliativos)
- Costa, A. M. C. C. (2019). Implementação do sistema de gestão da qualidade no meio hospitalar e o papel da auditoria interna: Caso do hospitalar da figueira da foz, E. P. E.. [Tese de Mestrado, Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/31437>
- Dahlin, C. M. (2016). Communication in palliative nursing. In E. Wittenberg, B. R. Ferrel, J. Goldsmith, T. Smith, S. L. Ragan, M. Glajchen, & G. Handzo (Eds.), *Textbook of Palliative Care Communication* (pp. 54–62). Oxford University Press.
- Davoudi, M., Yazdanparast, E., Arasteh, A., & Ghorbani, S. (2021). The effectiveness of communication skills training on nurses' skills and participation in the breaking bad news. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(4), 337. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_150\\_20](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_150_20)
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Lei de Bases do Sistema Educativo. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, Série I-A de 24/06/2006, 2242 – 2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 5613/2015 (2015) - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Ministério da Saúde. *Diário Da República*, II Série, n.º 10, 13550–13553. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho n.º 9390/2021 (2021) - Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Ministério da Saúde. *Diário Da República*, II Série n.º 187, 96–103. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2005). *Programa Nacional de cuidados paliativos*. <http://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Cuidados-Paliativos.pdf>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2012). *Norma n.º 029/2012 - Precauções básicas do controlo da infeção*. Wwww.dgs.pt. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>

- Direção Geral de Saúde (DGS). (2014). *Norma n.º 018/2014 - Prevenção e controlo de colonização e infeção por staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados*. Wwww.dgs.pt. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2017a). *Norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde - Portal das Normas Clínicas*. Normas.dgs.min-Saude.pt. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2017b). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Wwww.dgs.pt. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. (2010, January). *Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas*. N.º 15. Percursos. [https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Ezer, T., Lohman, D., & de Luca, G. B. (2018). Palliative Care and Human Rights: A Decade of Evolution in Standards. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2), S163–S169. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.027>
- Ferrito, C., Ruivo, M. A., & Alunos 7º CLE. (2010, January). Metodologia Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–27. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. [https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Fontes, C. M. B., Menezes, D. V. de Borgato, M. H., & Luiz, M. R. (2017). Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1089–1095. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>
- Francis, L., & Robertson, N. (2023). Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: A critical interpretative meta synthesis. *Patient Education and Counseling*, 107. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.107574>
- Fuoto, A., & Turner, K. M. (2019). Palliative Care Nursing Communication. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(2), 124–130. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000493>
- Glajchen, M., Goehring, A., Johns, H., & Portenoy, R. K. (2022). Family Meetings in Palliative Care: Benefits and Barriers. *Current Treatment Options in Oncology*, 23(5), 658–667. <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00957-1>

- Gonella, S., Basso, I., Clari, M., Dimonte, V., & Di Giulio, P. (2020). A qualitative Study of Nurses' Perspective About the Impact of end-of-life Communication on the Goal of End-Of-Life Care in Nursing Home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2). <https://doi.org/10.1111/scs.12862>
- Gonella, S., Conti, A., Albanesi, B., Antal, A., Dimonte, V., & Di Giulio, P. (2022). Lived experiences of end-of-life communication among nursing home staff: An interpretive phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(2), 698–710. <https://doi.org/10.1111/jan.15489>
- Instituto Nacional Estatística (INE). (2021). Causas de morte 2019, dados provisórios. In [www.ine.pt](http://www.ine.pt) (pp. 0–10). INE. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=458514604&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=458514604&DESTAQUESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022). *Índice de envelhecimento*. [Www.ine.pt](http://www.ine.pt). [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_tema&xpid=INE&tema\\_cod=1115&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1115&xlang=pt)
- Kerr, D., Milnes, S., Ammentorp, J., McKie, C., Dunning, T., Ostaszkievicz, J., Wolderslund, M., & Martin, P. (2019). Challenges for nurses when communicating with people who have life-limiting illness and their families: A focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 416–428. <https://doi.org/10.1111/jocn.15099>
- Kimura, Y., Hosoya, M., Toju, K., Shimizu, C., & Morita, T. (2020). Barriers to end-of-life discussion with advanced cancer patient as perceived by oncologists, certified/specialized nurses in cancer nursing and medical social workers. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 50(12), 1426–1433. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyaa146>
- Kmetec, S., Fekonja, Z., Kolarič, J. Č., Reljić, N. M., McCormack, B., Sigurðardóttir, Á. K., & Lorber, M. (2021). Components for providing person-centred palliative healthcare: An umbrella review. *International Journal of Nursing Studies*, 125(104111). <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104111>
- Knight, R. (2024, April 9). *6 Common leadership styles — and how to decide which to use when*. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2024/04/6-common-leadership-styles-and-how-to-decide-which-to-use-when>
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based Study of patient-centered Care and Communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the Way Forward. *BMC Nursing*, 20(158), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>

