



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

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

Andresa Fátima Sousa Ferreira

**ESTRATÉGIAS DE *COPING*
DOS ENFERMEIROS
PERANTE A MORTE EM
CUIDADOS PALIATIVOS**

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

ESTRATÉGIAS DE *COPING* DOS ENFERMEIROS PERANTE A MORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Relatório Final de Estágio

Andresa Fátima Sousa Ferreira

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, sob orientação do Professor Mestre Luís Miguel Sousa.

Oliveira de Azeméis | 2024

*“O ser humano não tem poder sobre nada enquanto tem medo da morte.
E quem não tem medo, possui tudo.” – Lev Tolstoi*

AGRADECIMENTOS

Estarei eternamente grata a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste Relatório de Estágio.

À Professora Doutora Sónia Novais, pelas suas sugestões e pelo estímulo constante do pensamento crítico.

Ao Professor Mestre Enfermeiro Luís Miguel Sousa, pela sua orientação e disponibilidade.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa Vera Carvalho e Patrícia Pinho, pelas oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram e por compartilharem comigo a sua sabedoria e ensinamentos.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados Paliativos, por me terem recebido tão bem.

A todos os doentes, pela oportunidade de me deixarem tentar fazer a diferença nas suas vidas.

Ao Alexandre, pelo apoio incondicional e pela tranquilidade que me transmite na vida.

À Joana, que passou de ser colega para ser uma amiga para a vida, pela constante colaboração e amparo nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos, pelo incentivo e palavras de carinho.

À minha família, principalmente à minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão, que todos os dias me motivam para ser sempre mais e melhor.

A todos, muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AECP – Associação Europeia de Cuidados Paliativos

APA – *American Psychological Association*

art. – artigos

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

DIB – *Disposable Infusion Balloon*

DGS – Direção-Geral da Saúde

EBSCO – *Elton B. Stephens Company*

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

Ed. – Edição

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf.^a – Enfermeira

enf. – enfermeiros

ESAS – *Edmont Symptom Assessment Scale*

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

et al. – e outros

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

JBÍ – *Joanna Briggs Institute*

LBCP – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos

MeSH – *Medical Subject Headings*

n.º – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCC – População, Conceito, Contexto

PEDCP – Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PIIC – Plano Individualizado e Integrado de Cuidados

PMCQS – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade em Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PRISMA-ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses for Scoping Review*

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SciELO – *Scientific Electronic Library Online*

SICP – Serviço Integrado de Cuidados Paliativos

Sr. – Senhor

Sr.^a – Senhora

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULS – Unidades Locais de Saúde

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, realizado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

O estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Paliativos, inserida num hospital do centro do país, no período entre 20 de setembro de 2023 e 16 de abril de 2024, tendo como objetivo geral o desenvolvimento de competências como mestre e enfermeira especialista no cuidar da pessoa em situação paliativa e da sua família.

Neste relatório, pretende-se descrever o percurso efetuado e experiências vivenciadas no cuidado à pessoa em situação paliativa, através de uma metodologia crítica, reflexiva e descritiva.

A primeira parte do documento relata a componente de estágio através de uma breve apresentação do local e da especificação das competências desenvolvidas, no que diz respeito às competências comuns e às competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem à pessoa em situação paliativa.

Na segunda parte, explana-se a componente de investigação, intitulada “Estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em Cuidados Paliativos: *Scoping Review*”.

A morte do doente afeta os enfermeiros a vários níveis, nomeadamente, emocional, físico e profissional. Decorrente da institucionalização da morte, o enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo passa no cuidado à pessoa em situação paliativa, estando, por isso, mais suscetível a presenciar a morte da mesma, o que lhe pode causar sentimentos de tristeza, angústia e impotência. Tendo em consideração que a utilização de estratégias de *coping* visa atenuar esta situação, surge a questão de investigação: “Quais as estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em Cuidados Paliativos?”, sendo que o objetivo da *Scoping Review* é mapear a evidência científica existente sobre as estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em Cuidados Paliativos. Os resultados baseiam-se na Teoria de Folkman e Lazarus, pelo que estão divididos em estratégias focadas na emoção e estratégias focadas no problema.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Enfermagem; Enfermeiro Especialista; *Coping*

ABSTRACT

This internship report is presented as part of within the scope of the curricular unit Professional Internship with Final Report, carried out in the 1st Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Palliative Care Nursing, at Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

The internship took place in a Palliative Care Unit, located in a hospital in the center of the country, between the 20th of September 2023 and the 16th April 2024. It aimed to develop skills as a master and specialist nurse caring for people in palliative care and their families.

This report intends to describe the journey undertaken and experiences encountered while caring for people in palliative situations, through a critical, reflective and descriptive methodology.

The first part of the document describes on the internship component through a brief presentation of the location and the specification of the skills developed, with regard to both common skills and the specific skills of the Specialist Nurse in nursing for people in palliative situations.

In the second part, the research component is explained, entitled “Coping strategies of nurses dealing with death in Palliative Care: Scoping Review”.

The death of a patient affects nurses on several levels, namely emotional, physical and professional. Due to the institutionalization of death, nurses are the healthcare professionals who spend the most time caring for people in palliative care, therefore they are more susceptible to witnessing patients' deaths, which can evoke feelings of sadness, anguish and impotence. Considering that the use of coping strategies aims to mitigate this situation, the following research question arises: “What are nurses' coping strategies when faced with death in Palliative Care?”, and the objective of the Scoping Review is to map the existing scientific evidence about nurses' coping strategies when faced with death in palliative care. The results are based on the Folkman and Lazarus Theory; hence they are divided into emotion-focused strategies and problem-focused strategies.

Keywords: Palliative Care; Nursing; Specialist Nurse; Coping

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Critérios de inclusão e exclusão	80
Tabela 2: Termos indexados encontrados na pesquisa inicial	81
Tabela 3: Estratégia de pesquisa nas diferentes bases de dados	82
Tabela 4: Estratégia de pesquisa nos RCAAP	83
Tabela 5: Instrumento de extração de dados	84
Tabela 6: Estudos incluídos na <i>Scoping Review</i>	90

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Calendarização da <i>Scoping Review</i>	80
Figura 2: Fluxograma PRISMA-ScR	85
Figura 3: Distribuição dos artigos incluídos na <i>Scoping Review</i> por ano de publicação.....	91
Figura 4: Distribuição dos artigos incluídos na <i>Scoping Review</i> por país.....	91
Figura 5: Distribuição dos artigos incluídos na <i>Scoping Review</i> por serviço de internamento	92

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento dos contextos de estágio	25
1.1. Estágio em contexto de unidade de cuidados paliativos.....	25
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	29
2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	30
2.2. Melhoria contínua da qualidade.....	33
2.3. Gestão dos cuidados	36
2.4. Desenvolvimento de aprendizagens profissionais.....	39
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação paliativa	43
3.1. Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida	43
3.2. Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto	51
4. Considerações finais	61
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	63
1. Resumo	65
2. Abstract.....	67
3. Fundamentação/enquadramento teórico	69
3.1. O enfermeiro perante a morte	69
3.2. <i>Coping</i>	73
4. Finalidade e objetivos	77

5. Metodologia.....	79
5.1. Desenho do estudo	79
5.2. Considerações éticas	84
6. Resultados.....	85
6.1. Estratégias de <i>coping</i> focadas na emoção	92
6.2. Estratégias de <i>coping</i> focadas no problema	96
7. Discussão.....	99
8. Conclusão	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	121
ANEXO I: CERTIFICADOS DE PRESENÇA.....	123
APÊNDICES	129
APÊNDICE I: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE EM SAÚDE.....	131
APÊNDICE II: FORMAÇÃO EM SERVIÇO	151
APÊNDICE III: PANFLETO INFORMATIVO	167
APÊNDICE IV: PEDIDO DE DISPONIBILIZAÇÃO DE DOCUMENTOS	171

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) são cuidados de saúde ativos que visam diminuir o sofrimento das pessoas com doenças graves, incuráveis e progressivas, através de uma abordagem holística do mesmo nas suas múltiplas vertentes, efetuada por uma equipa multidisciplinar. Este tipo de cuidados inclui não só o tratamento de sintomas físicos, mas também se estende ao cuidado psicossocial, ao apoio à família e ao luto. Neste seguimento, os CP são assentes em quatro pilares fundamentais: o controlo sintomático, o trabalho em equipa, a comunicação eficaz e o apoio à família (Neto, 2021).

Os CP são alvo de debate na prática clínica, especialmente no que concerne à sua abrangência e quando e como podem ajudar as pessoas e as suas famílias. Este tipo de cuidados continua a ser discriminado, sendo limitado, muitas vezes, aos cuidados de fim de vida, embora a literatura refira que devam ser integrados como cuidados básicos (Tavares et al., 2022), prestados idealmente logo após o diagnóstico, e adaptados às crescentes necessidades dos doentes e suas famílias, à medida que a doença progride (Gomes et al., 2017)

Tendo em conta a tríade de cuidados, constituída pelo doente, familiar/cuidador e enfermeiro, escolheu-se dar especial enfoque ao profissional, visto que também este deve ser alvo de cuidados. Com a passagem da morte do doente de sua casa para o hospital, o enfermeiro é o profissional de saúde que acompanha mais de perto a condição e o percurso do mesmo até à finitude da vida e, por isso, pode presenciar o seu óbito com mais frequência.

De acordo com Cardoso et al. (2021), cada vez mais, são exigidos cuidados de enfermagem dirigidos à singularidade do momento vivenciado pelas pessoas em fim de vida, como sendo um processo que deve ser vivido com dignidade, com qualidade e com plena satisfação das necessidades, evitando, ao mesmo tempo, sentimentos de desconforto, de ansiedade e/ou de fuga dos enfermeiros perante a morte.

Lidar com a finitude é um processo complexo e, quando o enfermeiro se depara com a iminência do óbito, a carga emocional envolvida é tão intensa, que existe a necessidade de adequar os seus comportamentos, a fim de possibilitar a continuidade da assistência (Perboni et al., 2018). Surge, desta forma, o *coping*, que, segundo o ICN (2019) é uma “atitude: gerir o *stress* e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico”. Tal facto justifica a pertinência do tema, procurando-se, assim, contribuir para a promoção da saúde emocional e psicológica do enfermeiro.

O presente relatório final de estágio surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, inserida no 2º ano, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), com vista à obtenção do grau de Mestre e do título de Especialista. Tem como finalidade a realização de uma análise de cariz crítica, reflexiva e descritiva acerca dos conhecimentos e competências adquiridos ao longo da aprendizagem teórica e utilizados na prática clínica, com recurso à evidência científica mais atualizada para a sua fundamentação.

O referido estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), de um hospital do centro do país, no período entre 20 de setembro de 2023 e 16 de abril de 2024, e teve como objetivo geral a aquisição e desenvolvimento de competências como mestre e enfermeira especialista no cuidar da pessoa em situação paliativa e da sua família.

Este documento está dividido em duas partes. Na primeira parte, desenvolve-se a componente de estágio, onde, inicialmente, é realizado um enquadramento do contexto de estágio e, posteriormente, se relata o percurso efetuado e as vivências experienciadas ao longo do mesmo e se explanam as competências adquiridas e desenvolvidas, tanto a nível das competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, como as competências específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em enfermagem à pessoa em situação paliativa, presentes no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. No final desta parte, tecem-se as considerações finais, tendo por base a conceção de uma enfermagem avançada.

Além da componente de estágio, este relatório final também contempla, na segunda parte, uma componente de investigação, na qual se apresenta o estudo denominado: “Estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em Cuidados Paliativos – *Scoping Review*”.

No desenvolvimento da componente de investigação, é descrito todo o processo realizado para a execução da *Scoping Review*. Numa primeira fase, o enquadramento teórico e, depois, a descrição da metodologia do trabalho, através da caracterização do estudo e elucidação das estratégias de pesquisa, seleção da evidência e extração de dados. Segue-se a apresentação de resultados e a discussão dos mesmos, terminando com a conclusão. Por último, apresentam-se as considerações finais, onde se realiza uma síntese dos aspetos mais importantes, os objetivos e finalidades atingidas e quais os contributos e implicações para a prática de Enfermagem.

O relatório segue as normas para elaboração e apresentação de relatório de estágio, disponibilizado pela ESSNorteCVP. As referências bibliográficas seguem a 7ª edição da norma *American Psychological Association* (APA).

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

O estágio em contexto de UCP integrou o programa da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, com um total de 810 horas.

O objetivo deste capítulo é descrever o contexto de estágio e demonstrar como este permitiu desenvolver as competências na vertente comum e enquanto enfermeira especialista em enfermagem à pessoa em situação paliativa.

1.1. Estágio em contexto de unidade de cuidados paliativos

A responsabilidade do Estado relativamente aos CP está estabelecida, em Portugal, desde 2012, pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP) (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro). Esta lei consagra o direito, regula o acesso dos cidadãos aos CP e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde, que se define como uma rede funcional, baseada num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de CP, colaborando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários.

Num contexto recente, a Proposta de Modelo Organizacional dos CP nas Unidades Locais de Saúde (ULS) foi criada com o objetivo de colmatar as dificuldades à implementação da RNCP. Nesta proposta, sugere-se a criação do Serviço Integrado de Cuidados Paliativos (SICP), como modelo organizacional dos CP a implementar nas ULS, com o objetivo de reduzir os custos em recursos humanos e promover uma maior facilidade na interação entre as diversas valências do apoio especializado em CP, nomeadamente, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) (de adultos e pediátrica) e UCP de maior complexidade, com o intuito de diminuir o recurso às urgências e hospitalizações desnecessárias (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

De forma concreta, uma UCP é um serviço específico de tratamento em regime de internamento para doentes que necessitam de CP diferenciados, inter e multidisciplinares, em situação clínica aguda complexa e deve estar integrada num hospital ou noutra unidade de saúde do setor público, social ou privado. As UCP podem diferenciar-se em função de patologias específicas, como, por exemplo, doenças oncológicas ou neurológicas rapidamente progressivas e na área pediátrica. Além disso, podem diferenciar-se no que se

refere ao desenvolvimento de atividades de ensino e de investigação. Uma UCP deve assegurar cuidados médicos e de enfermagem contínuos, com prescrição e administração de fármacos; intervenção psicológica para doentes, familiares/cuidadores e profissionais; intervenção e apoio no luto, espiritual e social; higiene, conforto e alimentação; convívio e lazer e formação em CP (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro).

A UCP onde decorreu o estágio, entre 20 de setembro de 2023 e 16 de abril de 2024, está inserida num centro hospitalar da zona centro do país. Em funções desde 2017, num serviço renovado, é uma equipa inter e multidisciplinar que integra uma médica responsável pela organização e coordenação, uma enfermeira chefe, quatro médicos, catorze enfermeiros, um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, sete assistentes operacionais, uma nutricionista, uma assistente social, um psicólogo clínico, duas administrativas e um assistente espiritual.

A missão desta equipa é prestar cuidados de saúde rigorosos e humanizados a doentes em fase avançada de doença incurável, em regime de internamento, para os quais o prognóstico de vida é limitado. A ênfase dos cuidados centra-se na promoção do bem-estar e da qualidade de vida, através da prevenção e do controlo de sintomas, e na resposta às necessidades físicas, psicossociais e espirituais do doente e da família/cuidadores, desde o diagnóstico até ao luto.

A admissão na RNCP é efetuada com base em critérios clínicos, mediante decisão das unidades ou equipas de CP, e tem em consideração critérios de complexidade, gravidade e prioridade clínica. A exaustão dos cuidadores informais também pode constituir critério para internamento (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro). Na UCP onde foi realizado o estágio, a referenciação dos doentes pode ser feita por outros serviços do hospital ou através da consulta externa e as admissões são geridas mediante a disponibilidade de vagas do internamento.

Estruturalmente, a UCP conta com sete enfermarias individuais e quatro enfermarias duplas, tendo a lotação de um total de quinze camas, o que está em conformidade com o descrito pelo Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP), que preconiza entre as oito e as vinte camas por unidade (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2023). As camas encontram-se em unidades funcionais, as quais dispõem de equipamentos que permitem a monitorização de sinais vitais, a aspiração de secreções e de rampas com saída de gases medicinais.

Consoante o Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, na constituição de cada turno devem constar, pelo menos, 50% de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, em permanência nas 24 horas, todos os dias da semana, o que se verifica, na medida em que 11 dos 14 enfermeiros (ou seja, 78,6%) têm esta especialidade.

Da mesma forma, o regulamento supracitado recomenda a integração de enfermeiros especialistas na área de Enfermagem de Reabilitação, assegurando a prestação diária de cuidados especializados neste âmbito. Na UCP, os cuidados de reabilitação são prestados durante os turnos da manhã e da tarde, nos dias úteis. A intervenção do enfermeiro de reabilitação visa assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos doentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que melhorem as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio).

Para isso, utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos doentes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes, assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio), o que está em concordância com as bases fundamentais dos CP.

De acordo com o PEDCP, a dotação mínima exigida de enfermeiros numa UCP é de 1,3/cama, sendo que o número mínimo de enfermeiros na UCP teria de ser 19, o que não se verifica. Esta situação pode aumentar a insatisfação pessoal, o risco de exaustão física e psicológica dos enfermeiros, bem como diminuir a qualidade e a segurança dos cuidados ao doente (CNCP, 2023).

Por fim, a realização de um estágio numa UCP proporciona oportunidades únicas para o desenvolvimento de competências comuns e competências especializadas ao doente em situação paliativa. No próximo capítulo, essas competências serão descritas pormenorizadamente.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

O desenvolvimento das aprendizagens e a aquisição de competências necessárias à prestação de cuidados de EMC fundamenta-se no quadro legal do exercício profissional, descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

O EE é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem, a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, nas áreas de especialidade em Enfermagem reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), sendo que o título de EE é atribuído após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

Neste seguimento, de acordo com a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (AECp), competência descreve-se como um conjunto de conhecimentos relacionados, habilidades e atitudes, que se correlacionam com o desempenho no trabalho, na medida em que implicam executar um papel ou uma responsabilidade importante, podendo ser medido perante padrões bem aceites e melhorado através de formação e desenvolvimento (Encarnação et al., 2013).

As competências comuns traduzem-se naquelas que são

partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p.4745).

Os EEEMc partilham um conjunto de competências, que são extensíveis a todos os contextos e que são organizadas por domínios, nomeadamente, a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, os quais serão explorados a seguir.

2.1. *Responsabilidade profissional, ética e legal*

Durante a sua atuação profissional, o enfermeiro deve ter um comportamento eticamente responsável e aceitável, respeitando os interesses e os direitos do cidadão, protegidos pela lei (OE, 2015).

O respeito pela pessoa em situação de fim de vida é de suma importância. O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) dedica um artigo específico, o artigo n.º 108, em relação aos deveres do enfermeiro, no que toca à prestação de cuidados nesta fase da vida. Assim, o enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas de fim de vida, deve atuar como um defensor da livre escolha do mesmo, no que concerne ao seu local desejado de morte e às pessoas presentes no momento da finitude, bem como honrar as manifestações de perda expressas pelo doente e/ou pelos seus familiares e manter o respeito pelo corpo, mesmo após o óbito (OE, 2015).

Em CP, os enfermeiros são diariamente confrontados com questões de caráter ético e deontológico cada vez mais complexas e são sujeitos a processos vitais e humanos carregados de paradoxos, limites e dúvidas. A forma como estes profissionais gerem as implicações éticas da sua intervenção em CP é um importante elemento que configura numa prática reflexiva, essencial neste tipo de cuidados. Neste contexto, as situações mais sensíveis à ética são: o respeito pela autonomia e pela autodeterminação, dilemas relacionados com o sigilo profissional, as questões dos limites do sofrimento e da morte medicamente assistida, das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), da obstinação terapêutica, da alimentação e hidratação artificiais, entre outros (Ribeirinho & Carvalho, 2021).

As mesmas autoras descrevem cinco princípios da assistência paliativa: (1) veracidade, a qual potencializa a participação dos doentes e familiares na tomada de decisão; (2) prevenção, procurando a adoção de condutas clínicas que evitem complicações e respeitem o tratamento proporcional e adequado; (3) não abandono, que se refere à postura ética diante dos desafios profissionais no cuidado do doente terminal; (4) duplo efeito, que preza a conduta ética e legal ao decidir por ações que causam, simultaneamente, bons e maus efeitos; (5) proporcionalidade terapêutica, a qual tem em consideração o equilíbrio das intervenções quanto aos meios utilizados e os resultados esperados.

Durante o estágio, um aspeto tido em consideração foi a confidencialidade das informações de cada doente, na medida em que, no serviço, existe uma caixa onde são colocados todos os papéis que contenham informações clínicas e/ou pessoais dos doentes, nomeadamente,

as passagens de turno escritas e tabelas terapêuticas, para que sejam destruídos e não sejam colocados no contentor de papel comum.

Quanto à privacidade, a UCP tem vários espaços que podem ser utilizados para a realização de conversas privadas, para a realização de conferências familiares ou para a comunicação de más notícias. Do mesmo modo, o facto de serem quartos individuais permite que a privacidade do doente e da sua família seja sempre garantida. No caso das enfermarias de duas camas, garante-se a privacidade recorrendo à utilização de cortinas que separam as duas unidades.

Os CP pressupõem uma verdadeira aliança terapêutica entre a equipa de saúde e o doente. Ao profissional é exigido um profundo respeito mútuo, rigor e honestidade, bem como escutar, discutir e explicar as opções de tratamento, acordar objetivos e aceitar a recusa de tratamentos (Neto, 2020).

Atualmente, preconiza-se uma tomada de decisão partilhada entre os profissionais de saúde, com contribuições de conhecimentos técnicos e científicos, e o doente, com a expressão das suas vontades e desejos. Esta decisão deve ser livre, informada e esclarecida (Neto, 2021). Neste contexto, o consentimento informado é outro princípio ético que deve ser sempre tido em consideração durante a prática dos cuidados de enfermagem. Ao explicar os benefícios, riscos ou alternativas disponíveis sobre o procedimento, o enfermeiro garante que o doente possa tomar decisões informadas sobre a situação, promovendo a sua autonomia e dignidade.

O respeito pela autonomia do doente também é uma questão ética essencial. Nesse sentido, as DAV são um instrumento que pode fornecer algum sentimento de controlo ao doente sobre a sua condição. Quando a situação de saúde se agrava, muitas pessoas já não têm a capacidade de se expressar e de tomar decisões, por isso, é importante perceber se existe algum tipo de instruções anteriores, para tentar garantir que os cuidados prestados ao doente vão ao encontro dos seus objetivos, expectativas, preferências e valores, no que concerne a tratamentos e cuidados, de forma a respeitar a sua individualidade (Ribeirinho & Carvalho, 2021).

Segundo a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, as DAV, designadamente sob a forma de testamento vital são um

documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz manifesta antecipadamente a sua vontade

consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber ou não deseja receber no caso de, por qualquer razão, se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente, ou seja, numa situação de quase morte ou de incapacidade física ou mental (p.2).

De acordo com a mesma lei, as DAV não devem ser cumpridas quando: (1) a pessoa não as pretende manter; (2) se perceba desatualização em relação ao progresso dos meios terapêuticos; (3) não corresponda ao que foi documentado.

Para uma maior segurança e tranquilidade na fase final de vida, a pessoa pode ainda nomear alguém da sua confiança para ser seu procurador de cuidados de saúde. A essa pessoa são atribuídos poderes representativos, de forma voluntária e gratuita, para que ela os exerça no caso de já não ser possível o doente expressar a sua vontade, tendo idêntico valor à decisão tomada pelo próprio (Lei n.º 25/2012, de 16 de julho).

Durante o contexto de estágio, foi possível perceber a influência que as DAV têm sobre um fim de vida mais digno para os doentes. Neste âmbito, um doente em fase terminal tinha descrito nas suas DAV que não queria que lhe fossem colocados quaisquer tipos de sistemas para alimentação e hidratação artificiais, se o mesmo viesse a ter via oral instável ou perdesse mesmo a capacidade para se alimentar/hidratar. O desejo do doente foi cumprido.

O artigo n.º 110, do REPE, refere que o enfermeiro, quando presta cuidados, deve dar atenção à pessoa como uma totalidade única e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da mesma (OE, 2015).

Os CP realçam a necessidade de assegurar que os doentes em fim de vida não sejam incorretamente tratados e enfatizam a prática de cuidados humanizados, verdadeiramente centrados nas pessoas. Proença et al. (2021) destacam que esta humanização remete para a preservação da dignidade e do respeito pelos valores humanos, no contexto mais básico, como é o da prestação de cuidados de saúde.

Para isso, é exigida uma equipa de profissionais com preparação técnico-científica rigorosa em diferentes âmbitos (Neto, 2020), nomeadamente o enfermeiro que deve exercer cuidados seguros, norteados pela Prática Baseada na Evidência (PBE). A PBE caracteriza-se como “uma abordagem de resolução de problemas na prática clínica, que integra um uso consciencioso da melhor evidência disponível combinada com experiência clínica, preferências e valores da pessoa” (Sousa et al., 2018, p.32). A PBE aplicada à prestação de

cuidados tem sido sobejamente reconhecida pela comunidade científica e recomenda que a prática de cuidados deve ser baseada em evidência de elevada qualidade e o mais atualizada possível, tendo em vista a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde (Sousa et al., 2018).

2.2. *Melhoria contínua da qualidade*

O conceito de qualidade em saúde é definido como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupondo a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do mesmo (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio), sendo o enfermeiro um elemento essencial no que concerne à qualidade e eficácia da prestação desses mesmos cuidados (OE, 2015).

Para Capelas et al. (2018), a qualidade dos cuidados relaciona-se com o “grau com que os serviços de saúde incrementam/melhoram a probabilidade de se alcançarem resultados desejados, sendo estes consistentes com o atual conhecimento profissional e científico, sendo isso um requisito básico à boa organização dos cuidados” (p.12).

Os mesmos autores descrevem como premissas essenciais na qualidade no cuidado em fim de vida: os doentes poderem tomar decisões livres e esclarecidas sobre a sua condição; os tratamentos terem objetivos claros; os cuidados prestados serem condizentes com os objetivos do doente e da sua família; e existir foco na promoção da qualidade de vida, com apoio prático, emocional, espiritual e diminuição dos sintomas e do sofrimento.

Os cuidados de alta qualidade visam aumentar a probabilidade dos resultados de saúde pretendidos, configurando um processo de melhoria contínuo ou dinâmico e não estático. O estabelecimento de elevados padrões de qualidade junto da pessoa com necessidades paliativas e da sua família constitui garantia de uma melhor resposta a essas mesmas necessidades (CNCP, 2023).

Assim, a prática de cuidados, realizada em conformidade com os padrões de qualidade em CP, é crucial para garantir a qualidade e a segurança dos serviços prestados, a qual a adesão incentiva à implementação de melhores práticas e à manutenção de altos padrões de qualidade em todos os contextos do cuidado (OE, 2017).

Segundo Capelas et al. (2018), os indicadores de qualidade “são uma parte importante da mensuração e melhoria dos padrões, especialmente quando se trata de criar evidência e

fornecer dados” (p.13). São elementos mensuráveis da prática clínica, instrumentos simples, aceites, confiáveis e válidos, que permitem a identificação de áreas onde o desempenho pode ser melhorado, sendo agrupados dentro de três grandes domínios: estrutura, processo e resultado.

Neste plano e explorando o que é desenvolvido na UCP, no que foi possível presenciar e participar várias vezes, um exemplo de um indicador de processo é a existência de reuniões da equipa interdisciplinar para discussão sobre os casos clínicos dos doentes, pelo menos uma vez por semana. Estas ocorriam às segundas-feiras à tarde, com a presença, no mínimo, de um médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social.

Outro exemplo de um indicador de estrutura é o apoio especializado no luto, que é avaliado pelo número de consultas de apoio ao luto realizadas em período peri e pós-morte (Capelas et al., 2018). Na UCP, existe um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade em Saúde (PMCQS) desenvolvido por três EE na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, que consiste na realização de uma chamada telefónica ao familiar de referência, um e seis meses após o falecimento do doente, a fim de perceber a existência de luto patológico do mesmo e o encaminhar para o psicólogo ou, se necessário, para o médico da equipa.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, a melhoria contínua da qualidade é um domínio das competências comuns do EE, que deve garantir um papel dinamizador no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua, pelo que foi realizado um PMCQS para a UCP, denominado “*Death Talks*” (Apêndice 1), em que o objetivo geral era monitorizar o indicador de qualidade “Existência de um plano formal de prevenção de *burnout*”, com um valor *standard* definido de 100% (Capelas, 2014, p.160).

Ainda neste domínio, o EE desempenha um papel essencial no que diz respeito à garantia de um ambiente seguro e terapêutico, centrado na pessoa, na medida em que, segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, é uma “condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes” (p.4747).

O pilar 3 “Comunicação”, do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, realça a comunicação efetiva como fundamental ao longo de todo o ciclo de cuidados, com especial destaque para os momentos de passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados, de transição de cuidados ou de transferência de responsabilidade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022).

A passagem de turno de enfermagem é descrita como

uma reunião da equipa de enfermeiros, com o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados, através da transmissão verbal da informação, no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade de cuidados, mas também, um momento de análise e reflexão das práticas e, simultaneamente, um momento de formação em serviço (OE, 2017, p.1).

Segundo a evidência, as falhas na comunicação são uma das principais causas de eventos adversos na saúde, sendo que, até 70% desses eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais, durante os momentos de transição de cuidados. As falhas mais comuns estão relacionadas com omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades (Parecer n.º 61/2017).

Uma das estratégias que promove a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que possibilite a uniformização da mesma e a sua implementação de forma ativa. A técnica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*), facilmente memorizável e replicável em diferentes contextos da prestação de cuidados, é uma estratégia de compreensão de mensagens, que recorre a uma “metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados” (Norma n.º 001/2017, de 8 de fevereiro, p.8). Esta ferramenta ajuda a aumentar a eficácia da comunicação, bem como contribui para uma tomada de decisão mais célere e desenvolvimento do pensamento crítico (Norma n.º 001/2017, de 8 de fevereiro).

Na parte inicial do estágio, este tema foi por várias vezes mencionado, na medida em que alguns dos enfermeiros da equipa, ainda não se encontravam familiarizados com a técnica ISBAR. Conforme o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, o EE deve ser facilitador nos processos de aprendizagem, diagnosticando necessidades educativas e atuando como formador oportuno, em contexto de trabalho, bem como deve incentivar os elementos da equipa para a participação e elaboração de protocolos e de normas que uniformizem os cuidados prestados.

Para colmatar a referida necessidade, foi realizada uma formação em serviço (Apêndice 2) sobre a metodologia ISBAR, com o objetivo de ser normalizada na UCP, pois a padronização de processos promove a consistência e a qualidade dos cuidados prestados, reduzindo a probabilidade de ocorrência de erros e aumentando a eficiência operacional. Isso pode incluir o desenvolvimento de diretrizes clínicas, normas, protocolos ou *checklists* para

procedimentos específicos, possibilitando que todos os membros da equipa exerçam as mesmas práticas baseadas em evidências.

2.3. *Gestão dos cuidados*

Na área de Enfermagem, a gestão dos cuidados desempenha um papel fundamental na garantia da qualidade e eficiência dos serviços prestados. Os enfermeiros “contribuem na área da gestão (...), para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (OE, 2015, p.103) e devem “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados” (OE, 2015, p.86).

Da mesma forma, o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, refere que o EE deve adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia dessa mesma qualidade.

A gestão do cuidado em Enfermagem é o exercício do enfermeiro, contemplado nas ações de planeamento, organização e controlo da prestação de cuidados oportunos, seguros e abrangentes, de forma a garantir a sua continuidade e a dar sustentabilidade às políticas e orientações estratégicas da instituição (Araújo et al., 2023).

O EE tem a função de otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Desta forma, deve intervir na dinâmica dos cuidados, organizar e distribuir os profissionais pelos doentes e pelos cuidados necessários. Na UCP, é o enfermeiro responsável de turno que, diariamente, organiza e orienta a equipa, sendo que foi possível colaborar com o mesmo na realização dessa atividade.

No pilar 2 do PNSD 2021-2026, dedicado à “Liderança e Governança”, é descrito que, ao privilegiar, desenvolver e criar condições que permitam garantir uma cultura centrada na segurança, quem governa tem o dever de transportar a instituição para um nível em que os doentes, as famílias e os profissionais de saúde sentem confiança e abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema e a possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis, mas também, responder de forma clara aos desafios da complexidade inerente à prestação de cuidados (DGS, 2022).

A segurança do doente é outra das prioridades da gestão do cuidado. Envolve a implementação de políticas e de práticas que promovam a prevenção de eventos adversos e que reduzam o risco de dano desnecessário para um mínimo aceitável (DGS, 2017), garantindo um ambiente seguro para os doentes e família, como, por exemplo, a correta administração de medicação ou a prevenção de quedas e infeções hospitalares.

Dando ênfase à administração de fármacos, esta é uma intervenção interdependente do enfermeiro, o qual tem a responsabilidade de verificar e validar a prescrição do medicamento, assim como administrar o mesmo de forma segura, vigiando os seus efeitos colaterais ou possíveis reações adversas. Adicionalmente, os enfermeiros participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para a administração de tratamentos e fármacos, bem como procedem ao ensino do doente e família sobre a administração e utilização dos mesmos (OE, 2015).

A farmacologia é um elemento fundamental no controlo sintomático dos doentes em situação paliativa. Um dos fármacos mais utilizados é a morfina que, não raras vezes, suscita preocupação e resistência por parte do doente e/ou familiares, seja por falta de compreensão sobre as indicações do seu uso adequado ou por mitos relacionados à administração de opióides.

Esta situação ocorreu em contexto de estágio e a atuação desenvolveu-se no fornecimento de informações claras e educativas, explicando os benefícios do medicamento e na repercussão na qualidade de vida do doente, bem como no reconhecimento e validação das preocupações e medos existentes, oferecendo apoio emocional e estando disponível para o esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir.

Na UCP, os estupefacientes encontram-se guardados num cofre, a que só os enfermeiros têm acesso. Como este tipo de medicação é de uso frequente, torna-se necessário garantir que nunca escasseia, sendo que, todos os dias, é verificada e contabilizada pelo enfermeiro responsável de turno e, logo que possível, reposta pelos serviços farmacêuticos.

A gestão dos recursos disponíveis de forma eficiente é essencial para a gestão dos cuidados de Enfermagem. Esta gestão inclui a gestão de recursos humanos, garantindo a distribuição adequada de responsabilidade e competências, bem como a gestão de recursos materiais necessários à prestação de cuidados.

No que concerne à gestão de recursos humanos, o Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, refere que a dotação adequada de enfermeiros, o perfil de competências e o nível de qualificação dos mesmos são aspetos fulcrais para atingir índices de segurança e de

qualidade dos cuidados de saúde, devendo ser utilizados métodos e critérios que permitam uma adequação desses mesmos recursos às reais necessidades de cuidados da população.

A gestão de recursos materiais pressupõe a otimização dos recursos, desde a aquisição dos materiais até ao controlo dos mesmos. A capacitação dos enfermeiros para a gestão dos recursos materiais é importante para preparar os demais profissionais para o gasto racional, utilizando o mínimo de recursos disponíveis, mas nunca comprometendo a qualidade dos cuidados prestados. Neste âmbito, o enfermeiro tem o papel de executar atividades de controlo de qualidade e de desperdício, avaliar e testar novos materiais, controlar o uso de materiais de elevado custo e orientar outros profissionais de saúde sobre a forma de os utilizar adequadamente (Souza & Silva, 2017).

Durante a realização do estágio, existiu a oportunidade de acompanhar a enfermeira chefe no pedido de material para a UCP, sendo que é uma tarefa de respeitável valor, visto que se tem que ter um profundo conhecimento sobre as rotinas e necessidades do serviço, de forma a solicitar o material (soroterapia, material de tratamento de feridas, fármacos, consumíveis, entre outros) em quantidade adequada, de modo a não haver falta de recursos e prejudicar a execução dos procedimentos, nem existir em demasia e comprometer o espaço disponível para o seu armazenamento e o capital para a compra de outro material necessário.

A gestão do tempo também é um aspeto importante na gestão dos cuidados, visto que os enfermeiros devem ser capazes de priorizar cuidados e organizar o tempo de forma eficaz para garantir que as necessidades dos doentes sejam realizadas de forma oportuna e adequada.

Neste seguimento, a gestão dos cuidados inclui a elaboração de planos de cuidados abrangentes e individualizados, considerando as necessidades específicas de cada doente e família. Carneiro et al. (2019) descrevem o Plano Individualizado e Integrado de Cuidados (PIIC) como um processo no qual é descrito, de maneira acessível e compreensível, os tratamentos necessários, quais os objetivos do cuidar e a melhor forma de os poder operacionalizar. Para a construção de um bom PIIC, são necessárias três fases: a conexão, de modo a conhecer o contexto clínico em profundidade e o perfil de comunicação do doente/família; a avaliação, para avaliar sintomas, impactos, limitações, significados e expectativas; e o planeamento, onde se negociam objetivos realistas, estabelecem prioridades, discute o plano terapêutico, ativam ajudas externas e se definem critérios de sucesso e responsabilidades.

2.4. *Desenvolvimento de aprendizagens profissionais*

O desenvolvimento de aprendizagens profissionais pode ser explicado através do Modelo de Patricia Benner, presente no seu livro “De novato a especialista” (em inglês, “*From Novice to Expert*”) (Benner, 2001). De forma sucinta, a autora descreve como os enfermeiros adquirem conhecimentos e habilidades ao longo da sua carreira, de acordo com cinco estágios: novato, iniciante avançado, competente, proficiente e especialista.

Focando no estágio de EE, Benner refere que estes enfermeiros têm uma compreensão intuitiva e profunda das situações clínicas e são capazes de resolver os problemas de maneira rápida e eficiente. Além disso, a experiência adquirida permite que improvisem e se adaptem às diferentes circunstâncias, bem como participem no avanço da ciência de Enfermagem, através da investigação e disseminação do conhecimento e de troca de experiências com outros profissionais. Desta forma, a aquisição e evolução do desenvolvimento de competências do enfermeiro é baseada nas experiências vivenciadas e na forma como as mesmas são ensinadas (Benner, 2001).

Neste contexto, o domínio das aprendizagens profissionais é essencial para garantir o crescimento e o sucesso contínuo do enfermeiro, qualquer que seja a sua área de atuação, e, particularmente, “para um exercício profissional de excelência, constituindo um fator diferenciador e determinante em matéria de empregabilidade, adaptabilidade, de desenvolvimento profissional, mas também de realização pessoal” (Regulamento n.º 656/2021, de 16 de julho, p.173).

De acordo com o artigo 109º, do REPE, o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015, p.86).

Consequentemente, um dos pilares que sustenta o desenvolvimento de aprendizagens é a formação contínua, a qual é promotora de conhecimentos práticos e técnicos orientados para o exercício profissional dos enfermeiros (Proença et al., 2021), preparando-os para novos desafios, maiores áreas de intervenção e de responsabilidade, num contexto de mudança mais exigente (Regulamento n.º 656/2021, de 16 de julho). De igual forma, o PEDCP refere que, tendo em conta a complexidade dos cuidados em CP, é essencial a existência de oportunidades de formação em áreas específicas ou a atualização de conhecimentos e competências (CNCP, 2023).

Segundo o Regulamento n.º 656/2021, de 16 de julho, a formação profissional pode assumir uma das seguintes formas: (1) cursos de formação de pequena, média e longa duração; (2)

seminários, conferências, *webinars*, *workshops*, encontros e jornadas; (3) ações de sensibilização e/ou de informação; (4) outras que sejam adequadas aos objetivos definidos.

Apesar de fundamental, a formação profissional, por vezes, torna-se um desafio devido à elevada carga horária, *stress* laboral e adoecimento físico e emocional dos profissionais, o que pode resultar em absentismo e gerar situações inesperadas ao nível da jornada de trabalho, dificultando, assim, a adesão às práticas educativas (Koerich et al., 2023).

Durante o estágio, foi proporcionada a possibilidade de participar em três eventos realizados pelos elementos da UCP, nomeadamente “ELO: Encontro Local de Cuidados Paliativos – Um lugar... uma identidade!” e duas sessões do projeto “Conversas ComVida” (Anexo 1), os quais foram muito enriquecedores para o desenvolvimento deste domínio, uma vez que a participação em comunidades profissionais permite a partilha de conhecimentos, a troca de experiências e pode possibilitar a criação de oportunidades de colaboração, na área específica de estudo.

O desenvolvimento de competências traduz-se na aquisição e melhoria de habilidades, conhecimentos e atitudes do enfermeiro, que são fundamentais para o desempenho eficaz do seu trabalho. A inscrição no Mestrado em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa é o auge do que é ambicionar desenvolver essas competências, nomeadamente, por exemplo, na área da comunicação, gestão, liderança, pensamento crítico, resolução de problemas, entre outros.

Segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, o grau de mestre é conferido àqueles que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão que lhes permita desenvolver e aprofundar os conhecimentos obtidos no 1º ciclo de estudos, bem como constituir uma base de desenvolvimento de aplicações originais, em contexto de investigação.

O Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, refere ainda que, no domínio das aprendizagens profissionais, o EE “investiga e colabora em estudos de investigação” (p.4749), bem como “baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica” (p.4749). Para dar resposta a este domínio, foi realizado um trabalho de investigação “Estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em Cuidados Paliativos – *Scoping Review*”, que será explanado no capítulo seguinte deste relatório.

Por sua vez, o desenvolvimento de habilidades técnicas está relacionado com a aquisição de conhecimentos e aperfeiçoamento da mestria, em áreas específicas da Enfermagem. Neste contexto, durante o estágio, foi possível realizar procedimentos que até então tinham sido

pouco praticados, nomeadamente o manuseamento e colocação dos infusores elastoméricos, habitualmente designados por DIB (em inglês, *Disposable Infusion Balloon*), comuns para a administração de medicação por via subcutânea, em CP. Além disso, foi perceptível que os doentes e os cuidadores não estavam familiarizados com o dispositivo, por isso, foi realizado um panfleto explicativo (Apêndice 3) sobre o mesmo, para que lhes fosse entregue e fosse possível o esclarecimento das suas dúvidas.

Importa ressaltar que tanto o desenvolvimento de competências, como o desenvolvimento de habilidades técnicas não são processos estáticos, mas contínuos e em constante transformação, devido ao surgimento de novas tecnologias e, consequentemente, novas técnicas, que exigem um processo de permanente desenvolvimento profissional, por meio de ações intencionais e planeadas, para que essas competências sejam aprimoradas (Koerich et al., 2023).

A gestão de sentimentos e emoções, no âmbito do “desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p.4749), é considerada um alicerce no desempenho profissional e pessoal, pois é responsável “pela adaptação às exigências ambientais e influencia os processos cognitivos como a percepção, pensamento, tomada de decisão, linguagem, crenças, motivação, aprendizagem, memória, comportamentos, atitudes e intenções” (Pais et al., 2020, p.2). Em CP, a resposta emocional é de extrema importância, principalmente para os enfermeiros, pela proximidade com a morte do doente, e condiciona de tal forma a sua vida, que o percurso diário só é facilitado se forem adquiridas estratégias de *coping* (Pais et al., 2020). Este tópico será aprofundado mais à frente.

Por fim, para este domínio de competências, o *feedback* e a avaliação do desempenho também são elementos-chave, pois ajudam os enfermeiros a identificar áreas de melhoria e a desenvolver um plano de ação individual e coletivo, para o seu crescimento profissional e pessoal. Trata-se de um processo sistemático, que considera a qualidade do desempenho do enfermeiro, em função da atividade que realiza, bem como das metas e dos resultados que deve atingir e das competências que deve mobilizar (Araújo et al., 2023). Este ponto esteve sempre presente durante a realização do estágio, na medida em que as enfermeiras tutoras foram dando o seu *feedback* e realizando críticas construtivas, em relação ao trabalho que estava a ser desenvolvido, bem como foi realizada uma avaliação intermédia e final de estágio.

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

O Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, caracteriza as “competências específicas” como sendo as competências que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p.4745).

Na sua área de especialização, o EEEMC na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa tem competências específicas, descritas no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (p.19365).

Assim, o desenvolvimento de aprendizagens e a aquisição de competências específicas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa serão analisadas de seguida, recorrendo à pormenorização das unidades de competência para esta área específica. Uma unidade de competência é o “segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p.4745).

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

Neste domínio, o EE deve ter a capacidade de identificar as necessidades, desenvolver e implementar planos de cuidados e ferramentas que possam intervir na melhoria não só da qualidade de vida do doente em situação paliativa, mas também dos seus cuidadores e/ou familiares. O cuidado prestado deve ser abrangente, compreensivo e objetivo, oferecendo assim uma maior preservação da dignidade na fase final da vida (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares.

A elaboração do diagnóstico das necessidades físicas, psicoemocionais, espirituais e sociofamiliares do doente em CP é um processo exigente. Sendo o enfermeiro o profissional que tem maior facilidade em estabelecer e manter uma relação terapêutica com o doente, decorrente da prestação constante de cuidados diretos e específicos, encontra-se “numa posição privilegiada, uma vez que conhece a pessoa, permitindo-lhe não só identificar as suas necessidades específicas e planear as intervenções congruentes e ajustadas, mas também conhecer a família e a comunidade em que se insere” (Tavares et al., 2022, p.3).