- Lei n.º 52/2012 (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Assembleia da República. *Diário da República*, Série I (N.º 172 de 05/09/2012), 5119-5124. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 15/2014 (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, Série I (N.º 57/2014 de 21/03/2014), 2127 – 2131. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – Código Deontológico dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série I (N.º 181/2015 de 16/09/2015), 8059 – 8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 95/2019 (2019). Lei de Bases da Saúde. Assembleia da República, *Diário da República*, Série I (N.º 169 de 04/09/2019), 55-66. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 2/2020 (2020). Orçamento do Estado para 2020. Assembleia da República, *Diário da República*, Série I (N.º 64 de 31/03/2020), 2 – 336. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/2-2020-130893436>
- Lopes, S., Sousa, A. B., Delalibera, M., Namukwaya, E., Cohen, J., & Gomes, B. (2024). The rise of home death in the COVID-19 pandemic: A population-based study of death certificate data for adults from 32 countries, 2012–2021. *EClinicalMedicine*, 68(102399), 102399–102399. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102399>
- Lukewich, J. A., Tranmer, J. E., Kirkland, M. C., & Walsh, A. J. (2019). Exploring the utility of the Nursing Role Effectiveness Model in evaluating nursing contributions in primary health care: A scoping review. *Nursing Open*, 6(3), 685–697. <https://doi.org/10.1002/nop2.281>
- Marques, P. (2022). *Registos Clínicos - Manual de boas práticas*. USF Cartaxo Terra Viva. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30032/3140672/COMO%20FAZEMOS/Manual%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20-%20Anexo%20VII%20-%20Registos%20Cl%C3%ADnicos.pdf>
- Martins Pereira, S., Hernández-Marrero, P., Pasman, H. R., Capelas, M. L., Larkin, P., & Francke, A. L. (2020). Nursing education on palliative care across Europe: Results and recommendations from the EAPC Taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on an online-survey and country reports. *Palliative Medicine*, 35(1), 130–141. <https://doi.org/10.1177/0269216320956817>
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred Nursing*. John Wiley & Sons.

- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (2nd ed.). Wiley Blackwell.
- Mehnert, A., & Koranyi, S. (2022). Kommunikation mit schwerstkranken Patienten – mehr als nur Breaking Bad News. *Therapeutische Umschau*, 79(1), 29–35. <https://doi.org/10.1024/0040-5930/a001325>
- Mororó, D. D. de S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. de C., Silva, C. M. B. da, & Menezes, R. M. P. de. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Neto, I. G. (2016). Cuidados paliativos: princípios e conceitos fundamentais. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp.1-22). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Nunes, L. (2018). O processo de morte: diretivas antecipadas de vontade e outras questões do fim da vida. In M. C. P. Neves & J. Soares (Eds.), *Ética Aplicada – Saúde* (pp. 355–377). Edições 70.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde - Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. In *WHO.int*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf?sequence=7>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. (Issue 2). [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2017). *Padrões de qualidade especializados 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*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019). *Proposta de regulamento norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10949/prop\\_reg\\_norma-dotacoes-seguras-cuidados-enfermagem\\_at%C3%A9-17032019-002.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10949/prop_reg_norma-dotacoes-seguras-cuidados-enfermagem_at%C3%A9-17032019-002.pdf)
- Pettus, K. I., & de Lima, L. (2020). Palliative Care Advocacy: Why Does It Matter? *Journal of Palliative Medicine*, 23(8), 1009–1012. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0696>

- Potra, T. M. F. S. (2015). *Gestão dos cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem* [Doutoramento Em Enfermagem]. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644\\_td\\_Teresa\\_Potra.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644_td_Teresa_Potra.pdf)
- Pringle, J., Johnston, B., & Buchanan, D. (2015). Dignity and patient-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting: A systematic review. *Palliative Medicine*, 29(8), 675–694. <https://doi.org/10.1177/0269216315575681>
- Ptacek, J. T., Ptacek, J. J., & Ellison, N. M. (2001). "I'm Sorry to tell you..." Physicians' reports of breaking bad news. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(2), 205–217. <https://doi.org/10.1023/a:1010766732373>
- Quentin, W., Partanen, V.-M., Brownwood, I., & Klazinga, N. (2019). Measuring healthcare quality. In [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov). European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549260/>
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2016). Comunicação. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição, pp. 815-831). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (N.º 26/2019 de 02/06/2019), 4744 – 4750. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (N.º 135/2018 de 16/07/2018), 19359 – 19370. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Restivo, V., Minutolo, G., Battaglini, A., Carli, A., Capraro, M., Gaeta, M., Odone, A., Trucchi, C., Favaretti, C., Vitale, F., & Casuccio, A. (2022). Leadership effectiveness in healthcare settings: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional and before–after studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 1–13. NCBI. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710995>
- Rylander, A., Fredriksson, S., Stenwall, E., & Gustafsson, L.-K. (2018). Significant aspects of nursing within the process of end-of-life communication in an oncological context. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(2), 85–91. <https://doi.org/10.1177/2057158518802564>
- Sánchez, A. R., Beltrán, M. J. M., Marín, J. M. A., Torre-Montero, J. C. de la, Gil, B. B., García, M. del C. M., & Ribeiro, A. S. F. (2023). The Communication of Bad News in Palliative