A identificação dessas necessidades é essencial para a prestação de cuidados holísticos e personalizados, garantindo que os doentes e as suas famílias recebam um suporte adequado, em todas as fases da doença. Dos diagnósticos mais observados, destacam-se a dor, dispneia, náusea, vômito, ferida maligna, obstipação, ansiedade, medo, angústia, luto preparatório e luto antecipatório. De seguida, por ser um diagnóstico pouco comum na prática clínica diária, em contexto de trabalho, enfatiza-se a ferida maligna.

A ferida maligna resulta de uma solução de continuidade da pele que ocorre devido à infiltração e proliferação das células cancerígenas por via linfática ou sanguínea, através da membrana basal e podem ser derivadas do cancro e/ou da metastização (Guterres, 2021).

O desenvolvimento de feridas malignas reflete-se negativamente na qualidade de vida dos doentes, uma vez que estas causam limitações, baixa autoestima, isolamento social, a necessidade frequente de hospitalização (Silva et al., 2024) e, pela sua complexidade, provocam sentimentos como o medo, angústia, vergonha e repulsa. O objetivo da abordagem a esta condição em CP passa pelo controlo das manifestações sintomáticas e pela promoção do conforto e da dignidade do doente (Guterres, 2021), sendo que a atuação do enfermeiro é fundamental.

Descreve-se um caso particularmente marcante, dado ser o primeiro contacto com uma ferida maligna de tamanha dimensão e por ter sido possível observar todos os principais sintomas característicos desta condição, nomeadamente, odor, hemorragia, exsudado, dor e prurido. A Sr.^a C, de 80 anos, foi internada por descontrolo sintomático, provocado por uma vasta ferida maligna, que se estendia desde a região peitoral até ao braço direito e costas, decorrente de neoplasia da mama, em estadio avançado. O sintoma que mais se evidenciava era o prurido, que tornava a situação incapacitante, tendo sido mesmo necessário recorrer à sedação da doente para que fosse possível terminar o tratamento. Adicionalmente,

utilizaram-se medidas não farmacológicas para o controlo do odor, como a colocação de grãos de café no penso e de lavanda junto do leito, assim como a adequada ventilação do espaço, para que a doente se sentisse confortável.

Numa uma fase inicial do estágio, foi difícil identificar todas as necessidades do doente, todavia, com o desenvolvimento do estágio, novas competências foram desenvolvidas, outras aprimoradas, no sentido de conseguir observar o doente como um todo, deixando para trás o pensamento biofísico, e praticar um cuidado individualizado, em todas as suas vertentes.

Tendo por base o descrito por Pires & Gonçalves (2021), a caracterização pormenorizada dos sintomas foi uma constante, especificamente, ao nível da sua localização, duração, intensidade, tipo e frequência, tentando sempre perceber quais eram os fatores desencadeantes e de alívio, a existência de sintomas associados e qual o impacto emocional no doente e nas suas atividades de vida diárias. A avaliação dos sintomas foi realizada em intervalos regulares, no aparecimento de um novo episódio ou alteração na qualidade e/ou intensidade do sintoma e após intervenções farmacológicas e não farmacológicas.

A aplicação de escalas foi um dos métodos de avaliação de sintomas mais utilizado que, de acordo com a pontuação obtida, permitiu quantificar e documentar a necessidade de intervir. De modo a efetuar uma avaliação rigorosa e científica, foram utilizadas ferramentas padronizadas, como, por exemplo, o *Edmont Symptom Assessment Scale* (ESAS).

O ESAS é uma escala multidimensional, traduzida e adaptada para português, que avalia nove sintomas (dor, cansaço, náusea, dispneia, depressão, ansiedade, sonolência, apetite e bem-estar), através da correspondência entre a intensidade do sintoma e uma escala numerada de zero a dez, sendo que zero corresponde a “sem sintoma” e dez corresponde a “pior sintoma possível” (Pires & Gonçalves, 2021).

Ainda neste domínio, deu-se a oportunidade ao doente e à família de expressarem os seus valores e crenças pessoais, pois estas características desempenham um papel significativo na intensidade dos sintomas e do sofrimento e parece existir uma relação causal entre situações externas à doença e os sintomas físicos vivenciados pelo doente. A avaliação psicossocial é, por isso, muito relevante, tendo como objetivo principal articular e gerir os recursos internos e externos da pessoa, tanto na dimensão pessoal e familiar, como ao nível dos sistemas de saúde, sociais e comunidade em geral (Cortês et al., 2021). A capacidade para tranquilizar os medos e ansiedade do doente assume a maior importância para o êxito do controlo dos sintomas exacerbados. Neste contexto, procedeu-se à utilização de estratégias de

negociação com o doente, no sentido de perceber quais eram os fatores que contribuíam para as situações de agudização e tentar diminuí-los ou até extingui-los.

As situações de agudização são frequentes em CP, na medida em que a condição clínica do doente é volátil. Estas podem acontecer devido a diversos fatores, de forma que existiu uma preocupação constante pela sua antecipação. A reavaliação e o ajuste individualizado do plano de cuidados permitiram que se excluísse a realização de atividades que pudessem causar desconforto ao doente, como, por exemplo, o posicionamento ou algumas atividades de vida diária.

O avançar da doença caracteriza-se por um acentuado declínio funcional, que provoca uma crescente dependência da parte do doente, e tem um importante impacto nas várias dimensões, constituindo uma ameaça à própria integridade física e psicológica. Além da sobrecarga de sintomas físicos e limitações à autonomia, o doente enfrenta alterações à imagem corporal, a perda de relações significativas, de papéis sociais, de estatuto social, de alterações laborais, de regalias económicas, de controlo sobre a sua vida e da perspetiva de continuidade (Cortês et al., 2021). A avaliação do grau de dependência do doente foi importante para que se conseguissem adequar as intervenções no plano do mesmo. Adicionalmente, tentou-se perceber qual o impacto da dependência na relação entre o doente e o familiar cuidador, assim como os significados atribuídos à nova condição, por cada uma das partes.

Dada a abordagem holística dos CP, é essencial explorar os últimos desejos da pessoa. Um último desejo pessoal caracteriza-se como um desejo sentido ou expresso, que não se limita ao domínio médico, e que, para o doente, é pessoalmente valioso (Ullrich et al., 2022). Os autores identificaram os oito temas mais prevalentes no que concerne aos últimos desejos: viagens, realização de atividades, recuperar a saúde, qualidade de vida, estar com a família e amigos, morrer confortavelmente, voltar no tempo e cuidar dos assuntos finais.

Durante a concretização do estágio, foi dada especial atenção às vontades expressas pelos doentes, sendo que o principal desejo referido era ter a possibilidade de voltar à sua casa.

Decorrente do trabalho multidisciplinar, o objetivo passou pela criação de uma “janela de oportunidade” para que fosse possível a concretização dos últimos desejos. Neste contexto, o controlo sintomático era uma obrigatoriedade, bem como a existência de condições físicas e de suporte familiar no domicílio. De seguida, descrevem-se duas situações experienciadas que tiveram muito significado devido ao facto de os desejos terem sido concretizados.

A Sr.^a R, de 65 anos, foi internada por dor não controlada, no seguimento de uma neoplasia da mama. Quando foi recebida na unidade, percebeu-se que existia um misto de emoções, que necessitavam de ser exploradas. Por um lado, a Sr.^a R sentia-se concretizada por ter participado, na semana anterior, no casamento do seu filho e batizado dos netos, mas, por outro, uma tristeza profunda a assolava por se avizinhar o seu aniversário e primeiro Natal, na companhia dos netos, e não saber se conseguiria estar presente nesses momentos. Após o controlo sintomático e a garantia de que existiam todas as condições necessárias, a Sr.^a R pôde cumprir o seu desejo e teve alta para o domicílio, antes das festividades.

O Sr. P, de 42 anos, foi internado na UCP, no início de novembro de 2023, com o diagnóstico de neoplasia hepática, em estadio avançado. A sua meta pessoal era estar presente no 18º aniversário do seu filho, dia 11 de dezembro, para que lhe pudesse “pagar a carta de condução”. O estado clínico do Sr. P foi agravando, mas existiu uma janela de oportunidade para ir a casa no início de dezembro. Segundo relatos, o Sr. P, com o auxílio da sua esposa, ainda conseguiu ir, pelo próprio pé, ao *shopping* ver as luzes de natal, que também era um desejo seu. No entanto, o Sr. P escolheu que o seu local de morte fosse a UCP, pelo que foi reinternado no dia 8 de dezembro. O doente conseguiu festejar o aniversário do filho e faleceu, tranquilamente com os seus desejos cumpridos, no dia 13 de dezembro.

Em ambos os casos, importa referir que as expectativas tiveram que ser geridas, procedendo-se à capacitação do familiar cuidador, como, por exemplo, sobre a gestão do regime medicamentoso. Sem esta parceria com o familiar cuidador não seria possível a ida dos doentes ao domicílio.

Uma preferência importante no fim de vida é o local onde os doentes desejam morrer, sendo mesmo um indicador da prestação de bons CP. Apesar disso, estas preferências nem sempre são congruentes com os cuidados que, efetivamente, são prestados. Como consequência, os doentes podem experienciar transições mais complicadas, sintomas mais exacerbados, redução na qualidade de vida e não morrer no seu local desejado (van Doorne et al., 2021).

No caso acima descrito, o Sr. P queria que o seu local de morte fosse a UCP. Contrariamente, o Sr. M tinha outro desejo. Apesar de já não conseguir falar, questionou-se a sua esposa sobre qual seria o local de morte desejado do doente e esta referiu que seria a sua casa. Pela deterioração do estado clínico e descontrolo sintomático do Sr. M, já não havia possibilidade, nem condição para concretizar o seu desejo. Então, na tentativa de trazer até si um pouco da sua casa, fez-se da enfermaria a “casa” de ambos, pelo que foi pedido à esposa que trouxesse fotografias e uma manta, de forma a que existissem elementos que fossem

familiares e próximos aos dois. Até ao falecimento, a esposa permaneceu sempre junto do Sr. M e, após o óbito, ficou grata à equipa pelo carinho e a humanidade demonstrados tanto para com o doente, como para consigo.

Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências.

Como já referido anteriormente, para um cuidado humanizado e holístico, o PIIC tem de ser constantemente atualizado, de forma a acompanhar a evolução do estado de saúde do doente.

Tendo em conta a individualidade de cada doente, descreve-se a seguinte situação em contexto de estágio: o Sr. M, de 56 anos, com o diagnóstico de neoplasia gástrica, com atingimento do esófago, que lhe proporcionava uma sensação de aperto, incapacitando-o de ingerir alimentos sólidos. Quando ocorria a ingestão de líquidos, apresentava vômitos incoercíveis. Após serem discutidos os benefícios com o senhor, este aceitou a colocação de sonda nasogástrica. Foi colocada em drenagem, não voltando a vomitar e o primeiro alimento que solicitou foi um gelado de gelo, que tolerou com satisfação. De seguida, foram feitos ensinamentos sobre a alteração do plano alimentar, reconhecimento de sinais e sintomas, bem como a aplicação de estratégias para o evitamento de náuseas e/ou vômitos, tanto ao doente como à própria família. Importa referir que esta capacitação só foi possível devido ao facto de os intervenientes terem a cognição íntegra, vontade e disponibilidade para aprenderem.

Conforme Pires & Gonçalves (2021, p.13), em CP, “os sintomas têm uma elevada prevalência, influenciando negativamente a qualidade de vida do doente e sua família, são múltiplos e combinados, evolutivos e cambiantes, têm carácter multidimensional e multifatorial.” Durante o estágio, tentou-se sempre diminuir a probabilidade de ocorrência de situações de agudização. Através dos saberes teóricos obtidos na frequência das diferentes unidades curriculares e de conhecimentos práticos, o reconhecimento de sintomas mais prevalentes em relação ao diagnóstico médico, bem como dos fatores que os desencadeiam, foram importantes ferramentas para agir antes de uma situação de agudização. Por outro lado, deu-se especial importância à descrição pormenorizada do sintoma pelo doente, para ser realizada a melhor intervenção possível, fosse uma medida farmacológica ou não farmacológica. Caso a situação de agudização efetivamente ocorresse, tentou-se identificar as atividades que a espoletavam, para diminuí-las ou até cessá-las, e procedeu-se à administração de medicação em SOS, de acordo com a tabela terapêutica do doente.

Um dos principais sintomas encontrados foi a xerostomia. Este sintoma tem uma prevalência de até 80% nos doentes com doença oncológica avançada. Na UCP, além da recorrente otimização da higiene oral, é solicitada à família a compra de um pequeno frasco de *spray*, para que a boca do doente possa ser borrifada com água e assim diminuir o desconforto (Carneiro, 2021), sendo esta, talvez, a medida não farmacológica mais utilizada nos doentes.

Concomitantemente, foram utilizadas outras medidas não farmacológicas como a técnica de distração, através da música ou da visualização de programas de televisão do interesse do doente, bem como a execução da técnica de posicionamento em intervalos de tempo menores ou maiores, dependendo do conforto da pessoa, ou da massagem, recorrendo à aplicação de creme hidratante.

A eficácia das intervenções e/ou a alteração do estado clínico do doente carecem de uma constante reformulação do plano individualizado, nas vertentes onde foram identificadas necessidades, sendo que é indispensável o trabalho em equipa e a comunicação estreita com a equipa multidisciplinar, para que possa existir *feedback* e proceder-se à realização de ajustes, se assim for o caso.

Em relação a este domínio, o EE deve demonstrar conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção, sendo que a preocupação a este nível foi uma constante. Os casos clínicos que necessitavam de isolamento, qualquer que fosse o agente patogénico, eram alocados a camas em enfermarias individuais. Nestes casos, foram adotadas medidas especiais de prevenção, intervenção e controlo de infeção, com a utilização de equipamento de proteção individual (luvas, máscara, bata, avental). Sempre que o doente recebia visitas, os seus familiares foram informados e capacitados para o uso correto do equipamento de proteção. Além disso, durante a prestação de cuidados, houve particular atenção a todas as medidas de higienização, mas, principalmente, à correta higienização das mãos.

Envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.

Sempre que se justificava, era realizada uma conferência familiar no acolhimento do doente e da sua família à UCP. Silva et al. (2018) definem a conferência familiar como uma intervenção que visa a partilha de informações entre a equipa de saúde e o doente / família, o esclarecimento de dúvidas e o delineamento de um plano para o doente, de forma a permitir que os envolvidos compreendam a dinâmica dos cuidados que vão ser prestados e possibilite o estabelecimento de uma conexão afetiva, de forma a se alcançar um consenso

na resolução de problemas, tendo sempre em vista o maior conforto e a melhor qualidade de vida possíveis para o doente.

Ao longo de todo o estágio, foi possível observar e participar ativamente em várias conferências familiares. Salienta-se uma particularmente marcante. Durante a conferência familiar com os dois filhos da doente, Sr.^a F, de 62 anos, internada para controlo sintomático por adenocarcinoma do pâncreas, percebeu-se que estes tinham solicitado transferência para a UCP por desavenças com equipa da unidade onde estava internada. A abordagem de um dos filhos perante a equipa desenrolou-se num tom ameaçador, onde não havia espaço para os profissionais falarem ou terminarem o seu raciocínio, estando constantemente a interrompê-los.

Devido à elevada carga emocional, esta conferência familiar permitiu o desenvolvimento de competências de comunicação, destacando-se a utilização de linguagem não verbal, através da postura e atitudes corporais, direcionando o corpo para os intervenientes, de forma a demonstrar interesse; do contacto ocular, com um olhar sincero e direto, indiciando uma comunicação honesta e autêntica; da gestão do tom de voz, expondo serenidade; bem como das expressões faciais, tentando mostrar abertura e compreensão pelo que estava a ser dito.

Na UCP, o envolvimento dos familiares/cuidadores é real, visto que o familiar de referência pode permanecer as 24 horas junto do doente. A presença de um familiar ou cuidador proporciona apoio e confiança, sendo que os enfermeiros devem incluir a sua presença no momento de cuidar e adequar as intervenções, para que este se sinta acolhido e também responsável pelo processo de cuidados. O familiar vivencia um misto de sentimentos, como angústia e frustração e, nesse sentido, o enfermeiro é responsável por dar atenção, apoio emocional e informações (Bernardes et al., 2018), a fim de tornar a experiência o menos traumática possível.

Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio.

De forma a que os CP sejam integrais e contemplem todas as necessidades do doente, sejam fisiológicas, psicossociais e espirituais, deve existir o contributo de uma equipa inter e multidisciplinar, composta por diferentes disciplinas, nomeadamente, medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, farmácia, assistência social, nutrição, terapia ocupacional, assistência espiritual, entre outras (Franco et al., 2017). O trabalho em equipa é um dos pilares fundamentais em CP e “pressupõe o levantamento articulado das necessidades da pessoa, a elaboração de um plano de cuidados comum, a realização de

reuniões de equipa frequentes e uma liderança clara que orienta, apoia e cuida de cada elemento” (Neto, 2021, p.8).

Durante a realização do estágio, foi possível colaborar em estreita ligação com alguns elementos da equipa multidisciplinar. São exemplos: a nutricionista, na adequação dos planos alimentares, no que concerne à tipologia de dieta, decorrente de alteração do estado de consciência ou de disfagia, ou exclusão de alimentos que não eram tolerados pelos doentes; o psicólogo, no encaminhamento de doentes internados ou de familiares sinalizados no telefonema do processo de luto; a assistente social, para saber quais os recursos existentes na comunidade; ou o assistente espiritual, após solicitação por parte do doente ou da sua família.

Adicionalmente, a partilha de conhecimentos fundamentados na mais recente evidência científica e a troca de experiências com outros profissionais de saúde foi uma constante. Esta competência também foi desenvolvida através da realização da formação em serviço.

3.2. Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto

A relação entre o enfermeiro e o doente em situação paliativa estende-se para lá da prestação de cuidados. Esta relação terapêutica deve ser assente num princípio de confiança, empatia e compreensão e não se cinge apenas a estes dois elementos, mas engloba também os seus cuidadores e/ou familiares (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto.

Decorrente da globalização, é cada vez mais usual a presença de doentes de outras nacionalidades e/ou religiões, sendo que os profissionais de saúde devem contemplar esta vertente sociocultural na prestação dos cuidados. É exemplo o Sr. A, de nacionalidade marroquina, que foi internado para reorganização dos cuidados. Durante a realização da avaliação inicial, deu-se especial enfoque à sua religião, ficando-se a saber que era muçulmano. De seguida, o planeamento de cuidados passou pela respetiva adequação do tipo de dieta, onde se excluiu todo o tipo de carne de porco.

Dentro deste domínio, o EE deve ser capaz de estabelecer um plano assistencial mediante a fase do processo de luto em que a pessoa, cuidadores e família se encontram. Neste contexto, durante a realização do estágio, no âmbito do PMCQS desenvolvido na UCP, já mencionado anteriormente, existiu a oportunidade de realização de contactos telefónicos aos familiares dos doentes que faleceram no internamento. O objetivo dos telefonemas, um e seis meses após o óbito do doente, prende-se com a avaliação do processo de luto pelo qual estão a enfrentar.

O desenvolvimento de competências foi possível através da participação ativa em alguns dos telefonemas. Destaca-se este telefonema (primeiro mês), pela particular dificuldade que se teve em dialogar com a familiar: a Sr.^a C, quando atendeu e percebeu que se tratava de um telefonema por parte da equipa de enfermagem da UCP, começou a chorar. Após várias tentativas de acalmar a senhora e iniciar a conversa, esta referiu que não acreditava que a hora de morte do seu pai tivesse sido às 7h30 (hora em que recebeu a chamada a informar do falecimento) e acrescentou, num tom furioso: “Os enfermeiros só deram com ele de manhã, ele morreu ao início da noite. Eu senti.”

O trabalho realizado passou por desmistificar conceitos e referir que seria possível conceder o contacto com os enfermeiros que fizeram turno nessa noite, para que pudessem ser explicadas as circunstâncias da morte do seu familiar, de forma a ficar mais tranquila.

Através da escuta, atenta e reflexiva, o enfermeiro possui ferramentas para identificar as reais necessidades da outra pessoa, podendo proporcionar ajuda não só a nível físico, como emocional e espiritual (Gomes et al., 2017). No decorrer do processo de doença, o doente e a família vivenciam múltiplas perdas e o apoio dos enfermeiros afeta o resultado de bem-estar e saúde mental dos envolvidos (Madsen et al., 2023; Tavares et al., 2022).

Neste sentido, para o desenvolvimento desta competência, tentou-se identificar transições desafiadoras e problemas no luto nas famílias, com o intuito de se iniciar o apoio o mais precocemente possível. Numa perspetiva inter e multidisciplinar, implementaram-se intervenções que promovessem o bem-estar e a qualidade de vida, tanto no cuidado à pessoa doente em situação paliativa, como também, aos seus cuidadores e familiares. Nesses casos específicos, quando as intervenções ultrapassavam o âmbito da enfermagem, foram encaminhados para o psicólogo da equipa, de forma a complementar o trabalho que estava a ser desenvolvido.

Os familiares adotam novos papéis, aceitam novas responsabilidades e lidam com os próprios sentimentos, ao mesmo tempo que dão apoio à pessoa doente, podendo utilizar estratégias

diferentes, dependendo da tipologia e duração da doença, das instruções prévias em relação à morte, bem como das suas experiências anteriores. Em alguns casos, os familiares rapidamente tomam consciência da necessidade de enfrentar a perda que se aproxima e de lidar com as suas preocupações em relação ao futuro pessoal, após a morte do seu ente querido (Fringer et al., 2018). Nos casos identificados em contexto de estágio, este trabalho antecipatório foi essencial no apoio para a superação da transição, associada à perda e ao luto.

Comunicar eficazmente é um pilar na intervenção doente/família em CP e constitui um desafio, dado que exige mobilização e o desenvolvimento de competências para a comunicação entre a tríade enfermeiro-doente-família (Monho et al., 2021).

Ribeiro & Martinez (2016, p.27) referem que da comunicação “faz parte a transmissão de mensagens, por meio da fala ou de sinais não verbais, e o conhecimento de técnicas ou estratégias de comunicação interpessoal, que sejam facilitadoras da interação e possam transparecer atenção, compaixão e conforto”. Desta forma, os vários contactos telefónicos para os familiares proporcionaram o desenvolvimento de competências, no que concerne à utilização de estratégias de comunicação verbal e não verbal, como é exemplo o questionamento, reformulação ou a escuta ativa. Segundo Sequeira (2016), o questionamento tem como objetivos: obter especificações ou detalhes, explorar um conteúdo de informação, obter novas informações, repetir uma ideia que não tenha ficado clara e ajuda a pessoa a expressar-se. A reformulação permite dizer de outra forma o que se acabou de ouvir, de uma maneira mais clara e articulada, servindo para facilitar a compreensão do que está a ser dito. Em relação à escuta ativa, esta consiste em ouvir, escutar, prestar atenção e dar *feedback* ao outro, sendo necessária a existência de interesse e disponibilidade para a partilha.

Neste contexto, o processo de comunicação assume especial importância no sentido de auxiliar e proporcionar uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados ao doente, bem como no relacionamento que se estabelece com os seus familiares e com a demais equipa (Gomes et al., 2017). A comunicação verdadeira, sem distorção de conteúdo, serve como ponte para o estabelecimento de confiança e empatia entre o profissional de saúde, o doente e a sua família e também promove a qualidade dos cuidados (Franco et al., 2017).

Os métodos de comunicação durante o processo de morrer, bem como a forma de se pronunciar a morte do doente são extremamente importantes porque podem afetar as respostas emocionais agudas dos familiares e o seu bem-estar psicológico a longo prazo. Este

procedimento não é apenas uma prática clínica, mas também uma oportunidade valiosa para comunicação compassiva com os envolvidos, podendo ajudar a aliviar a dor e a carga emocional associada ao óbito do ente querido (Okamoto et al., 2019).

Sequeira (2016, p.215) descreve uma má notícia como “qualquer informação que envolva uma mudança drástica no indivíduo que a recebe, tendo um impacto negativo na sua perspetiva de futuro, afetando, assim, os domínios cognitivo, emocional, espiritual e comportamental, com eventuais repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social.” O mesmo autor dá como exemplos de más notícias: presença de dor crónica e de difícil resolução, desesperança, fracasso terapêutico, prognóstico reservado, alteração das expectativas, doença grave, morte de familiar ou amigo, entre outros.

Durante a realização do estágio, várias foram as situações em que se tiveram que comunicar más notícias, sendo que, nestas circunstâncias, foi utilizado um protocolo que visa estabelecer um conjunto de etapas sequenciais que devem ser implementadas de modo a facilitar a comunicação e a diminuir o seu impacto negativo no doente e na família – o protocolo SPIKES. As etapas envolvem: (1) *Setting* – Planear a entrevista e preparar o ambiente, de modo a proporcionar privacidade, conforto e disponibilidade, garantindo que não existem interrupções nem distrações. A transmissão de más notícias deve ser feita na presença de um familiar de referência, com todos os elementos sentados e sem nenhuma barreira física pelo meio. O emissor da mensagem deve estar tranquilo, evitando mostrar-se ansioso, manter contacto visual e usar o toque terapêutico adequadamente, mostrando empatia e respeito pelo doente, ouvindo as suas preocupações de forma clara e atenta; (2) *Perception* – Avaliar a perceção do doente em relação à situação, através de questões abertas; (3) *Invitation* – Convidar o doente a falar e a identificar se pretende saber todos os detalhes sobre a situação ou apenas certas informações; (4) *Knowledge* – Transmitir a informação de forma honesta, gradual e com suavidade. A linguagem deve ser simples, clara e sem grandes detalhes técnicos, os quais podem dificultar a compreensão. É importante perceber se o que está a ser dito está a ser entendido; (5) *Emotions* – Permitir a expressão de emoções e apoiar de forma apropriada; (6) *Strategy and summary* – Apresentar uma estratégia de intervenção e planear o futuro com o doente, que, ao receber uma má notícia, pode experienciar sentimentos de isolamento e incerteza (Sequeira, 2016).

Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares.

Numa situação de doença avançada e irreversível, o objetivo dos cuidados não é a cura, mas sim proporcionar conforto e intervir no sofrimento. Os tratamentos fúteis não estão

recomendados e constituem má prática, sendo eticamente condenáveis (Neto, 2021). A evidência refere que estes tratamentos são realizados nos cuidados em fim de vida, devido ao desconhecimento dos desejos dos doentes e à prestação de cuidados fragmentados, que não contemplam a pessoa como um todo (Bakken et al., 2023).

Ao longo do estágio, tentou-se atuar com proporcionalidade, realizando procedimentos que apenas trouxessem benefício ao doente. Além disso, o doente e os familiares foram incluídos no processo de tomada de decisão e os seus desejos e preferências, em relação ao fim de vida, foram considerados. Quando existentes, acedeu-se sempre ao planeamento antecipado de cuidados e às DAV, visando a preservação da dignidade e autonomia e a promoção da qualidade de vida e de uma aliança terapêutica. Tal como descrito por Ribeiro & Martinez (2016), a formação desta aliança terapêutica implicou a presença de uma atitude honesta, não condescendente, em que o doente foi escutado e foram acordadas prioridades e estabelecidos objetivos com o mesmo, discutindo as suas opções de tratamento e aceitando a recusa destes, se assim fosse a sua vontade.

Negoceia objetivos/metasp de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.

Como já vem a ser referido, a relação terapêutica foi a base para um processo de interação com o doente, com um conjunto de características que foram desenvolvidas no sentido de construir uma relação com possibilidades terapêuticas, alicerçadas na confiança, empatia, respeito e aceitação. Neste contexto, em todas as vertentes da prestação de cuidados, as preferências e os desejos do doente foram escutados, garantindo, assim, a promoção da autonomia do mesmo.

Apesar de ser uma tarefa difícil, ao longo do estágio, foram desenvolvidas competências para reconhecer os sinais de fim de vida. Segundo a literatura, existem sinais que anunciam a morte iminente: alteração do ritmo e do padrão respiratório (por exemplo, respiração de Cheyne-Stokes ou apneia), deterioração irreversível da consciência, ausência de capacidade de nutrição e hidratação, pele marmoreada, alteração do estado emocional (agitação *versus* prostração), rápida degradação do estado geral e intuição/pressentimento dos profissionais (Okamoto et al., 2019).

A organização dos hospitais orientada por incentivos económicos, com cuidados fragmentados e responsabilidades mal definidas para os cuidados em fim de vida, tem um impacto significativo no modo como os profissionais de saúde comunicam esta fase aos doentes e à sua família. A incerteza baseia-se no medo de cometer erros, em continuar um

tratamento fútil, na complexidade de perceber os sinais de fim de vida, em prever a expectativa de vida, bem como não saber quais são os desejos do doente nesta fase (Bakken et al., 2023).

Muitas vezes, não existe tempo suficiente para perceber quais os desejos ou as tarefas de desenvolvimento de fim de vida, devido à referenciação tardia dos doentes. Segundo Alves et al. (2019), os doentes são admitidos em contexto de CP, maioritariamente, quando existe descontrolo sintomático, não existe possibilidade de tratamento curativo ou o doente se encontra em processo de fim de vida. Para as autoras, o acesso precoce e atempado aos CP acarreta vantagens tanto para o doente e os seus familiares, nomeadamente, melhoria na qualidade de vida, tratamento dos sintomas e aumento da satisfação e sobrevida do doente, como também para o sistema de saúde, com a redução significativa do número de dias de internamento e da utilização de exames complementares de diagnóstico, início precoce de tratamento e redução da mortalidade hospitalar.

Apesar dos benefícios amplamente descritos, são várias as barreiras que levam os profissionais de saúde a referenciar tardiamente os doentes: ausência de critérios perfeitamente claros e a dificuldade de identificar o momento da referenciação (Capelas et al., 2018), bem como a falta de conhecimentos sobre CP, crenças erróneas sobre o doente, estigma relativamente ao nome CP, falta de preparação para lidar com doentes em situação de fim de vida e a indisponibilidade dos serviços de CP (Alves et al., 2019). Esta situação não permite que os doentes usufruam ou apenas usufruam durante um curto período de tempo deste tipo de cuidados.

O doente, dotado de aspetos biológicos, sociais, culturais, emocionais e espirituais, necessita de um cuidado como um todo, sendo que a falta de atenção a qualquer uma dessas vertentes, torna o tratamento incompleto. Quando se confronta com o processo de adoecimento e com a sua finitude, o doente em situação paliativa necessita de respostas, principalmente sobre o verdadeiro sentido da sua existência (Jesus et al., 2023), sendo, por isso, um tempo de síntese e questionamento (Duarte et al., 2021).

Após o diagnóstico, as pessoas dão especial valor à sua religiosidade e espiritualidade e mudam as suas atitudes para melhorar a qualidade de vida (Gomes et al., 2017). A evidência revela que estes dois conceitos são facilmente confundidos (Jesus et al., 2023; Neto, 2021). Espiritualidade define-se como “um movimento de busca pessoal em três direções: para o interior de si mesmo em busca de um sentido, para o ambiente que nos rodeia em busca de ligação/relação, e mais além, em busca de transcendência” (Neto, 2021, p.7), enquanto a

religiosidade se cumpre em rituais, dogmas e doutrinas e pode ser apenas experienciada durante uma parte da vida da pessoa (Duarte et al., 2021).

De forma a desenvolver competências neste domínio e a promover a espiritualidade, foi realizada a construção de um legado com uma doente. Apesar de não ser uma prática comum, esta intervenção permite o reconhecimento de problemas relacionados com o sofrimento existencial e espiritual do doente. Ademais, pode ajudar no controlo de sintomas físicos e existenciais, melhorar a sensação de bem-estar, bem como facilitar o processo de luto (Vidal et al., 2018).

A Sr.^a L, de 54 anos, internada para controlo sintomático da dor, decorrente de uma neoplasia da mama, com metastização óssea, confidenciou: “Eu continuo a ter dor, uma dor que não passa com a medicação”. Após explorar esta situação com a doente, percebeu-se que se estava perante sofrimento existencial, na medida em que a Sr.^a L não queria morrer sem deixar alguma parte si à sua neta, que tinha nascido há duas semanas e que lhe tinha proporcionado o momento mais feliz, desde há muito tempo. Posteriormente, questionou-se a doente se tinha ideia de alguma atividade que gostasse de realizar e que pudesse ser uma lembrança, sendo que referiu que gostava de escrever. Foi, então, proposto que realizasse uma carta em que descrevesse qual tinha sido a sensação que teve quando a sua neta nasceu. Ficou combinado que a carta só era entregue à filha se a Sr.^a L falecesse, o que acabou por acontecer uns dias depois.

Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz.

Diante de uma doença avançada, a família assume geralmente o suporte prático e emocional ao doente. Os familiares são encarados como parceiros da equipa e, simultaneamente, são também considerados alvos de cuidados, sendo que deve ser dada especial atenção quando o cuidar se prolonga no tempo e o desgaste físico e emocional se tornam manifestamente visíveis. Associado ao papel de cuidador surgem frequentemente sentimentos contrários e ambivalentes. Tratar de um familiar doente pode estar relacionado a sentimentos de grande recompensa, gratidão, sentido de utilidade e realização pessoal, mas também pode promover alterações sociofamiliares, económicas e relacionais, que acompanham todo o percurso da doença (Cortês et al., 2021).

A evidência refere que as principais dificuldades dos cuidadores informais são a nível físico, psicológico e social, como também sentem necessidade de formação, informação, suporte

profissional, jurídico, financeiro e até de adquirir competências comunicacionais (Sousa et al., 2021).

O Sr. F, de 31 anos, portador de uma doença neurodegenerativa, foi internado para descanso do cuidador. A sua mãe, Sr.^a M, de 66 anos, desempenhava o papel de cuidadora principal desde 2019, altura em que o declínio funcional do filho aumentou e este já não era capaz de se autocuidar de forma autónoma. Teve que deixar o seu emprego e dedicou-se, por completo, a este papel. Durante o internamento, os cuidados foram dirigidos tanto ao Sr. F como à sua mãe, que se demonstrou cansada, decorrente da prestação de cuidados mais físicos, como, por exemplo, o posicionamento, as transferências e a realização dos cuidados de higiene. De igual forma, encontrava-se sempre muito preocupada e ansiosa com o momento da alta, pois referia que já não se sentia capaz para continuar a desempenhar o seu papel.

O trabalho desenvolvido com esta cuidadora passou por delinear estratégias de apoio nas várias vertentes, com o propósito de reduzir o *stress*, a sobrecarga, ansiedade, sentimentos de culpa ou impotência, com vista a uma melhoria da sua qualidade de vida e, por consequência, melhoria dos cuidados prestados ao seu filho.

Dentro deste domínio, cabe ao EE também reconhecer os efeitos da natureza do cuidar em outros membros da equipa. A tríade de cuidados é composta pelo doente, pelo familiar/cuidador e pelo profissional de saúde, que, apesar de muitas vezes esquecido, é o cerne fundamental deste trabalho.

Neste contexto, os profissionais de saúde estão expostos diariamente a diversas situações difíceis, que podem colocar em causa a prestação de cuidados. Segundo a evidência, as situações difíceis mais vivenciadas em contexto da prática clínica são: identificação, ou seja, quando o profissional associa algo do cuidado com a sua vida particular; binómio mãe-filho, onde o filho presencia a morte da mãe ou vice-versa; morte pouco pacífica, quando envolve muita dor ou hemorragia abundante, por exemplo; doente jovem e medicação sem efeito (Beserra & Brito, 2024).

Relata-se a situação mais difícil presenciada em estágio: A M., de 18 anos, foi internada para cuidados de fim de vida. A história de vida da jovem foi verdadeiramente marcante, pois foi abandonada pela sua mãe à porta de uma instituição, quando tinha apenas horas de vida. Devido a um parto muito complicado, em casa, a M. tinha uma deficiência profunda e a aparência de uma menina de 6 anos. Apresentava-se com febre constante, que não cedia à

medicação e, por conseguinte, começou a ter convulsões de forma repetida, com muito difícil estabilização. Morreu poucas horas depois de ter sido internada na UCP.

Em CP, a constante presença de dilemas éticos gera sofrimento e desgaste emocional aos profissionais, estando descrito na literatura que os enfermeiros se tendem a distanciar dessas discussões dentro da equipa (Cogo et al., 2020). Frequentemente, os medos, os receios e as dificuldades do próprio profissional em lidar com o fim de vida e com a iminência da morte influenciam a forma como este se relaciona com o doente (Gomes et al., 2017). Além disso, a falta de tempo para os cuidados limita a possibilidade de uma boa assistência em fim de vida, bem como a constante sobrecarga de trabalho se torna uma grande barreira para proporcionar uma morte digna ao doente (Bakken et al., 2023).

Os profissionais que trabalham em CP, onde a morte surge frequentemente, também precisam de adotar medidas de autoconhecimento e autocuidados (Neto, 2021), pois a sua preparação é orientada para um modelo curativo, sentindo-se impotentes perante este cenário (Gomes et al., 2017).

A evidência aponta várias estratégias desenvolvidas nos contextos que promovem o autocuidado dos profissionais, tais como, aulas expositivas, discussão em painéis sobre as vivências ocorridas e sistematizados a partir de casos clínicos e debates de situações relativas à morte e aspetos éticos (Zamarchi & Leitão, 2023). O objetivo passa por oferecer espaços para gerir e partilhar a angústia e dor, perante situações de terminalidade de doentes, estimulando o aparecimento de estratégias defensivas que ofereçam uma forma de trabalho mais produtiva e libertadora ao profissional, com vista a diminuir a ansiedade da equipa, proporcionar maior equilíbrio e segurança emocional (Ribeiro & Martinez, 2016).

Habitualmente, não existe um apoio estruturado aos profissionais das equipas para lidar com os fatores geradores de *stress*, para prevenir situações de *burnout*, apesar de ser um indicador de qualidade dos cuidados em CP e dos benefícios serem amplamente descritos.

Esse foi o ponto de partida para a implementação do PMCQS “*Death Talks*”. A operacionalização de um projeto em que os enfermeiros pudessem falar sobre as suas angústias e partilhar medos e receios sobre a morte, concretizando com casos clínicos, foi realmente significativo para cada uma das pessoas que participou. Refletir acerca da morte e reconhecer o impacto que esta tem nos enfermeiros e nos demais profissionais de saúde permitiu realçar a importância de conhecer as necessidades e intervir na finitude do doente, considerando, então, a pessoa como um todo e em todas as fases do seu ciclo de vida.

4. Considerações finais

Terminado o estágio em contexto de UCP, importa analisar e refletir sobre as competências adquiridas e consolidadas ao longo deste percurso.

A realização de um estágio numa UCP é uma experiência profundamente enriquecedora, na medida em que é o local ideal para o desenvolvimento de aprendizagens e aquisição de competências específicas, no que concerne à enfermagem na área da pessoa em situação paliativa.

Um dos pontos fundamentais da realização do estágio foi a concretização dos objetivos propostos, através do desenvolvimento de competências enquanto EE, tanto na vertente comum como na vertente especializada no cuidado paliativo, e do aprimoramento de habilidades essenciais no controlo sintomático dos doentes, na comunicação eficaz com todos os intervenientes do processo, no trabalho em equipa e no apoio à família, elementos essenciais na abordagem dos CP.

Neste contexto, situações críticas e dilemas éticos são inevitáveis e pedem uma constante reconsideração de crenças e perspetivas. É primordial a adoção de uma visão holística, que considera não só o doente e a sua família, mas também todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidar, com especial enfoque no enfermeiro, que está presente em todos os momentos.

Termina-se com a certeza de ser um elemento de referência na prática de ações paliativas, bem como na capacidade de promover uma melhoria na qualidade e na segurança dos cuidados prestados e na prática de um cuidado mais humanizado, na equipa onde são exercidas funções. Adicionalmente, espera-se ser um elo de ligação com a EIHS CP do local trabalho, fundamental para a facilitação da comunicação entre os diferentes serviços, sempre com o intuito de melhorar a experiência de cuidado do doente e da sua família.

A contribuição para o desenvolvimento contínuo dos CP e a disseminação do conhecimento mais atualizado também são essenciais para elevar a qualidade do cuidado oferecido, através de uma enfermagem avançada.

Contrariamente a todos os pontos positivos que têm vindo a ser mencionados, importa reconhecer que também existiram dificuldades ao longo deste percurso. Um exemplo dessas

dificuldades traduziu-se na gestão adequada do tempo, em relação à sua divisão entre a vida pessoal, atividade profissional e realização do estágio.

O percurso realizado foi desafiante, mas, acima de tudo, muito gratificante. O estágio proporcionou não só uma valorização profissional, como também um enriquecimento pessoal significativo.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

A morte do doente afeta os enfermeiros a nível emocional, físico e profissional, constituindo-se como um dos maiores desafios da sua prática clínica. A forma como cada um encara a morte é uma experiência pessoal e a utilização de estratégias de *coping* ajuda os profissionais a lidarem com esta situação.

Partindo da questão de investigação “Quais as estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em Cuidados Paliativos?”, o objetivo do presente estudo é mapear as estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em Cuidados Paliativos.

Para isso, realizou-se uma *Scoping Review*, orientada pelas *guidelines* do Instituto Joanna Briggs e pelo PRISMA-ScR. A pesquisa foi efetuada em bases de dados científicas, repositórios científicos e listas de referências. Foram aceites estudos publicados e não publicados, sem restrição temporal, nem de idioma, que descrevessem as estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte da pessoa adulta em situação paliativa, em contexto de internamento, de acordo com a população, conceito e contexto. Os dados foram extraídos através de um instrumento desenvolvido pelos investigadores. A apresentação dos resultados foi realizada em formato narrativo e com recurso a tabelas e representações gráficas.

Na *Scoping Review*, foram incluídos 11 estudos. Identificaram-se as mais variadas estratégias de *coping*, as quais foram divididas em “Estratégias de *coping* focadas na emoção” e “Estratégias de *coping* focadas no problema”, conforme a Teoria de Folkman e Lazarus.

A utilização de estratégias de *coping* para lidar com a morte dos doentes em CP é uma realidade, destacando-se como essencial para promover a saúde emocional dos enfermeiros, diminuir o risco de *stress* e *burnout*, aumentar a satisfação no trabalho e, consequentemente, melhorar os cuidados aos doentes em fim de vida e às suas famílias.

Palavras-Chave: Adaptação psicológica; Enfermeiro; Morte; Cuidados Paliativos

2. Abstract

The death of a patient affects nurses emotionally, physically and professionally, representing one of the biggest challenges in their clinical practice. The way in which individuals confront death is a personal experience and the use of coping strategies helps professionals managing this situation.

Based on the research question “What are nurses’ coping strategies when faced with death in Palliative Care?”, the objective of this study is to map nurses’ coping strategies when faced with death in Palliative Care.

To this end, a Scoping Review was carried out, guided by the Joanna Briggs Institute guidelines and PRISMA-ScR. The research was carried out in scientific databases, scientific repositories and reference lists. The studies, both publish and unpublished, were accepted, without temporal or language restrictions, provided they described the coping strategies of nurses in response to the death of an adult palliative care within an inpatient setting, in accordance with the population, concept and context. Data were extracted using an instrument developed by the researchers. The results were presented in a narrative format using tables and graphic representations.

In the Scoping Review, 11 studies were included. Various coping strategies were identified, which were divided into “Emotion-focused coping strategies” and “Problem-focused coping strategies”, according to the Folkman and Lazarus Theory.

The use of coping strategies to deal with the death of patients in palliative care is a reality, standing out as essential to promote the emotional health of nurses, reduce the risk of stress and burnout, increase job satisfaction and, consequently, improve care for end-of-life patients and their families.

Keywords: Adaptation, Psychological; Nurse; Death; Palliative Care

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Neste capítulo, expõe-se uma breve fundamentação teórica para enquadrar a temática do enfermeiro perante a morte e o *coping*, neste caso, através da Teoria de Folkman e Lazarus.

3.1. *O enfermeiro perante a morte*

A morte é um acontecimento natural e inevitável a todos os seres humanos. É compreendida como um episódio individual e exclusivo e o momento em que a vida biológica tem o seu fim, sendo vivida apenas por quem está a morrer (Silva et al., 2022). No entanto, morrer “é um processo de aceitação, de comunicação, de cuidado, que requer habilidades e capacitação de quem o vivencia” (Cardoso et al., 2021, p.2).

Ao longo da história, a maneira como se encara este fenómeno foi sendo alterada e as transformações relacionadas com os rituais de sepultamento e o aumento da institucionalização dos doentes e dos idosos mudaram o lugar de morte para dentro dos hospitais (Silva et al., 2021). A morte deixou de ser coletiva para ser um evento individual, de pública para ser privada e do âmbito natural da vida para um fenómeno que deve ser evitado, sem olhar a meios (Trotte et al., 2023).

O avanço científico e a integração da tecnologia na saúde proporcionam o aumento da esperança média de vida das pessoas com doenças crónicas mesmo em estadios mais avançados, estabilizando a sua condição de saúde (Trotte et al., 2023), sendo que a utilização de inúmeros e diferentes recursos terapêuticos, leva a uma maior probabilidade de sobrevivência (Silva et al., 2022).

Decorrente desta institucionalização e instrumentalização da morte, os enfermeiros estão cada vez mais suscetíveis a cuidar de pessoas em fim de vida e as investigações realizadas nesse contexto evidenciam que nem sempre se sentem preparados para tal (Cardoso et al., 2019).