- Care: The View of Professionals in Spain. *Am J Hosp Palliat Care*.  
<https://doi.org/10.1177/10499091231163323>
- Sandsdalen, T., Hov, R., Høye, S., Rystedt, I., & Wilde-Larsson, B. (2015). Patients' preferences in palliative care: A systematic mixed studies review. *Palliative Medicine*, 29(5), 399–419. <https://doi.org/10.1177/0269216314557882>
- Santos, T. B. S., Moreira, A. L. A., Suzart, N. A., & Pinto, I. C. de M. (2020). Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3597–3609. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.33962018>
- Sarkhel, S., & Kumar, V. (2023). Clinical practice guidelines on breaking bad news. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(2), 238. [https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_498\\_22](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_498_22)
- Seow, H., Barbera, L. C., McGrail, K., Burge, F., Guthrie, D. M., Lawson, B., Chan, K. K. W., Peacock, S. J., & Sutradhar, R. (2022). Effect of Early Palliative Care on End-of-Life Health Care Costs: A Population-Based, Propensity Score–Matched Cohort Study. *JCO Oncology Practice*, 18(1), e183–e192. <https://doi.org/10.1200/op.21.00299>
- Sereno, S., Matias, D., Trindade, I., Ressurreição, J., Araújo, R., Fernandes, S., Afonso, T., & Capelas, M. (2022). *Palliative Performance Scale (PPSv2) PPS PT – Versão Portuguesa/Portugal (Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos)*. Observatório Português dos Cuidados Paliativos. <https://fcse.lisboa.ucp.pt/asset/9471/file>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2024). *Entidades de Saúde*. Sns.gov.pt. <https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/>
- Smith, T. (2023, July 27). *Why defining dignity is so important to caring for dying patients*. American Medical Association. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/population-care/why-defining-dignity-so-important-caring-dying-patients>
- Sobczak, K. (2022). The “CONNECT” Protocol: Delivering bad news by phone or video call. *International Journal of General Medicine*, Volume 15, 3567–3572. <https://doi.org/10.2147/ijgm.s358723>
- Tang, Y. (2018). Death attitudes and truth disclosure: a survey of family caregivers of elders with terminal cancer in China. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 1968–1975. <https://doi.org/10.1177/0969733018809805>
- Toh, S. W., Hollen, V. T., Ang, E., Lee, Y. M., & Devi, M. K. (2020). Nurses' communication difficulties when providing end-of-life care in the oncology setting: A cross-sectional

- study. *Supportive Care in Cancer*, 29, 2787–2794. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05787-1>
- Urquhart, C., Currell, R., Grant, M. J., & Hardiker, N. R. (2018). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002099.pub3>
- Varkey, B. (2021). Principles of clinical ethics and their application to practice. *Medical Principles and Practice*, 30(1), 17–28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
- Virdun, C., Lockett, T., Lorenz, K., Davidson, P., & Phillips, J. (2022). Preferences of patients with palliative care needs and their families for engagement with service improvement work within the hospital setting: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 36(7), 1129–1139. <https://doi.org/10.1177/02692163221100108>
- Wahyuni, S., Gautama, M. S. N., & Simamora, T. Y. (2023). A Literature Review of Nurses Challenges and Barriers in Assisting Patients and Families Facing Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*, 29(3), 243–249. [https://doi.org/10.25259/IJPC\\_128\\_2023](https://doi.org/10.25259/IJPC_128_2023)
- Welsch, K., & Gottschling, S. (2021). Wishes and needs at the end of life: communication strategies, counseling, and administrative aspects. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 118(17). <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0141>
- Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J. V., Ferrell, B. R., Ragan, S. L., & Oxford University Press. (2017). *Communication in palliative nursing*. Oxford University Press, Druk.
- Wittenberg, E., Goldsmith, J. V., Ragan, S. L., & Parnell, T. A. (2020). *COMMUNICATION IN PALLIATIVE NURSING: the comfort model*. (2nd ed.). Oxford Univ Press Us.
- World Health Organisation (WHO). (2020, August 5). *Palliative Care*. World Health Organization; World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization. (2020). *Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition Global Atlas of Palliative Care at the End-of-Life Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition*. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca\\_global\\_atlas\\_p5\\_digital\\_final.pdf?sfvrsn=1b54423a\\_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)
- World Health Organization. (2023, June 1). *Palliative care*. Wwww.who.int. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care#:~:text=According%20to%20a%20WHO%20survey%20relating%20to%20noncommunicable>