Durante a formação académica, alicerçada numa prática curativa, os profissionais sentem-se comprometidos com a vida, principalmente com a sua dimensão biológica e biomédica, e o foco é direcionado à sua manutenção. A formação académica, concretamente dos enfermeiros, é voltada para procedimentos técnicos, dando pouco ênfase à reflexão sobre a

finitude e à prática de um cuidado mais humanizado e holístico (Trotte et al., 2023), o que leva à diminuição da qualidade dos cuidados prestados, principalmente no que se refere a cuidados de fim de vida, e a que estes profissionais de saúde se sintam impotentes, em relação ao processo de morte e morrer (Perboni et al., 2018).

Em CP, o foco desvia-se da cura para o conforto e qualidade de vida do doente e, segundo Trotte et al. (2023), humanizar os cuidados envolve o respeito pela individualidade da pessoa, sendo necessário entendê-la como alguém que não se resume apenas “a um ser com necessidades biológicas, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida sua dignidade ética” (p.2).

De facto, a literatura descreve que a principal fragilidade manifestada pelos enfermeiros, no que toca ao lidar com a morte, se relaciona com a formação que tiveram neste contexto, a qual é caracterizada como superficial e fragmentada (Cardoso et al., 2021).

No entanto, além da aquisição de conhecimento sobre a morte e sobre as práticas de cuidado em fim de vida, no contexto académico, também a promoção de práticas reflexivas e a supervisão clínica, no ambiente profissional, têm um papel fundamental na preparação dos enfermeiros para lidar com os doentes em fim de vida, diminuindo, simultaneamente, a probabilidade destes profissionais manifestarem ansiedade, *stress* e *burnout* (Cardoso et al., 2019). As autoras acrescentam que, ainda que não seja fácil aumentar a compreensão sobre a morte, o importante é que se garanta que os enfermeiros sejam capazes de reconhecer, não apenas os aspetos biológicos, mas também as implicações psicológicas, sociais e espirituais dessa vivência, tanto nos doentes e nas famílias sob o seu cuidado, como em si mesmos.

As vivências perante a finitude podem causar o adoecimento do profissional e prejudicar a sua vida pessoal e ocupacional (Mendes & Silva, 2021). Frequentemente, os enfermeiros sentem-se responsáveis pela defesa dos doentes, encarando a morte como uma derrota profissional, e manifestam muitas vezes sentimentos como angústia, frustração e impotência (Perboni et al., 2018; Silva et al., 2022).

Sendo o enfermeiro o profissional que entrega mais tempo, proximidade e disponibilidade pessoal face às necessidades dos doentes em fim de vida (Cardoso et al., 2021), é o que está em melhores condições para o acompanhar nesta situação de fragilidade, assim como à sua família, dando informação e suporte e proporcionando que esta participe nos cuidados. Esta abordagem requer responsabilidade, maior implicação pessoal e uma melhor preparação técnica e científica em conhecimento, habilidade, competências pessoais e profissionais,

dada a complexidade e delicadeza que a situação exige (Sapeta & Lopes, 2007). Não obstante, esta proximidade pode ser tanto positiva como negativa, na medida em que a frequente exposição à sobrecarga emocional consequente à morte, se pode traduzir numa vivência traumática (Silva et al., 2021).

Cardoso et al. (2021) afirmam que, dos enfermeiros, é esperado o desenvolvimento de competências para os cuidados a serem prestados no momento da morte de quem cuidam, independentemente da fase do ciclo vital em que os doentes se encontrem. Contudo, a literatura descreve que a vivência da morte se torna mais difícil quando o evento propicia lembranças em relação à morte dos seus próprios entes queridos, bem como quando existe projeção na morte do outro, reconhecendo a sua própria finitude (Perboni et al., 2018). O fim da vida de uma criança ou de um jovem adulto será mais marcante e comovente do que a morte de um idoso, devido à interrupção precoce de um ciclo (Silva et al., 2021), mas, quando o doente se apresenta em situação de sofrimento, sem qualidade de vida, os profissionais tendem a aceitar a morte mais pacificamente (Perboni et al., 2018).

No entanto, qualquer que seja a situação, a morte do doente é sempre um momento exigente e desafiante em termos emocionais e psicológicos, sendo que esta pode comprometer o bem-estar dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados por si prestados, tornando-se essencial que desenvolvam estratégias para lidar com estes momentos.

Importa perceber quais são estas estratégias, para se conseguir apoiar os enfermeiros na sua prática clínica. Como já referido, a formação académica neste âmbito é parca, pelo que a experiência para lidar com o momento da morte se vai adquirindo durante o percurso profissional, onde a cada nova vivência perante um episódio de morte, o enfermeiro aprende a lidar com a situação (Cardoso et al., 2019).

Segundo Silva et al. (2021), as instituições de saúde disponibilizam poucos ou nenhum apoio psicológico para as famílias e para as equipas que vivenciam diariamente o momento da morte, o que conduz a uma sobrecarga emocional, principalmente para os profissionais de enfermagem. Desta forma, as instituições necessitam de promover melhores condições de trabalho para estes profissionais de saúde, de forma a também serem tratados com humanização, atendendo a todas as suas necessidades e evitando o seu adoecimento. Como exemplo, a criação de grupos de diálogo entre os profissionais é um caminho para que tenham espaço de expor as suas preocupações e frustrações, ou a oferta de apoio psicológico, para que possam cuidar da sua saúde mental (Perboni et al., 2018).

Independentemente do contexto de trabalho, os CP são a base para se modificar as percepções existentes em relação ao processo de morrer e à morte dos doentes, tendo sempre em consideração os aspetos espirituais, físicos e psíquicos, bem como o alívio da dor e do sofrimento, em todas as suas vertentes. Ademais, é necessário que os profissionais se libertem de certas crenças e limitações, impostas por padrões culturais, para que possam encarar a morte como um processo natural, a fim de se envolverem sem a banalizar (Perboni et al., 2018).

Existem Teorias de Enfermagem que fundamentam a profissão como uma ciência, dotada de conhecimento próprio, no entanto, para o processo de cuidados no momento da morte, estas ainda não são claras. A evidência dá exemplos de algumas teorias que referenciam e orientam a prática de cuidados nesse momento tão específico, nomeadamente, a conceção de Virgínia Henderson (através da assistência para uma morte tranquila), a conceção de Afaf Meleis (para a facilitação do processo de transição que é vivido), ou a conceção de Madeleine Leininger (para assistir, apoiar e capacitar a pessoa para o momento da morte, de uma forma culturalmente significativa) (Cardoso et al., 2021).

A prática clínica dos enfermeiros, no âmbito da morte, deve ser construída com bases sólidas e, segundo Cardoso et al. (2019), uma das teorias de Enfermagem que melhor sustenta essa prática é a Teoria das Transições, de Afaf Meleis.

De acordo com esta teoria, o conceito central da Enfermagem é a transição que o indivíduo vivencia face aos acontecimentos da vida. As transições estão associadas a eventos marcantes e que podem deixar o doente vulnerável, como é o exemplo da morte (Meleis et al., 2000). Ideia corroborada por Ullrich et al. (2022), que defendem que a morte pode ser vista como um processo de transição e é inevitável e irreversível entre os humanos. Neste caso, trata-se de uma situação particular de saúde, de grande instabilidade como outras fases de transição do ciclo de vida, mas com a particularidade de se reportar ao fim da vida (Sapeta & Lopes, 2007).

O desafio do enfermeiro surge com a necessidade de suporte no processo de transição, procurando conhecer, planejar e implementar intervenções que se traduzam em ganhos em saúde e que proporcionem sensação de bem-estar e estabilidade da pessoa. Neste contexto, os enfermeiros devem antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar e ajudar pessoas a experienciar os processos transacionais, sendo que a transição se torna uma área de atenção para o profissional quando esta interfere na saúde das pessoas ou quando as respostas às transições são manifestadas por comportamentos que influenciam a saúde (Tavares et al., 2022).

Assim, os enfermeiros têm o desafio de entender os processos de transição, abordar os problemas vivenciados durante as experiências transitórias, de que é exemplo a morte, e desenvolver recursos que proporcionem apoio às pessoas nesses momentos (Cardoso et al., 2019).

Numa perspetiva inter e multidisciplinar, o EE deve implementar intervenções que maximizem o bem-estar e a qualidade de vida do cuidado à pessoa em situação paliativa e aos seus familiares e/ou cuidadores (Tavares et al., 2022).

3.2. *Coping*

De acordo com a evidência, o conceito de *coping* tem sido amplamente estudado e existem três grandes correntes, divergentes tanto a nível teórico, como metodológico, que explicam este conceito (Antoniazzi et al., 1998). Este estudo teve por base o Modelo de Folkman e Lazarus (1980), uma das teorias mais difundidas na literatura.

A teoria envolve quatro elementos principais: (1) o *coping* como um processo ou interação entre o indivíduo e o ambiente; (2) a sua função é gerir a situação causadora de stress, em vez de a controlar ou dominar; (3) o processo de *coping* pressupõe a noção de avaliação, ou seja, como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado; (4) o processo de *coping* define-se como uma mobilização de esforço, através do qual os sujeitos empreendem recursos cognitivos e comportamentais para gerir (reduzir, minimizar ou tolerar) as situações, internas ou externas, que surgem da sua interação com o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980).

Concretamente, o conceito de *coping* é caracterizado como um conjunto de esforços, comportamentais e cognitivos, utilizados pelas pessoas com o objetivo de lidar com circunstâncias específicas, internas ou externas, que surgem em situações de *stress* (Folkman & Lazarus, 1980). Por sua vez, as estratégias de *coping* são ações deliberadas, comportamentos ou pensamentos que têm a capacidade de afetar, positiva ou negativamente, a saúde física e mental dos indivíduos, com a competência de modificar a evolução do *stress*, seja confrontando ou evitando a situação (Antoniazzi et al., 1998).

O modelo dá ênfase à forma como o indivíduo interpreta o acontecimento e à posterior avaliação dos recursos que este utiliza para lidar com a situação, realçando o facto que a percepção do nível de *stress* depende de pessoa para pessoa e da própria circunstância em si. Neste caso, existem dois tipos de avaliação: a avaliação primária, que é definida como

processo cognitivo através do qual os sujeitos avaliam o risco envolvido numa determinada situação de *stress*, e a avaliação secundária, caracterizada pela análise de quais os recursos disponíveis (pessoais e sociais) e as opções para lidar com o problema (Antoniazzi et al., 1998).

Folkman e Lazarus (1980) propõem um modelo que divide o *coping* em duas categorias funcionais: o *coping* focado nas emoções e o *coping* focado nos problemas. As estratégias de *coping* focadas nas emoções desenvolvem-se quando a pessoa nada consegue fazer para alterar o evento ameaçador e os esforços são dirigidos ao objetivo de alterar o estado emocional do indivíduo. São exemplo destas estratégias o evitamento, a minimização da situação, o distanciamento, a distração ou o uso do humor (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

As estratégias de *coping* focadas no problema são centradas no evento, ou seja, existe um plano de resolução dos acontecimentos stressantes, utilizando uma colheita de informações sobre a situação, as quais ajudam à tomada de decisão. A função dessas estratégias é alterar o problema que está a causar a inquietação na relação entre a pessoa e o ambiente, sendo que a ação de *coping* pode ser direcionada interna ou externamente (Folkman & Lazarus, 1980). Quando o *coping* focado no problema é dirigido para uma fonte externa de *stress*, inclui estratégias como negociar, de forma a resolver um conflito interpessoal, ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. Quando dirigido internamente, costuma envolver reestruturação cognitiva, como a redefinição do elemento stressor (Antoniazzi et al., 1998).

O uso de estratégias de *coping* focadas na emoção ou no problema depende da avaliação da situação stressora, na qual a pessoa se encontra envolvida. Se a situação for modificável, o indivíduo tende a utilizar estratégias focadas no problema, contudo, se a situação for inalterável, o *coping* focado na emoção tende a ser mais utilizado. Apesar disso, a literatura revela que ambas as estratégias de *coping* são utilizadas em praticamente todas as circunstâncias, sendo que o uso de uma ou de outra pode variar em eficácia, consoante os diferentes tipos de stressores envolvidos. De tal forma que, o *coping* focado na emoção pode facilitar o *coping* focado no problema por remover a tensão e, do mesmo modo, o *coping* focado no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo a tensão emocional (Antoniazzi et al., 1998).

Outros tipos de estratégias de *coping* têm vindo a ser mencionados na literatura. São exemplos: o *coping* focado no significado (Folkman, 2008), baseado em “valores e crenças mais profundas e permite a revisão dos objetivos existenciais e a reordenação de prioridades por meio de experiência de vida com o propósito de motivar e sustentar o enfrentamento e

o bem-estar durante o tempo de dificuldades” (Dias & Pais-Ribeiro, 2019, p.63); e o *coping* focado nas relações interpessoais, na qual o indivíduo procura apoio nas pessoas do seu círculo social para a resolução da situação de *stress* (Antoniazzi et al., 1998).

Assim, visto que a morte de um doente é um dos fatores que causa maior *stress* ao enfermeiro durante a prática clínica, a utilização de estratégias pode facilitar a experiência vivida e diminuir a carga emocional que o momento acarreta.

4. Finalidade e objetivos

Atualmente, a Enfermagem baseia a sua *praxis* através do conhecimento científico, alicerçado na PBE. Os enfermeiros são continuamente desafiados para a procura deste conhecimento, com o objetivo de exercerem cuidados de excelência para uma cultura de segurança do doente (Sousa et al., 2018).

A formulação de questões é um princípio basilar do pensamento crítico e reflexivo e permite fazer julgamentos com suporte em evidências de forma a resolver problemas, definindo a pertinência e o sucesso da revisão a ser realizada. Do mesmo modo, é uma habilidade elementar e uma característica determinante da competência do EE, para fazer face à exigência de respostas exaustivas e precisas (Sousa et al., 2018). Neste seguimento, a questão de investigação que norteia o presente trabalho é: “Quais as estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em Cuidados Paliativos?”.

A finalidade deste estudo consiste em identificar as estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em Cuidados Paliativos. Para isso, desenvolveu-se uma *Scoping Review*, orientada pelas *guidelines* do *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020), com o objetivo de mapear as estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em Cuidados Paliativos.

5. Metodologia

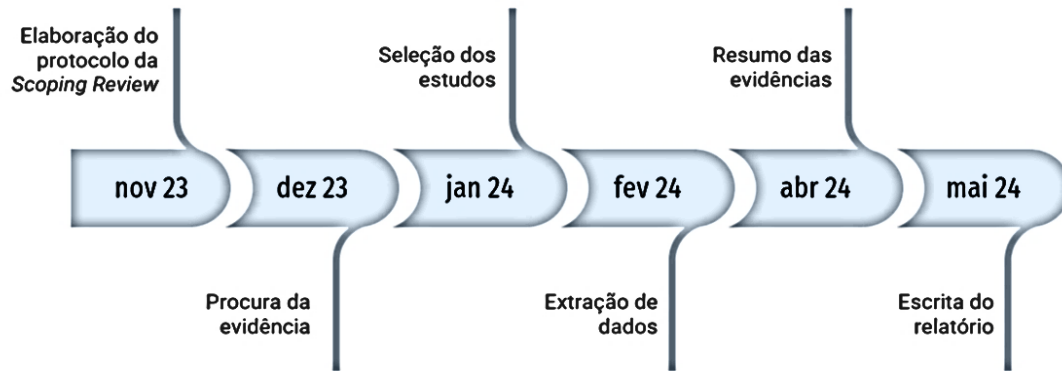
A PBE é um campo em expansão, sendo que, simultaneamente ao rápido aumento da disponibilidade de investigação primária, a realização de revisões também aumentou (Peters et al., 2020). Ao desenvolver uma revisão, o investigador tem como possibilidades detetar lacunas existentes, observar o estado da arte e oferecer suporte para outros estudos e para a tomada de decisão baseada em evidências (Salvador et al., 2021).

Para dar resposta à componente de investigação, realizou-se uma *Scoping Review*, sendo que, neste capítulo, se descreve todo o processo realizado para a sua concretização.

5.1. Desenho do estudo

A procura de evidência científica, através de revisões bibliográficas da literatura, é a base da PBE, especialmente em Enfermagem. Em detrimento de uma revisão narrativa, revisão integrativa ou revisão sistemática, realizou-se uma *Scoping Review*. Este tipo de revisão da literatura diferencia-se das demais, na medida em que auxilia na colheita de dados amplos e focados, sem distinção entre os tipos de estudos utilizados, ou seja, aceita a inclusão de todos os estudos existentes sobre a temática para uma revisão diversificada (Salvador et al., 2021). Tem como principais objetivos: (1) mapear os conceitos; (2) explorar a amplitude ou extensão da literatura e informar pesquisas futuras sobre uma temática; (3) identificar os tipos de evidências disponíveis; (4) identificar e analisar lacunas do conhecimento; (5) identificar a necessidade e viabilidade de realizar uma revisão sistemática sobre o assunto em estudo; (6) esclarecer conceitos e definições-chave na literatura (Peters et al., 2020; Salvador et al., 2021; Tricco et al., 2018).

Como orientação para a realização da *Scoping Review*, foram utilizadas as *guidelines* do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020) e para a elaboração da síntese da informação, foi utilizado um diagrama de fluxo, o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* para *Scoping Review* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018), sendo que foram estabelecidos limites temporais para as diferentes fases deste trabalho (Figura 1):

Figura 1: Calendarização da *Scoping Review*

O protocolo da revisão foi registado no *Open Science Framework*, de forma a divulgar o trabalho a ser realizado e evitar duplicações.

Procura pela evidência

Os critérios de elegibilidade para os estudos incluídos na *Scoping Review* foram definidos através da mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) (Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018). Quanto à população, foram aceites estudos sobre enfermeiros que trabalham com a pessoa em situação paliativa, sem restrição de tempo de serviço, género, idade, etnia ou outras características pessoais. Em relação ao conceito, foi revista a literatura que descrevesse as estratégias de *coping* perante a morte. Já o contexto foi limitado aos Cuidados Paliativos, prestados a pessoas com mais de 18 anos, em qualquer serviço de internamento.

Quanto à tipologia de estudos, foram considerados estudos do tipo quantitativo, qualitativo e misto, primários e secundários, literatura cinzenta, bem como literatura achada relevante incluída nas referências bibliográficas dos mesmos. Relativamente ao espaço temporal e ao idioma dos estudos, não existiram restrições de pesquisa. De forma sucinta, os critérios de inclusão e exclusão utilizados na pesquisa encontram-se definidos na Tabela 1.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Sem restrição temporal, nem de idioma	Estudantes de Enfermagem
Qualquer tipo de estudo	Cuidados Paliativos Pediátricos
Literatura cinzenta	

Tabela 1: Critérios de inclusão e exclusão

Inicialmente, foi efetuada uma pesquisa com termos livres “*Coping Strategies*” AND “*Nurses*” AND “*Death*” AND “*Palliative Care*”, na base de dados científica PubMed. De seguida, foram observados os termos *Medical Subject Headings* (MeSH), *CINAHL Headings* e os termos de

linguagem natural indexados nos artigos relevantes e estes foram registados e organizados na Tabela 2:

TERMOS		
MeSH	CINAHL Headings	Linguagem natural
• <i>Adaptation, Psychological</i> • <i>Coping*</i>	• <i>Adaptation, Psychological</i>	• <i>Coping skill</i> • <i>Coping skills</i> • <i>Coping technique</i> • <i>Coping techniques</i> • <i>Coping behavior</i> • <i>Coping behaviors</i> • <i>Coping strategy</i> • <i>Coping strategies</i>
• <i>Nurs*</i>	• <i>Nurs*</i>	• <i>Nurs*</i>
• <i>Death</i> • <i>End of life</i>	• <i>Death</i>	• <i>End of life</i> • <i>End-Of-Life</i>
• <i>Palliative Care</i> • <i>Hospice and Palliative Care Nursing</i> • <i>Terminal Care</i>	• <i>Palliative Care</i> • <i>Hospice Care</i> • <i>Terminal Care</i>	• <i>Hospice Care</i> • <i>Hospice and Palliative Care Nursing</i> • <i>End of life Care</i> • <i>End-of-life Care</i> • <i>Terminal Care</i>

Tabela 2: Termos indexados encontrados na pesquisa inicial

Posteriormente, de modo a formar uma frase booleana, adaptada às características de cada base de dados ou repositório científico, recorreu-se à utilização de truncatura (*), possibilitando múltiplas variações da mesma palavra, e à utilização dos operadores booleanos “OR” e “AND”.

A frase booleana foi desenvolvida da seguinte forma:

("Adaptation, Psychological" OR ("Coping")) AND ("Nurs*") AND ("Death" OR "End of life" OR "End-Of-Life") AND ("Palliative Care" OR "Hospice Care" OR "Hospice and Palliative Care Nursing" OR "End of life Care" OR "End-of-life Care" OR "Terminal Care").*

Depois, a pesquisa alargada foi efetuada nas bases de dados científicas eletrónicas: MedLine Complete (via PubMed), CINAHL Complete (via EBSCOhost), SciELO e Cochrane Library, como demonstrado na Tabela 3.

Pesquisa Medline (via Pubmed)		
#1	((("Adaptation, Psychological"[MeSH Terms]) OR ("Adaptation, Psychological"[Title/Abstract])) OR (("Coping*"[Title/Abstract])) OR ("Coping*"[MeSH Terms]))	182,047
#2	(Nurs*[MeSH Terms]) OR (Nurs*[Title/Abstract])	796,446
#3	(((((Death[MeSH Terms]) OR (death[Title/Abstract])) OR (End of life[Title/Abstract])) OR (End of life[MeSH Terms])) OR (End-Of-Life[MeSH Terms])) OR (End-Of-Life[Title/Abstract])	1,032,857
#4	((((((((((("Palliative Care"[MeSH Terms]) OR ("Hospice Care"[MeSH Terms])) OR ("Hospice and Palliative Care Nursing"[MeSH Terms])) OR ("Terminal Care"[MeSH Terms])) OR ("Palliative Care"[Title/Abstract])) OR ("Hospice Care"[Title/Abstract])) OR ("Hospice and Palliative Care Nursing"[Title/Abstract])) OR ("End of life Care"[Title/Abstract])) OR ("End-of-life Care"[Title/Abstract])) OR ("Terminal Care"[Title/Abstract])	127,162
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	628
#6	Filtro: "Adult: 19+ years"	322
Pesquisa CINAHL (via EBSCOhost)		
#1	("Adaptation, Psychological" OR ("Coping*"))	97,377
#2	("Nurs*")	1,019,016
#3	("Death" OR "End of life" OR "End-Of-Life")	242,239
#4	("Palliative Care" OR "Hospice Care" OR "Hospice and Palliative Care Nursing" OR "End of life Care" OR "End-of-life Care" OR "Terminal Care")	75,811
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	550
#6	Filtro: "All Adult"	204
Pesquisa SciELO		
#1	Coping* AND Nurs* AND Death AND Palliative Care	9
Pesquisa Cochrane Library		
#1	("Adaptation, Psychological" OR "Coping*")	16391
#2	Nurs*	75325
#3	"Death" OR "End of life" OR "End-Of-Life"	85433
#4	("Palliative Care" OR "Hospice Care" OR "Hospice and Palliative Care Nursing" OR "End of life Care" OR "End-of-life Care" OR "Terminal Care")	6910
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	91

Tabela 3: Estratégia de pesquisa nas diferentes bases de dados

De modo a investigar estudos não publicados, foi efetuada pesquisa nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). No entanto, constatou-se uma maior dificuldade em encontrar estudos nesta plataforma, pelo que se simplificou a estratégia de pesquisa, sendo que foram utilizados os mesmos termos da frase booleana inicial, tanto em inglês como em português. As tentativas de pesquisa foram registadas na Tabela 4:

Frase booleana em inglês	Frase booleana em português
<i>Coping AND Death AND Nurses AND Palliative Care</i>	Estratégias de <i>Coping</i> AND Morte AND Enfermeiros AND Cuidados Paliativos
<i>Coping AND End of life AND Nurses AND Palliative Care</i>	Estratégias de <i>Coping</i> AND Fim de vida AND Enfermeiros AND Cuidados Paliativos
<i>Adaptation, Psychological AND Death AND Nurses AND Palliative Care</i>	
<i>Adaptation, Psychological AND Nurses</i>	

Tabela 4: Estratégia de pesquisa nos RCAAP

Por fim, as referências bibliográficas de todos os estudos selecionados para análise foram examinadas para verificar a existência de estudos adicionais relevantes.

Seleção dos estudos

Efetuada a pesquisa, a evidência encontrada foi exportada para o *software* gestor de referências *Mendeley* e procedeu-se à remoção dos duplicados.

A seleção dos estudos foi realizada em duas fases. Na primeira fase, foram lidos os títulos e resumos dos estudos, para se verificar a elegibilidade dos mesmos. Na segunda fase, foram recuperados todos os estudos que pareciam cumprir os critérios de inclusão e foi efetuada a leitura integral dos mesmos, a fim de se averiguar a sua pertinência para a *Scoping Review*.

O acesso ao texto integral de alguns estudos apenas foi possível após contacto via eletrónico com os seus autores, com recurso a uma mensagem comum (Apêndice 4).

Ambas as fases foram realizadas de forma independente por dois revisores (Andresa Ferreira e Professor Mestre Luís Miguel Sousa) e, em caso de dúvida, as divergências foram resolvidas através de discussão. Por se tratar de uma *Scoping Review*, não foi efetuada a avaliação da qualidade metodológica dos estudos (Peters et al., 2020).

Extração de dados

Selecionados os estudos, procedeu-se à extração dos dados, usando um instrumento desenvolvido pelos investigadores (Tabela 5), baseado no instrumento-modelo do JBI para a extração de detalhes dos estudos, das características e resultados (Peters et al., 2020) e alinhado com o objetivo e questão de investigação.

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes (Andresa Ferreira e Professor Mestre Luís Miguel Sousa) e os desacordos que surgiram foram resolvidos através de discussão com um terceiro revisor (Professora Doutora Sónia Novais).

Artigo	Autor(es)	Ano	País de origem	Objetivo(s)	Desenho	População / Amostra	Contexto	Resultados

Tabela 5: Instrumento de extração de dados

Apresentação dos dados

Os resultados foram apresentados em formato narrativo e, sempre que necessário, explanados em tabelas ou representações gráficas, as quais facilitaram o mapeamento dos dados extraídos, tendo por base o objetivo e a questão de investigação da *Scoping Review*.

5.2. Considerações éticas

Tendo em conta que se trata de uma *Scoping Review*, não existiram aspetos éticos a considerar (Munn et al., 2018; Peters et al., 2020). Contudo, a pesquisa foi realizada com detalhe, rigor e transparência e este estudo teve por base os preceitos éticos da escrita de um trabalho científico, a qual deve ser direta, concisa e sustentada com exemplos concretos e específicos (Sampaio & Sardo, 2022).

Não existiram conflitos de interesses para este estudo.

6. Resultados

Os resultados obtidos do processo de procura e seleção de artigos foram explanados no fluxograma para *Scoping Review* – PRISMA-ScR (Figura 2).

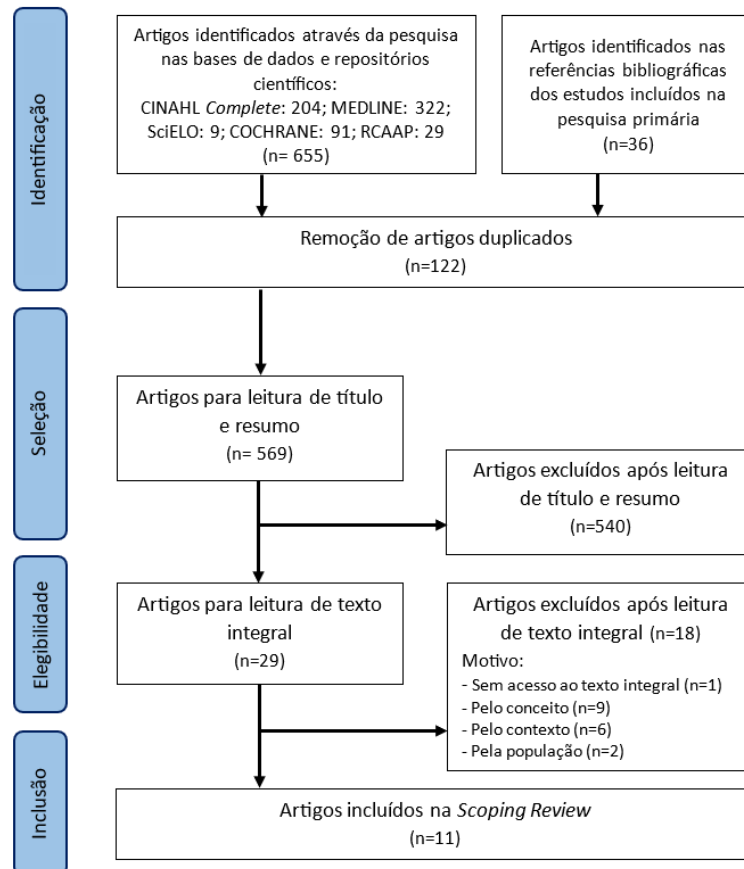


Figura 2: Fluxograma PRISMA-ScR

Um total de 691 documentos foram encontrados nas bases de dados eletrónicas e nas referências bibliográficas de artigos pesquisados inicialmente. Destes, 122 foram eliminados por duplicação. Para a fase de seleção, transitaram 569 estudos, dos quais 540 foram eliminados após a leitura de título e resumo. De seguida, foram lidos integralmente 29 artigos e, destes, foram excluídos 18: 1 artigo por não se conseguir obter o texto completo; 9 pelo conceito, ou seja, não referiam as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros perante a morte; 6 pelo contexto, isto é, o serviço de internamento não prestava cuidados paliativos; e 2 pela população, devido a integrarem estudantes de enfermagem ou mais profissionais de saúde para além dos enfermeiros e os dados não serem passíveis de segregação.

Os estudos incluídos na *Scoping Review* encontram-se elencados na Tabela 6:

A	Título	Autor(es) / Ano / País de origem	Objetivo(s)	Desenho	População / Amostra	Contexto	Resultados
A1	<i>Grieving With Humor: A Correlational Study on Sense of Humor and Professional Grief in Palliative Care Nurses</i>	Nunes et al. 2018 Portugal	Explorar a relação entre o humor e o luto profissional.	Quantitativo	66 enf.	CP	Os enfermeiros em CP podem vivenciar ambivalência, frustração e sentimentos de sobrecarga dada a proximidade com a morte. O humor é um recurso com benefícios para os enfermeiros, doentes e interações no cuidado, pois proporciona um alívio dos esforços associados aos cuidados de fim de vida e ao luto comumente vivenciado nesses contextos.
A2	<i>Living With Death and Dying: The Experience of Taiwanese Hospice Nurses</i>	Wu & Volker 2009 Taiwan	Explorar e descrever as experiências das enfermeiras que cuidam de doentes no processo de morrer.	Qualitativo	14 enf.	CP	Estratégias utilizadas: suporte emocional dos colegas, família e amigos; apoio e crenças religiosas; mudanças no estilo de vida: comer comida saudável, dormir bem, fazer exercício físico regularmente e participar em atividades relaxantes.

A3	<i>The Transformation Process in Nurses Caring for Dying Patients</i>	Huang et al. 2016 Taiwan	Explorar o processo transformativo nas enfermeiras que cuidam de doentes em processo de morte.	Qualitativo	8 enf.	CP	Trabalho emocional: enfrentar a morte dos doentes, chorar, recordar a perda de familiares. Cuidar do próprio: acalmar o doente, lidar com “negócios inacabados”, participar no funeral do doente. Cuidar dos outros: “reflexão antecipatória”, acertar as responsabilidades do próprio, do doente e da família.
A4	<i>Threats to the good death: the cultural context of stress and coping among hospice nurses</i>	McNamara et al. 1995 Austrália	Demonstrar como os enfermeiros percebem o <i>stress</i> no seu local de trabalho e lidam com os doentes em processo de morte.	Qualitativo	22 enf.	CP	Estratégias utilizadas: alterar o discurso e a definição de “falhar”; reflexão: da autoavaliação à justificação; problematizar e abrir mão do controlo; negociar e validar suporte; contextualizar a morte.

A5	<i>How Do Oncology Nurses Cope With the Psychological Burden of Caring for Dying Patients?</i>	Lee et al. 2022 Coreia do Sul	Explorar as estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos enfermeiros de oncologia para lidar com a morte dos doentes.	Qualitativo	10 enf.	Oncologia	Evitar a morte dos doentes; refletir sobre o significado da própria vida e da morte; suprimir o sofrimento emocional em relação à morte do doente; falar sobre isso ou tentar esquecer (beber, dormir e comer compulsivamente) e participar em atividades religiosas; tornar-se mais gentil e atencioso com as pessoas.
A6	<i>Peer support helps oncology nurses deal with dying patients</i>	Cruchet 1994 Canadá	Perceber se a participação num grupo de suporte auxilia os enfermeiros de oncologia a lidar melhor com a morte do doente.	Quantitativo	20 enf.	Oncologia	Estratégias de <i>coping</i> pessoais: ir ao funeral do doente; separar a “vida do trabalho” da “vida de casa”; ligar à família uns meses depois para saber como têm passado; rever a situação. Estratégias de <i>coping</i> em equipa: estar ou não sozinho para os cuidados pós-morte; partilhar pensamentos e reações com os colegas numa pausa.

A7	Cuidar da pessoa no processo de morrer numa unidade de cuidados continuados – experiências do enfermeiro	Sampaio 2015 Portugal	Conhecer as experiências do enfermeiro no âmbito do cuidar da pessoa em processo de morte numa UCC.	Qualitativo	11 enf.	UCC	Estratégias de <i>coping</i> utilizadas: afastamento; partilha de experiências; aceitação; nenhuma estratégia.
A8	<i>ICU Nurses' Experiences in Providing Terminal Care</i>	Espinosa et al. 2010 EUA	Explorar as experiências dos enfermeiros da UCI a cuidar de doentes terminais.	Qualitativo	18 enf.	UCI	Estratégias de <i>coping</i> utilizadas: construir uma relação de confiança com as famílias; chorar; humor; falar com os colegas; evitar cuidar de doentes terminais; “criar uma capa”.
A9	<i>“Time and life is fragile”: An integrative review of nurses' experiences after patient death in adult critical care</i>	Bloomer et al. 2023 Austrália	Sintetizar a evidência sobre as experiências dos enfermeiros da UCI após a morte dos doentes.	Revisão integrativa	35 art.	UCI	<i>Coping</i> do enfermeiro perante a morte do doente: resposta emocional à morte do doente e utilização de estratégias de <i>coping</i> .

A10	Estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o processo de morrer	Azevedo et al. 2018 Portugal	Descrever as estratégias de <i>coping</i> dos enfermeiros para lidarem com o processo de morrer e avaliar se existe associação entre as estratégias de <i>coping</i> e as características sociodemográficas da população em estudo.	Quantitativo	77 enf.	Variado	Estratégias utilizadas: dedicar-se a atividades prazerosas; procurar apoio junto dos colegas de trabalho; humor; distanciamento emocional - “pelo desempenho profissional posso fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis”; “desenvolvi uma filosofia de vida que me permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte”.
A11	<i>How nurses cope with patient death: a systematic review and qualitative meta-synthesis</i>	Zheng et al. 2018 Austrália	Rever a literatura sobre as estratégias de <i>coping</i> dos enfermeiros com a morte dos doentes.	Revisão sistemática e meta-síntese qualitativa	16 art.	Variado	Recursos intrínsecos: estabelecimento de limites, reflexão, choro, crenças de morte, experiência de vida e trabalho e rotinas e atividades diárias. Recursos extrínsecos: falar e ser ouvido, práticas espirituais, educação e programas e <i>debriefing</i> .

Tabela 6: Estudos incluídos na *Scoping Review*

De salientar que, apesar do contacto com os autores, não foi possível obter o texto completo de um artigo (n=1).

No que concerne ao ano de publicação, os artigos incluídos na *Scoping Review* variaram entre 1994 e 2023, destacando-se o ano de 2018 (n=3), como se pode observar na Figura 3.

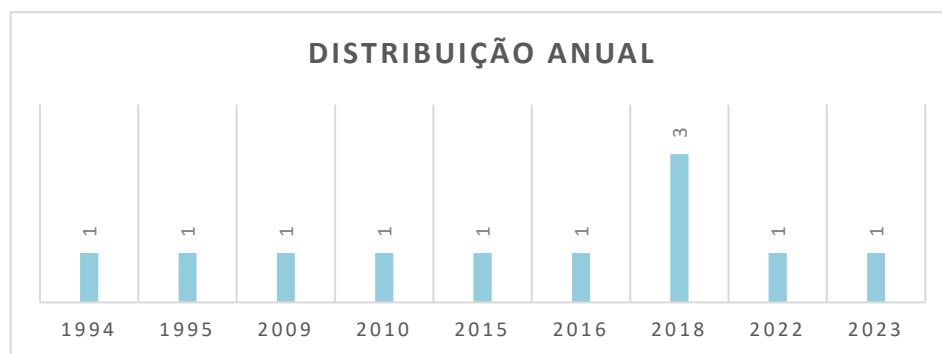


Figura 3: Distribuição dos artigos incluídos na *Scoping Review* por ano de publicação

Em relação à distribuição geográfica dos artigos, estes dividem-se num total de cinco países, sendo que se salientam Austrália e Portugal (n=3), seguindo-se Taiwan (n=2), tal como representado na Figura 4.

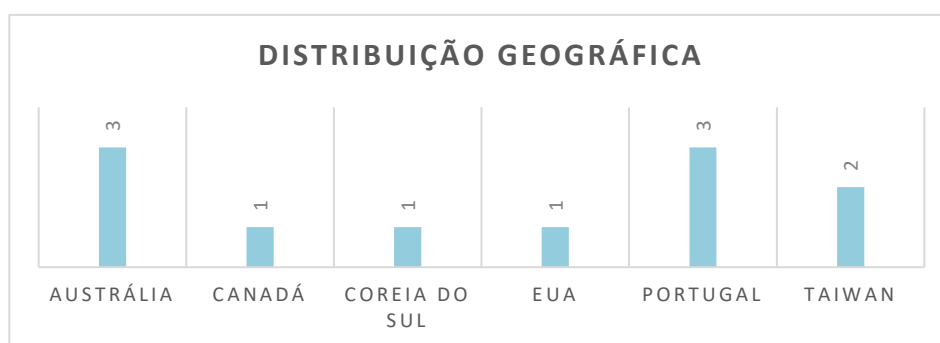


Figura 4: Distribuição dos artigos incluídos na *Scoping Review* por país

A distribuição do contexto refere-se à classificação dos artigos de acordo com o serviço de internamento que estes representam, evidenciando-se o serviço de CP (n=4). A Figura 5 mostra essa distribuição.

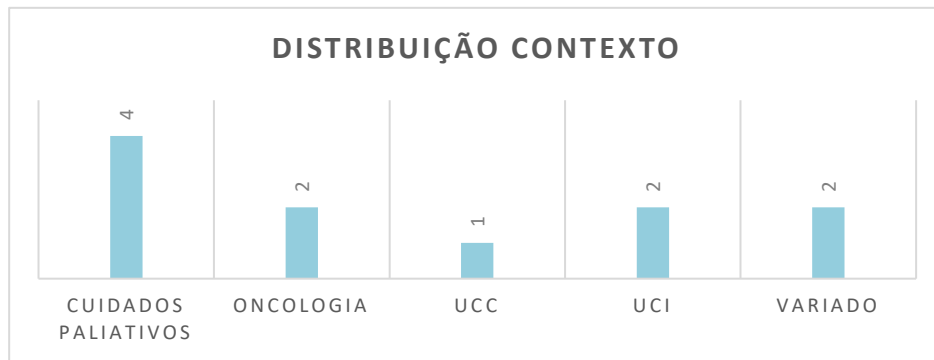


Figura 5: Distribuição dos artigos incluídos na *Scoping Review* por serviço de internamento

As estratégias de *coping* identificadas na análise dos estudos foram agrupadas em dois tópicos, de acordo com a Teoria de Folkman e Lazarus, apresentada anteriormente: estratégias de *coping* focadas na emoção e estratégias de *coping* focadas no problema.

Inicialmente, importa referir que, apesar da maior parte dos enfermeiros utilizarem estratégias de *coping* perante a morte em CP, o estudo de Sampaio (2015) refere que alguns enfermeiros não mobilizam qualquer tipo de estratégia.

6.1. Estratégias de *coping* focadas na emoção

O *coping* focado na emoção tem como função principal a regulação da resposta emocional causada pelo problema com o qual o indivíduo se depara (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). Da análise dos estudos incluídos na *Scoping Review*, emergiram os seguintes temas: conceções sobre a morte, dar significado ao evento, emoções, papel profissional, atividades de vida diária e lazer e religiosidade e/ou espiritualidade.

Conceções sobre a morte

A morte do primeiro doente é uma experiência perturbadora e assustadora que faz com que alguns dos participantes nos estudos quisessem evitar prestar cuidados de fim de vida (Espinosa et al., 2010; Lee et al., 2022), de modo a evitar a morte do doente (Zheng et al., 2018).

“Eu odiava ir trabalhar no dia seguinte. (...) Eu queria evitar a morte tanto quanto possível.”
(Lee et al., 2022, p.3).

O afastamento é uma estratégia instintiva que os enfermeiros utilizam para a fuga de situações desafiadoras, como é o caso da morte (Huang et al., 2016; Lee et al., 2022; Sampaio, 2015; Zheng et al., 2018), sendo que é frequentemente utilizada quando os doentes apresentam características semelhantes aos seus familiares (Huang et al., 2016).

A aceitação da morte é uma estratégia utilizada, na medida em que esta situação é tão comum no quotidiano de um enfermeiro, que passa a ser “normal”, deixando de gerar impacto emocional (Sampaio, 2015). A morte é percebida como parte natural da vida (Bloomer et al., 2023; Zheng et al., 2018), ou uma “questão do destino” que não se pode controlar (Zheng et al., 2018). Apesar disso, no que concerne à faixa etária do doente, a morte de um idoso é descrita como mais aceitável do que a morte de um jovem (Bloomer et al., 2023; Lee et al., 2022).

“No doente idoso, a morte é mais normal, dá-lhe o eterno descanso. É a lei da vida que um doente idoso deve morrer.” (Bloomer et al., 2023, p.885).

Além destas, a culpabilização pela morte (Lee et al., 2022) e a tentativa de esquecer a morte do doente (Lee et al., 2022) também estão descritas.

Dar significado ao evento

A presença constante com a morte leva os enfermeiros a refletirem sobre si mesmos (Bloomer et al., 2023; Wu & Volker, 2009; Zheng et al., 2018) e sobre as suas próprias vidas, dando-lhe mais valor do que antes (Azevedo et al., 2018; Lee et al., 2022; McNamara et al., 1995; Wu & Volker, 2009; Zheng et al., 2018).

“Parece horrível, eu sei, mas quando vejo alguém morrer, digo: graças a Deus, não sou eu!” (McNamara et al., 1995, p.240).

Os enfermeiros afirmaram que se tornaram mais empáticos e sensíveis ao trabalharem em CP (Wu & Volker, 2009). O facto de presenciarem a morte de doentes que estavam sozinhos permitiu-lhes dar mais valor à família, o que os motivou a serem mais gentis com seus próprios familiares (Lee et al., 2022).

Quando um doente, de 60 anos, com cancro retal morreu, não havia nenhum membro da família presente. (...) É muito triste morrer sozinho. (...) Depois de testemunhar aquela morte solitária, eu percebi que não adiantava, mesmo que eu tivesse muito dinheiro. Eu queria morrer enquanto estava, uma última vez, com o

meu ente querido. Eu queria viver uma vida onde pudesse receber palavras de conforto (...) (Lee et al., 2022, p.4).

Emoções

O impacto emocional nos enfermeiros que cuidam de doentes em fim de vida é muito relevante, na medida em que muitos suprimem as próprias emoções (Huang et al., 2016), outros evitam envolver-se (Azevedo et al., 2018; Bloomer et al., 2023; Lee et al., 2022; Zheng et al., 2018), outros ainda “desligam” (Espinosa et al., 2010).

Os artigos demonstram que chorar é uma das estratégias mais utilizadas (Espinosa et al., 2010; Huang et al., 2016; Lee et al., 2022; Zheng et al., 2018). A morte de um doente é um momento muito triste (Lee et al., 2022) e o choro foi identificado como uma forma que os enfermeiros demonstram e lidam com suas emoções. Alguns enfermeiros podem chorar sozinhos (Zheng et al., 2018), enquanto outros choram com os familiares dos doentes (Espinosa et al., 2010; Zheng et al., 2018) ou com outros profissionais (Espinosa et al., 2010), sendo que chorar não interfere no cuidado prestado (Espinosa et al., 2010).

Pelo contrário, vários artigos apontam o uso do humor (Azevedo et al., 2018; Bloomer et al., 2023; Espinosa et al., 2010; McNamara et al., 1995; Nunes et al., 2018; Zheng et al., 2018) e fazer piadas (Zheng et al., 2018) como estratégias de *coping*. O tipo de humor mais utilizado é o humor negro (McNamara et al., 1995; Nunes et al., 2018).

Papel profissional

Os enfermeiros expressam o desejo de prestar cuidados de melhor qualidade para ajudar os doentes a experienciar conforto, paz e dignidade (Azevedo et al., 2018; Lee et al., 2022; Wu & Volker, 2009). Para isso, é manifestada a necessidade de construir uma relação de confiança com a família do doente em situação paliativa (Bloomer et al., 2023; Espinosa et al., 2010; Zheng et al., 2018), visto que condiciona as suas respostas emocionais à situação.

“Eu não sabia porque tinha uma ligação especial com as famílias de alguns doentes. Depois de eles morrerem, as suas famílias abraçaram-me e choraram como se eu fizesse parte da família deles” (Wu & Volker, 2009, p.580).

A literatura analisada descreve que as experiências anteriores de vida e de trabalho também têm impacto na forma como os enfermeiros lidam com a morte. Quanto mais anos de experiência em Enfermagem, melhor a habilidade em enfrentar a morte do doente (Lee et al., 2022; Zheng et al., 2018). Os enfermeiros vão aprendendo com as suas próprias vivências passadas (Bloomer et al., 2023).

"Lembro-me que quando minha avó estava a morrer, ela não fechou os olhos até me ver, eu era a sua neta favorita. Quando eu estava a cuidar daquele doente idoso, não pude deixar de reviver aquela cena na minha mente." (Huang et al., 2016, p.112).

O distanciamento emocional leva os enfermeiros a desempenharem um papel estritamente profissional (Huang et al., 2016; Lee et al., 2022), evitando envolver-se emocionalmente com o doente e com a sua família. No entanto, a abertura emocional aos doentes, familiares cuidadores e a outros membros da equipa, não é apenas desejável, como também está implícita na filosofia dos CP (McNamara et al., 1995).

Por vezes, a carga emocional é tão elevada que os enfermeiros questionam a sua permanência em CP, colocando mesmo em hipótese o abandono ou mudança de especialidade (Lee et al., 2022; Wu & Volker, 2009).

"Às vezes, tenho vontade de largar o emprego porque é um trabalho árduo. Saímos tarde do serviço e dedicamos o corpo, mente e espírito a este trabalho. Na verdade, tenho lutado para decidir se devo deixar o emprego ou não." (Wu & Volker, 2009, p.581).

Atividades de vida diária e lazer

Outras estratégias de *coping* utilizadas incluíam a prática de exercício físico regular (Bloomer et al., 2023; Wu & Volker, 2009; Zheng et al., 2018), comer alimentos saudáveis (Wu & Volker, 2009; Zheng et al., 2018) ou comer compulsivamente (Lee et al., 2022) e ter um sono adequado (Bloomer et al., 2023; Lee et al., 2022; Wu & Volker, 2009; Zheng et al., 2018).

Da mesma forma, participar em atividades de lazer (Azevedo et al., 2018; Bloomer et al., 2023; Lee et al., 2022; Wu & Volker, 2009; Zheng et al., 2018), que sejam relaxantes e prazerosas, tais como passar tempo sozinho (Bloomer et al., 2023; Zheng et al., 2018), beber com amigos (Bloomer et al., 2023; Lee et al., 2022), ler e ver televisão (Zheng et al., 2018), meditação (Lee et al., 2022) ou passar tempo com a família (Bloomer et al., 2023), também foram muito mencionadas na literatura.

Religiosidade e/ou Espiritualidade

As atividades religiosas ajudam os enfermeiros a superar o sofrimento emocional causado pela morte de um doente (Bloomer et al., 2023; Lee et al., 2022; Wu & Volker, 2009; Zheng et al., 2018). Atividades como ir à igreja (Zheng et al., 2018), rezar (Bloomer et al., 2023; Lee et al., 2022; Zheng et al., 2018) e ter fé (Bloomer et al., 2023; Zheng et al., 2018) reduzem a ansiedade provocada pela morte e os sentimentos de desamparo, culpa e fracasso pessoal

dos enfermeiros (Zheng et al., 2018). No entanto, alguns enfermeiros desacreditam na sua fé quando assistem à morte de um doente que sofreu muito (Zheng et al., 2018).

Ainda neste domínio, a participação em funerais de doentes demonstrou ajudar significativamente os enfermeiros a expressarem o seu pesar (Bloomer et al., 2023; Cruchet, 1994; Huang et al., 2016).

Acho que a religião tem uma forte influência sobre mim. Sou cristão e não conheço outras religiões, mas o cristianismo postula que a morte não é o fim, mas um novo começo. Por isso, quando fico ao lado dos doentes nos seus leitos de morte, também me aproximo deles religiosamente, rezo por eles e pelos cuidadores e digo-lhes que devem pensar que a morte significa o fim neste mundo, mas um começo num outro lugar. Pessoalmente, quando estou a passar por momentos difíceis, vou à igreja e rezo pelos meus doentes e cuidadores (Lee et al., 2022, p.5).

6.2. *Estratégias de coping focadas no problema*

No *coping* focado no problema, a principal função é modificar o problema que causa a tensão entre a pessoa e o ambiente (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). Salientam-se dois temas: o apoio externo e os programas educativos.

Apoio externo

Falar e ser ouvido por outros é considerado essencial (Zheng et al., 2018). Para isso, os enfermeiros estabelecem redes informais de apoio com os seus colegas (Azevedo et al., 2018; Bloomer et al., 2023; Cruchet, 1994; Espinosa et al., 2010; Sampaio, 2015; Wu & Volker, 2009; Zheng et al., 2018), amigos (Lee et al., 2022; Wu & Volker, 2009; Zheng et al., 2018), familiares (Lee et al., 2022; McNamara et al., 1995; Wu & Volker, 2009; Zheng et al., 2018,) e até com os familiares dos doentes (Zheng et al., 2018).

Apesar do apoio dos familiares ser descrito como importante em vários artigos, a maioria dos enfermeiros recorre aos seus colegas na procura de apoio (McNamara et al., 1995). Embora os enfermeiros justifiquem este comportamento como não quererem sobrecarregar emocionalmente os seus familiares (Espinosa et al., 2010; McNamara et al., 1995), existem outras motivações, nomeadamente o facto de estes não quererem saber do assunto ou não

entenderem (Bloomer et al., 2023; McNamara et al., 1995), bem como pretenderem criar um espaço que seja livre do trabalho (McNamara et al., 1995).

A família não entende (...) Quando dizes: “Eu tive um dia realmente horrível”, eles respondem: “Ah, o meu também: a coluna A não somava com a coluna B e isso deixava a coluna C totalmente desconfigurada.” (...) Não, alguém morreu! Ninguém entende, exceto as pessoas que estão aqui (Bloomer et al., 2023, p.886).

A partilha de experiências é utilizada com a finalidade de resolver problemas interiores e como forma de “desabafo” de situações menos agradáveis (Sampaio, 2015), além de que consolida as redes de apoio e atua na validação e fortalecimento do sistema de valores dos enfermeiros (McNamara et al., 1995).

Programas educativos

De acordo com os estudos incluídos, os enfermeiros consideram que a participação em atividades educativas os ajuda a lidar melhor com a morte do doente (Zheng et al., 2018). São exemplos: o apoio institucional na forma de reuniões regulares (Zheng et al., 2018), supervisão clínica e *debriefing* formal (Bloomer et al., 2023), educação em cuidados e aconselhamento no luto (Zheng et al., 2018), bem como grupos de apoio de pares (Cruchet, 1994).

Os programas educativos apresentam-se como úteis e positivos, dado que permitem partilhar os pensamentos e sentimentos e validar as relações que os enfermeiros tinham com os doentes que morreram. Apesar disso, a evidência revela que, mesmo quando a instituição dispõe dessa possibilidade, os enfermeiros raramente recorrem a meios de ajuda formal (Bloomer et al., 2023; Sampaio, 2015).

7. Discussão

O objetivo deste estudo foi mapear as estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em CP. De acordo com os resultados apresentados anteriormente, expõe-se uma discussão sobre os mesmos e uma comparação com outra evidência relevante.

A morte do doente afeta os enfermeiros a nível emocional, físico e profissional e a forma como cada um encara a morte é uma experiência pessoal (Zheng et al., 2018). Cuidar de pessoas em situação terminal mobiliza nos profissionais diversos tipos de sentimentos, nomeadamente, de tristeza, de pesar e/ou abalo emocional, bem como sensação de impotência, principalmente quando existe relação afetiva entre ambos (Barros et al., 2019; Santos & Rodrigues, 2023). O cuidado requer do enfermeiro não apenas conhecimentos teóricos sobre a doença, mas a habilidade em lidar com os sentimentos do doente e com as próprias emoções diante da finitude da vida (Ribeiro et al., 2022).

Providenciar cuidados na terminalidade da vida e assistir regularmente à morte de um doente acarreta malefícios à vida profissional e pessoal dos enfermeiros, que são os profissionais que mais tempo passam com o doente nesta fase da vida. Desta forma, o enfermeiro utiliza estratégias de *coping*, que são “conscientemente adotadas e abandonadas para resolver a situação ou promover adaptação, minimizando sofrimento e maximizando satisfação” (Lazaroto et al., 2018, p.568).

Conforme o referencial teórico de Folkman e Lazarus, as estratégias de *coping* focadas na emoção são caracterizadas pela tentativa de regular o estado emocional diante do foco de *stress*, sendo derivadas das reações de defesa psicológica, que tentam proteger a pessoa do confronto com a realidade ameaçadora. O *coping* focado no problema centra-se nos esforços que são utilizados para intervir na situação que origina o *stress*, na intenção de modificá-lo e de melhorar a relação da pessoa com o ambiente gerador de tensão (Lazaroto et al., 2018).

Com a análise dos estudos incluídos na *Scoping Review*, identificaram-se inúmeras estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros perante a morte da pessoa em situação paliativa. Entre elas, destacam-se as conceções sobre a morte, o recurso a apoios externos, a prática de atividades de lazer, bem como de atividades religiosas.

Estes achados vão de encontro ao descrito em estudos realizados que mostram que as estratégias de *coping* preferidas dos enfermeiros são a resolução planeada de problemas, a

espiritualidade e/ou religiosidade, a procura de apoio social e a reavaliação positiva (Martínez-Zaragoza et al., 2020; Powell et al., 2019).

O enfermeiro, a fim de diminuir o sofrimento que lhe pode vir a causar, afasta-se ou tenta evitar a morte de um doente. Santos & Rodrigues (2023) destacam dois tipos de afastamento: o afastamento do pensamento, em que o enfermeiro recorre a atividades e/ou pensamentos alternativos para cessar o pensamento que induz o mal-estar; e o afastamento afetivo, que pode dificultar o estabelecimento de vínculos terapêuticos futuros ou promover a rutura de vínculos já definidos anteriormente, o que pode gerar no doente o sentimento de abandono diante da morte, afetando, assim, a qualidade de vida e o cuidado na vertente relacional.

Sendo que o enfermeiro tem um papel de liderança na comunicação e cooperação dentro da equipa multidisciplinar, o facto de ser incapaz de discutir assuntos relacionados com a morte do doente, coloca desafios relacionados com os seus papéis pessoais e profissionais, o que pode resultar em cuidados de fim de vida de baixa qualidade (Zhang et al., 2022).

Fazer a diferença na vida do doente e da sua família é apontada como a principal razão pelos quais os enfermeiros ingressam na profissão de Enfermagem (Powell et al., 2019). No que concerne à dedicação ao papel profissional, os estudos encontrados focam-se na componente emocional, visto que o descrito é o desejo de proporcionar altos níveis de conforto, paz e dignidade, enfatizando, assim, a promoção da dignidade e a expressão de empatia e compaixão pela situação do doente. Em contrapartida, Barros et al. (2019) descrevem o planeamento das ações do cuidado como uma estratégia, centrando-se, então, no problema. Desta forma, os enfermeiros atendem à resolução do problema através da execução de um plano de cuidados, análise lógica, esforço persistente e determinação.

A prestação de cuidados sobrepõe-se ao sofrimento do enfermeiro que convive continuamente com o óbito, pois o receio de demonstrar os sentimentos é algo aprendido durante a formação académica. Os profissionais de saúde são impostos a manter uma postura firme, sendo quase impedidos de expressar o que sentem a respeito do trabalho. Como consequência, não há espaço nem tempo para a elaboração das emoções face a uma perda e esta condição permite a prevalência do sofrimento (Lazarroto et al., 2018; Santos & Rodrigues, 2023), o que vai ao encontro aos resultados encontrados na *Scoping Review*.

O uso do humor foi uma das estratégias de *coping* mais identificadas, aparecendo descrita em seis dos onze artigos. O uso do humor é muito valorizado em CP devido à capacidade que tem para melhorar o relacionamento entre a tríade doente-familiar-enfermeiro, bem como entre os próprios profissionais. Por um lado, o humor ajuda a formar vínculos, “quebrar o

gelo”, demonstrar confiança, reduzir os níveis de medo e a fortalecer a relação terapêutica com o doente e o familiar. Por outro, esta ferramenta melhora o trabalho em equipa, reduz o *stress* e aumenta a satisfação no local de trabalho, neutraliza diferenças hierárquicas e gera confiança entre profissionais (Pinna et al., 2018).

A grande influência da religiosidade e/ou espiritualidade como estratégias de *coping* foi notória nos estudos. As práticas são utilizadas como um refúgio, confortando as pessoas perante a iminência da morte (Barros et al., 2019). Estes achados são corroborados pelos encontrados no estudo de Vegas et al. (2023), em que 48% dos enfermeiros utilizam a oração como principal estratégia para enfrentar o sofrimento, bem como no de Lazzaroto et al. (2018) que realça que as crenças, a fé e a oração são elementos construtivos e geradores de apoio e conforto, frente às dificuldades. Esta estratégia focada na emoção atua nos enfermeiros como um amparo emocional permitindo, dessa forma, uma reorganização subjetiva na compreensão e aceitação do evento da morte (Santos & Rodrigues, 2023).

No que diz respeito às atividades de vida diária e de lazer, os resultados obtidos relacionam-se com os descritos por Martins (2020) que recomenda a manutenção de hábitos saudáveis, como, por exemplo, fazer dieta, ter um sono de qualidade, dançar, praticar *tai chi* e meditação, bem como a prática de ioga, que também foi mencionada por 14% dos participantes no estudo de Vegas et al. (2023).

O suporte externo foi considerado como fulcral para os enfermeiros, nomeadamente o apoio vindo por parte dos colegas, descrito na maior parte dos artigos analisados. A literatura refere que os enfermeiros procuram este apoio com o intuito de obter suporte emocional, amenizando, assim, sentimentos de angústia e frustração provenientes do processo de cuidar. A partilha de experiências contribui para a criação e fortalecimento de uma rede de apoio, bem como para a expressão de sentimentos, possibilitando o respeito às singularidades de cada um (Barros et al., 2019; Santos & Rodrigues, 2023).

Vários estudos indicaram que a implementação de ações educativas pode melhorar significativamente a resiliência dos enfermeiros, bem-estar emocional e capacidade de atuar em momentos de situações difíceis, como é exemplo a morte de um doente.

Uma educação insuficiente promove que os profissionais de saúde se sintam menos competentes e suscetíveis a experienciar *burnout*, exaustão emocional e maior sofrimento moral, sendo que só através da formação de profissionais de saúde se conseguem obter ganhos em saúde e garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Wong et al., 2022).

Na mesma ordem de ideias, Tavares et al. (2022) referem que os profissionais de saúde têm um papel preponderante na desconstrução de significados e crenças erróneas, pelo que é de suma importância o reforço da educação sobre CP junto de outros profissionais.

Estudos priorizam a necessidade de treino em relação à dificuldade em lidar com os processos de morte e morrer, sendo que a melhoria do conhecimento nesta temática provoca mudanças comportamentais no enfermeiro (Santos & Rodrigues, 2023). As intervenções mais documentadas e que demonstram maior eficácia prendem-se com a promoção de modalidades educativas ativas, através do treino de competências de comunicação e interpessoais, recorrendo, por exemplo, a práticas de simulação de intervenções digitais, técnicas de *role-playing*, *briefing*, debates, palestras, oficinas e estabelecimento de parcerias entre os serviços de internamento e as instituições de formação (Costeira et al., 2022; Martínez-Zaragoza et al., 2020; Zamarchi & Leitão, 2023).

Adicionalmente, Pais et al. (2020) enfatizam que a realização de projetos institucionais de partilha de emoções e experiências, assim como o desenvolvimento de ações formativas nas áreas da inteligência emocional, CP e estratégias de *coping* perante a morte, através de ferramentas de *coaching*, demonstraram ser métodos que ajudaram os enfermeiros a trabalhar as suas emoções perante a morte e o morrer, melhorando as suas *performances* no cuidado ao doente na finitude da vida.

Os resultados da *Scoping Review* de Zamarchi & Leitão (2023) apontam alguns dos temas sobre os quais podem ser realizadas ações educativas em CP, nomeadamente, comunicação em CP, a morte e o morrer, educação para a morte e espiritualidade, bem como propostas numa vertente mais de capacitação técnica e psicológica, relacionadas com a comunicação de más notícias e estratégias de *coping*.

Neste seguimento, no âmbito das suas competências, o EE pode participar como mentor e impulsionador destas ações na equipa. Segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, o EE “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (p.4749), sendo que deve atuar como formador oportuno, diagnosticar necessidades formativas, gerir programas e dispositivos, favorecer a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, bem como avaliar o impacto da formação.

O EE pode ser um importante dinamizador para a educação sobre a temática da morte diante das equipas e instituições, proporcionando liderança, recursos e suporte necessários para preparar outros profissionais de saúde para enfrentar essas dificuldades de forma eficaz.

No entanto, mesmo quando existem programas educacionais formais voltados para a temática da morte, a evidência demonstra que têm pouca afluência por parte dos enfermeiros. Os estudos revelam que os enfermeiros vão ganhando experiência em lidar com a morte à medida que cada morte ocorre, o que é semelhante ao descrito por Costeira et al. (2022) e Pais et al. (2020), que sugerem que a idade e a experiência profissional interferem com a capacidade de os enfermeiros gerirem as emoções perante a morte dos doentes, sendo que quanto menor a idade e a experiência profissional, menor a capacidade.

Em suma, não existem estratégias de *coping* certas ou erradas. Na maioria dos casos, a abordagem dos enfermeiros pode envolver o uso de ambos os tipos de estratégias. Os cuidados na terminalidade da vida exigem uma abordagem holística, pelo que, tanto a vertente emocional, como a instrumental são discutidas de forma integral. Cabe ao indivíduo optar pela utilização (ou não) da estratégia que for mais efetiva naquele momento e contexto, de modo a que seja alcançado um resultado aceitável de adaptação ou de modificação da situação (Lazarroto et al., 2018).

8. Conclusão

Partindo da premissa que a morte de um doente é um ponto fulcral na relação entre o enfermeiro e o meio que o envolve, com a análise dos artigos incluídos na *Scoping Review*, fica demonstrado que as relações interpessoais ou até mesmo com um Ser Superior, mostraram ser um suporte enorme perante o peso que os enfermeiros carregam ao assistir à morte de um doente.

Tendo em conta que os CP atravessam todas as faixas etárias, é relevante a conceção que algumas mortes são mais difíceis de superar do que outras, levando a que certas estratégias de *coping* não sejam sempre eficazes nos mesmos profissionais, e que, por exemplo, mortes em faixas etárias mais baixas sejam mais difíceis de ultrapassar.

Isto, aliado ao facto de muitas vezes um enfermeiro se deparar com a morte de um doente sem ter ultrapassado a última, pode levar a uma carga emocional intensa, vivenciando sentimentos de tristeza e sofrimento profundos, podendo assim não permitir que este exerça a sua função no máximo das suas capacidades e não proporcione ao doente o melhor dos cuidados.

De acordo com os resultados obtidos, a questão de investigação deste estudo foi respondida e o objetivo foi concretizado, na medida que se mapeou a evidência científica existente sobre as estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em Cuidados Paliativos.

A utilização de estratégias para lidar com o óbito de um doente pode favorecer um ambiente de trabalho mais produtivo e menos desgastante emocionalmente para o enfermeiro, o que contribui para uma melhor prestação de cuidados, no entanto, a sua efetiva utilização depende da pessoa e do contexto.

Não obstante dos contributos desta *Scoping Review* no mapeamento de estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte em CP, este estudo apresenta algumas limitações. Uma delas prende-se com utilização de somente uma definição de *coping*, incluída na Teoria de Folkman e Lazarus, o que pode diminuir a abrangência da pesquisa, visto que estas se dividem apenas em estratégias focadas na emoção e/ou no problema. Além disso, o estudo cingiu-se à população adulta, descartando-se todos os artigos que envolvessem o cuidado neonatal e pediátrico, sendo que, dessa forma, os resultados encontrados não podem ser generalizados a todas as faixas etárias.

Apesar dos esforços efetuados no momento da pesquisa, foram poucos os artigos que se concentravam exclusivamente em enfermeiros a trabalhar em UCP, pelo que se teve que estender a procura a outros serviços de internamento. No entanto, esta situação também pode ser vista como uma força do estudo, dado que se obtiveram artigos de outros contextos, nomeadamente, oncologia, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e Unidades de Cuidados Continuados (UCC), o que fortalece a ideia que o doente em situação paliativa pode estar internado em qualquer serviço hospitalar.

Outro ponto positivo é o facto de se ter encontrado literatura que abrange um elevado espaço temporal, existindo evidência com cerca de 20 anos, como são exemplos os artigos de Cruchet (1994) e de McNamara et al. (1995). Estes achados refletem que, apesar de existirem décadas de pesquisa e evidências sobre o tema, lidar com a morte de um doente é sempre um momento difícil, influenciado pelos mais variados contextos, nomeadamente, emocional, psicológico, profissional e até mesmo cultural, onde a morte pode ser considerada um tabu para a sociedade em questão no estudo.

Além da identificação das estratégias, recomenda-se a realização de novos estudos que avaliem a eficácia das mesmas, como é exemplo o estudo de Pais et al. (2020), a fim de se quantificar uma efetiva diminuição do *stress* e o qual é o seu impacto na qualidade dos cuidados prestados ao doente e à sua família. Igualmente, futuras pesquisas podem aplicar o estudo em outro tipo de população, como, por exemplo, os próprios doentes ou os familiares cuidadores, enfatizando a necessidade de olhar para os CP como um todo.

Tendo em conta os resultados obtidos, sugere-se, ainda, que estes possam ser divulgados dentro das comunidades científicas e das instituições de saúde, de modo a promover a utilização de estratégias efetivas nos profissionais, bem como a criação de espaços para discussão de vivências e sentimentos espoletados durante os cuidados perante a terminalidade da vida, permitindo a partilha com os demais membros da equipa multidisciplinar, de forma a reduzir os danos psicoemocionais existentes.

Em suma, evitar a sobrecarga emocional do profissional leva não só a uma manutenção da sua vida pessoal e familiar, mas também da sua *performance* enquanto enfermeiro de CP. É importante que cada enfermeiro perceba qual é o tipo de estratégias de *coping* que mais se aproxima do seu carácter, visto que, num leque de enfermeiros, onde cada um tem sua personalidade e maneira distinta de ver a vida e a morte, não há um método melhor que outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório permitiu espelhar as práticas e vivências experienciadas em contexto de estágio, as quais conduziram à aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências comuns e especializadas do EEEMC na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, mas também de competências científicas, técnicas, comunicacionais e relacionais, tão importantes na prática de cuidados, sendo que os objetivos inicialmente propostos foram, então, alcançados.

A realização de um estágio em contexto de uma UCP proporcionou uma compreensão profunda das dinâmicas e das necessidades específicas da equipa. Destaca-se o trabalho com a equipa multidisciplinar e as inúmeras oportunidades no cuidado à pessoa em situação paliativa e à sua família que, em muito, contribuíram para um crescimento profissional e pessoal.

Ao longo deste percurso, foi perceptível o impacto significativo que a morte de um doente tem na vida do enfermeiro, na medida em que tem repercussões ao nível profissional, pessoal e psicológico, nomeadamente, com a carga emocional intensa e os sentimentos de frustração, revolta e impotência.

Escolheu-se, assim, a temática do estudo, as estratégias de *coping* perante a morte, pois reconhece-se a relevância do enfermeiro na tríade de cuidados e a importância da manutenção da saúde psicológica do mesmo.

Os achados da *Scoping Review* reforçaram a importância de um olhar mais atento para as experiências e vivências dos enfermeiros, no âmbito dos cuidados paliativos e, mais concretamente, no que diz respeito à terminalidade da vida, enfatizando que o mesmo é um elemento crucial na prática de um cuidado holístico e humanizado.

As estratégias de *coping* identificadas incluíram o suporte social, a procura de significado na vivência da morte de um doente ou a prática de atividades de lazer. A religiosidade e/ou espiritualidade também se mostraram fundamentais para reduzir o impacto emocional. Do mesmo modo, a participação em programas educativos foi destacada como fundamental para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes. A implementação de programas formais por parte das instituições pode promover um cuidado mais humanizado e empático, não só para o doente e a sua família, como para os próprios enfermeiros.

O percurso realizado foi essencial para compreender o contributo do EE para a prestação de cuidados de saúde com qualidade e segurança, sempre fundamentados na mais atual evidência científica. O conhecimento promove o desenvolvimento de uma enfermagem avançada, mais significativa para as pessoas e capaz de responder aos desafios da prática clínica.

Com isso, pretende-se a disseminação do conhecimento obtido, através da publicação de um artigo numa revista nacional ou internacional indexada e com impacto na comunidade científica, bem como a participação em eventos científicos, como o “XI Congresso Nacional de Cuidados Paliativos e II Congresso Internacional da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos”, onde irá ser submetido um resumo para a apresentação de um póster e/ou comunicação oral.

Finaliza-se um percurso formativo de maior importância no desenvolvimento de competências, existindo realmente um sentimento de superação pessoal, de gratidão e de compromisso para a difusão do valor dos Cuidados Paliativos.

A única certeza na incerteza da vida, é que tudo o que inicia também finda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves J. M., Marinho, M. L. P., & Sapeta, P. (2019). Referenciação tardia: barreiras a referenciação de doentes adultos oncológicos e não oncológicos para serviços de cuidados paliativos. *Revista Oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 6(1), 13-26. <https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/74c15124-b794-457e-955d-05b536786c41.pdf>
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Araújo, M. T., Velloso, I. S. C., Caram, C. S., Pereira, M. S., & Spagnol, C. A. (2023). Gestão de pessoas em Enfermagem. In J. L. G. Santos, G. M. M. Lanzoni, & A. L. Erdmann (1st ed.), *Gestão em Enfermagem e Saúde* (pp. 110-130). Atena Editora.
- Azevedo, V., Capelas, M. L., & Coelho, S. P. (2018). Estratégias de coping utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o processo de morrer. *Revista Cuidados Paliativos*, 5(2), 10-18. https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/portal/37219784/08ad313e_a17c_485b_8f3b_cd776a4801e5_10_18.pdf
- Bakken, J., Wallgren, G. C., Furnes, B., Kørner, H., & Ueland, V. (2023). Organizational structures influencing timely recognition and acknowledgment of end-of-life in hospitals – A qualitative study of nurses’ and doctors’ experiences. *European Journal of Oncology Nursing*, 67, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102420>
- Barros, C. C. S., Rocha, E. L., Silva, A. F., Rodrigues, P. M. S., Soares, J. O., Silva, A. V., & Lima, V. L. A. (2019). Enfrentamento da enfermagem diante do processo de morte e morrer: revisão integrativa da literatura. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 89(27), 1-9. <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.89-n.27-art.408>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. (1st ed.). Quarteto Editora.
- Bernardes, J. F., Nolasco, F. F., Jardim, A. S. L., Cunha, G. R., Takeshita, I. M., & Barroso, R. A. (2019). O acompanhante do paciente oncológico em fase terminal: percepção do

- técnico de enfermagem. *Avances en Enfermería*, 37(1), 27-37.
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.71351>
- Beserra, V. S., & Brito, C. (2024). Situações difíceis e sentimentos no cuidado paliativo oncológico. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(1), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPT116823>
- Bloomer, M. J., Ranse, K., Adams, L., Brooks, L., & Coventry, A. (2023). "Time and life is fragile": An integrative review of nurses' experiences after patient death in adult critical care. *Australian critical care*, 36(5), 872-888.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.09.008>
- Capelas, L. (2014). *Indicadores de qualidade para os serviços de Cuidados Paliativos em Portugal*. Lisboa: Universidade Católica.
- Capelas, M. L., Simões, A. S. F., Teves, C. F., Durão, S. A. P., Coelho, S. P. F., Silva, S. C. S., Silva, A. E., & Afonso, T. S. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 10(2), 11-24.
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>
- Cardoso, M. F. P. T., Martins, M. M. F. P. S., Ribeiro, O. M. P. L., & Fonseca, E. F. (2021). Atitudes dos enfermeiros frente à morte no contexto hospitalar: diferenciação por unidades de cuidados. *Escola Anna Nery*, 25(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0100>
- Cardoso, M. F. P. T., Ribeiro, O. M. P. L., & Martins, M. M. F. P. S. (2019). A morte e o morrer: contributos para uma prática sustentada em referenciais teóricos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, (40), 1-10. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180139>
- Carneiro, R. (2021). Sintomas Cutâneos e das Mucosas. In E. Freire (1st ed.), *Guia Prático do Controlo Sintomático* (pp. 131-136). Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
- Carneiro, R., Simões, C., & Carneiro, A. H. (2019). Plano Individual e Integrado de Cuidados como Objetivo da Relação Clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 26(2), 147-152. <https://doi.org/10.24950/rspmi/PV/284/18/2/2019>
- Cogo, S. B., Silva, K. R., Sehnem, G. D., Reisdorfer, A. P., Ilha, A. G., Malheiros, L. C. S., Boff, N. K., Nietzsche, E. A., Antunes, A. P., Packaeser, M. S., & Badke, M. R. (2020). The Nursing professional before the process of death and dying of the patient in the end of life.

Research, Society and Development, 9(7), 1-20, <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4752>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental - biénio 2023-2024*. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP_2023_2024_signed.pdf

Cortês, A. R., Coelho, A., & Afonso, R. (2021). Apoio psicossocial no cuidar em cuidados paliativos. In A. G. Abejas & C. Duarte (1st ed.), *Humanização em Cuidados Paliativos* (pp. 11-19). Lidel.

Costeira, C., Ventura, F., Pais, N., Santos-Costa, P., Dixe, M.A., Querido, A., & Laranjeira, C. (2022). Workplace stress in Portuguese oncology nurses delivering palliative care: a pilot study. *Nursing Reports*, 12, 597-609. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030059>

Cruchet, D. (1994). Peer support helps oncology nurses deal with dying patients. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 4(4), 164-167. <https://doi.org/10.5737/1181912x44164167>

Decreto-Lei n.º 65 da Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República: I Série, n.º 157. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Despacho n.º 5613 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, n.º 102. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Duarte, C., Navalho, A. P., & Pinto, C. (2021). Cuidados espirituais. In A. G. Abejas & C. Duarte (1st ed.), *Humanização em Cuidados Paliativos* (pp. 139-147). Lidel.

Encarnação, P., Macedo, E., Macedo, J. C. G. M., Simões, C., Arcuri, J. F., Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013). Competências Centrais em Cuidados Paliativos: Um Guia Orientador da EAPC sobre Educação em cuidados paliativos – parte 1. *European*

- Journal of Palliative Care*, 20(2), 86-91.
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/59824>
- Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., & Walsh, T. (2010). ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical care nursing quarterly*, 33(3), 273-281.
<https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181d91424>
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 21(1), 3-14.
<https://doi.org/10.1080/10615800701740457>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
<https://doi.org/10.2307/2136617>
- Franco, H. C. P., Stigar, R., Souza, S. J. P., & Burci, L. M. (2017). Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. *Revista Gestão & Saúde*, 17(2), 48-61.
<https://www.herrero.com.br/files/revista/file56fb2faad065b8f7980ccdf2d0aa2da1.pdf>
- Fringer, A., Hechinger, M., & Schnepf, W. (2018). Transitions as experienced by persons in palliative care circumstances and their families – a qualitative meta-synthesis. *BMC Palliative Care*, 17(22), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-018-0275-7>
- Gomes, H., Borges, M., Baptista, G., & Galvão, A. (2017). A relação de ajuda ao doente em fim de vida e família: o enfermeiro e o cuidar em fim de vida. *Revista Studere Ciência & Desenvolvimento*, 1(1), 98-120.
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14562/1/A%20RELA%c3%87%c3%83O%20DE%20AJUDA.pdf>
- Guterres, A. (2021). Úlceras de Pressão e Feridas Malignas. In E. Freire (1st ed.), *Guia Prático do Controlo Sintomático* (pp. 137-142). Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
- Huang, C. C., Chen, J. Y., & Chiang, H. H. (2016). The Transformation Process in Nurses Caring for Dying Patients. *The journal of nursing research*, 24(2), 109-117.
<https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000160>
- International Council of Nurses. (2019). *ICPN Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

- Jesus, G. T., Freitas, F. G., Bispo, D. B. S., Pereira, J. V., Gomes, R. V., & Araújo, L. M. (2023). O papel da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos. *Research, Society and Development*, 12(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39531>
- Koerich, C., Backes, V. M. S., Canever, B. P., & Zanotto, D. F. (2023). Gestão da Educação Permanente em Enfermagem e Saúde. In J. L. G. Santos, G. M. M. Lanzoni, & A. L. Erdmann (1st ed.), *Gestão em Enfermagem e Saúde* (pp. 253-271). Atena Editora.
- Lazaroto, P. K., Celich, K. L. S., Souza, S. S. de, Léo, M. M. F., Silva, T. G., & Zenevitz, L. T. (2018). Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico e família. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 8(3), 560-575. <https://doi.org/10.5902/2179769229408>
- Lee, M., Choe, K., Kim, S., & Shim, Y. (2022). How do oncology nurses cope with the psychological burden of caring for dying patients? *Cancer nursing*, 46(4), 245-252. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001102>
- Lei n.º 25/2012 da Assembleia da República. (2012). Diário da República: I Série, n.º 136. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607-116056308>
- Lei n.º 52/2012 da Assembleia da República. (2012). Diário da República: I Série, n.º 172. <https://dre.tretas.org/dre/303335/lei-52-2012-de-5-de-setembro>
- Madsen, R., Larsen, P., Carlsen, A. M. F., & Marcussen, J. (2023). Nursing care and nurses' understandings of grief and bereavement among patients and families during cancer illness and death – a scoping review. *European Journal of Oncology Nursing*, 62, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102260>
- Martínez-Zaragoza, F., Benavides-Gil, G., Rovira, T., Martín-del-Río, B., Edo, S., Garcia-Sierra, R., Solanes-Puchol, A., & Fernández-Castro, J. (2020). When and how do hospital nurses cope with daily stressors? A multilevel study. *PLoS ONE*, 15(11), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240725>
- Martins, T. M. S. (2020). Enfrentamento do enfermeiro: processo do morrer em oncologia paliativista. *Saúde Coletiva*, 10(53), 2576-2587. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i53p2576-2587>
- McNamara, B., Waddell, C., & Colvin, M. (1995). Threats to the good death: the cultural context of stress and coping among hospice nurses. *Sociology of Health & Illness*, 17(2), 222-241. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10933398>

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, P., & Silva, A. (2021). O impacto biopsicossocial em enfermeiros frente ao processo de morte e morrer de pacientes terminais. *Enfermagem Atual in Derme*, 95(33), 329-345. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.947Rev>
- Monho, B., Ferreira, I., Ribeiro, M., Alves, T., & Maurício, M. (2021). Comunicação na promoção da dignidade em cuidados paliativos: desafios para a enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35, 1–9. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.34788>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Neto, I. G. (2020). *Cuidados paliativos: Conheça-os melhor*. (1st ed.). Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Neto, I. G. (2021). Princípios dos cuidados paliativos. In A. G. Abejas & C. Duarte (1st ed.), *Humanização em Cuidados Paliativos* (pp. 3-10). Lidel.
- Norma n.º 001 da Direção-Geral de Saúde. (2017). *Comunicação Eficaz na transição de cuidados de saúde – ISBAR*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Nunes, I. R., José, H., & Capelas, M. L. (2018). Grieving with humor: a correlational study on sense of humor and professional grief in palliative care nurses. *Holistic Nursing Practice*, 32(2), 98-106. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000255>
- Okamoto, S., Uneno, Y., Mori, M., Yamaguchi, T., & Nakajima, N. (2019). Communication with Families in the Last Days of a Patient's Life and Optimal Delivery of a Death Pronouncement. *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.84730>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- Pais, N. J., Costeira, C. R., Silva, A. M., & Moreira, I. M. (2020). Efetividade de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros perante a morte do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20023>
- Parecer n.º 61 da Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Atribuição de tempo para a Passagem de Turno*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf
- Perboni, S. J., Zilli, F., & Griebeler, S. (2018). Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *Persona y Bioética*, 22(2), 288-302. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.7>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinna, M. A. C., Mahtani-Chugani, V., Correias, M. A. S., & Rubiales, A. S. (2018). The Use of Humor in Palliative Care: A Systematic Literature Review. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 1-13. <https://doi.org/10.1177/1049909118764414>
- Pires, C., & Gonçalves, E. (2021). Conceitos gerais de cuidados paliativos em controlo sintomático. In E. Freire (1st ed.), *Guia Prático do Controlo Sintomático* (pp. 11-16). Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
- Powell, M. J., Froggatt, K., & Giga, S. (2019). Resilience in inpatient palliative care nursing: a qualitative systematic review. *BMJ supportive & palliative care*, 10(1), 79-90. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001693>
- Proença, R., Vaz, H., & Pais, S. (2021). O papel da formação profissional contínua no processo de humanização do ambiente hospitalar. *Onco News*, 42, 30-37. <https://onco.news/index.php/journal/article/view/18>
- Regulamento n.º 140 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 392 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 85. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

- Regulamento n.º 429 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Regulamento n.º 656 da Ordem dos Enfermeiros. (2021). Diário da República: II Série, n.º 137.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>
- Regulamento n.º 743 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, n.º 184.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ribeirinho, C., Carvalho, M. I. (2021). Ética em fim de vida: questões e dilemas éticos. In A. G. Abejas & C. Duarte (1st ed.), *Humanização em Cuidados Paliativos* (pp. 11-19). Lidel.
- Ribeiro, C. M., & Martinez, M. J. V. (2016). Cuidados Paliativos: a importância do trabalho em equipa e aliança terapêutica. *Revista Portuguesa De Oncologia*, 2(1), 25-29.
<https://doi.org/10.57678/rpo.13>
- Ribeiro, W. A., Santos, L. C. A., Dias, L. L. C., Freire, M. J. L. L., Cirino, H. P., Castro, K., Ribeiro, M. S., & Morais, M. C. (2022). Repercussões e perspectivas da equipe de enfermagem frente ao processo de cuidados paliativos do paciente oncológico. *E-Acadêmica*, 3(2), 1-13. <https://doi.org/10.52076/eacad-v3i2.246>
- Salvador, P. T. C. O., Alves, K. Y. A., Costa, T. D., Lopes, R. H., Oliveira, L. V., & Rodrigues, C. C. F. M. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, (6), 1-8. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058>
- Sampaio, B. A. M. M. (2015). *Cuidar da pessoa no processo de morrer numa unidade de cuidados continuados – experiências do enfermeiro* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1348?mode=full>
- Sampaio, F. & Sardo, P. (2022). Escrita de artigos científicos. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem* (pp.189-208). Lidel.
- Santos, M. J., & Rodrigues, P. A. S. S. J. (2023). Estratégias de enfrentamento de enfermeiro(a)s no cuidado ao paciente oncológico em fase terminal. *Revista Foco*, 16(5), 1-20. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n5-047>
- Sapeta, P., & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Revista Referência*, 2(4), 35-57.
https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=15&id_revista=4&id_edicao=4

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. (1st ed.). Lidel.

Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Proposta de Modelo Organizacional dos Cuidados Paliativos nas ULS – Serviço Integrado de Cuidados Paliativos*. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/Modelo-organizacional_CP_ULS-_Versao-Revista-para-DE-SNS.pdf

Silva, A. B., Costa, K. F. L., Morais, L. N. S., Chaves, M. J. C., Morais, L. G. S., Queiroz, J. C., Batista, J. F. G., & Oliveira, L. G. G. (2024). O cuidado prestado ao paciente oncológico com ferida maligna na atenção especializada, básica e domiciliar: um estudo de revisão integrativa. *Revista Las Ciencias Sociales*, 17(1), 5586-5604. <http://dx.doi.org/10.55905/revconv.17n.1-334>

Silva, A. E., Ribeiro, S. A., Ferreira, G. J., Silva, J. M. D., Oliveira, L. A., Jesus. S. B., & Carvalho, T. V. (2021). Percepções do enfermeiro: Processo de morte e morrer. *Research, Society and Development*, 10(4), 1-8. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14112>

Silva, R. M. dos S., Jesus, A. dos S. de., Sales, A. da S. G., Quirino, Cathaline T. A., Santos, Erica S. dos., Barreto, Jaqueline C. B., Santos, L. S. dos., & Andrade, M. A. (2022). O processo de morte e morrer: a percepção do enfermeiro. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(5), 1545–1561. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i5.5571>

Silva, R. S., Trindade, G. S. S., Paixão, G. P. N., & Silva, M. J. P. (2018). Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 218-226. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0055>

Sousa, C., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, A. (2021). Cuidadores informais: Principais dificuldades e receios no ato de cuidar. *Revista Polis e Psique*, 7(2), 9-25. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.2>

Sousa, L. M. M., Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O.S., & Antunes, A. V. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, 31-39. <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>

Souza, S. E. S. M., & Silva, A. R. (2017). Contribuição do enfermeiro no processo de gerenciamento de custo nas instituições hospitalares. *Revista Gestão & Saúde*, 8(2), 338-362. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3732>

- Tavares, P., Silva, R. S., & Magalhães, B. (2022). Fatores determinantes na transição para cuidados paliativos: perspectiva de enfermeiros peritos. *Onco News*, 45, 6-13. <https://onco.news/index.php/journal/article/view/58>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Trotte, L. A. C., Costa, C. C. T., Andrade, P. C. S. T., Mesquita, M. G. R., Paes, G. O., & Gomes, A. M. T. (2023). Processo de morte e morrer e cuidados paliativos: um pleito necessário para graduação em enfermagem. *Revista Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 31, 1-10. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2023.67883>
- Ullrich, A., Hollburg, W., Schulz, H., Goldbach, S., Rommel, A., Muller, M., Kirsh, D., Kopplin-Foertsch, K., Masserer, J., Konig, L., Schulz-Kindermann, F., Bokemeyer, C., & Oechsle, K. (2022). What are the personal last wishes of people with a life-limiting illness? Findings from a longitudinal observational study in specialist palliative care. *BMC Palliative Care*, 21(38), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00928-1>
- van Doorne, I., van Rijn, M., Dofferhoff, S. M., Willems, D. L., & Buurman, B. M. (2021). Patients' preferred place of death: patients are willing to consider their preferences, but someone has to ask them. *Age and Ageing*, (50), 2004–2011. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab176>
- Vegas, E. F., González, S. G., & Benítez, A. P. (2023). Repercusión de la espiritualidad en el afrontamiento de la vida y de la muerte. Estudio desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. *Cuadernos de Bioética*, 34(110), 13-24. <https://doi.org/10.30444/CB.139>
- Vidal, C., Silva, R. S., Gonçalves, A. L., Pavoeiro, M., Pinheiro, N., Guedes, A. F., & Neto, I. G. (2018). Creating a legacy – a tool to support end-of-life patients. *European Journal of Palliative Care*, 25(3), 116-119. https://www.researchgate.net/publication/327121030_Creating_a_legacy_a_tool_to_support_end-of-life_patients
- Wong, K. T. C., Chow, A. Y. M., & Chan, I. K. N. (2022). Effectiveness of Educational Programs on Palliative and End-of-life Care in Promoting Perceived Competence Among Health

- and Social Care Professionals. *The American journal of hospice & palliative care*, 39(1), 45-53. <https://doi.org/10.1177/10499091211038501>
- Wu, H. L., & Volker, D. L. (2009). Living with death and dying: the experience of Taiwanese hospice nurses. *Oncology nursing forum*, 36(5), 578-584. <https://doi.org/10.1188/09.ONF.578-584>
- Zamarchi, G. C. G., & Leitão, B. F. B. (2023). Estratégias educativas em cuidados paliativos para profissionais da saúde. *Revista Bioética*, 31, 1-12. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-803420233491PT>
- Zhang, J., Cao, Y., Su, M., Cheng, J., & Yao, N. (2022). The experiences of clinical nurses coping with patient death in the context of rising hospital deaths in China: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 21(163), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01054-8>
- Zheng, R., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2018). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 27(1), 39-49. <https://doi.org/10.1111/jocn.13975>

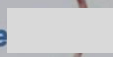
ANEXOS

ANEXO I: CERTIFICADOS DE PRESENÇA

Certificado de presença “ELO – Encontro Local de Cuidados Paliativos”

GOVERNO DE PORTUGAL | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE |    

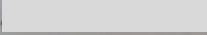
ELO
ENCONTRO LOCAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

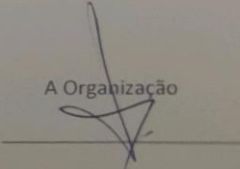
Região de 

Um lugar... Uma identidade!

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que Andresa ferreira

participou no Encontro Local de Paliativos—Região de , promovido pela Equipa de Cuidados Paliativos do , que decorreu no dia 04 de outubro de 2023, em 

A Organização 

Certificado de presença “Conversas ComVida – Estou em cuidados paliativos! E agora?”

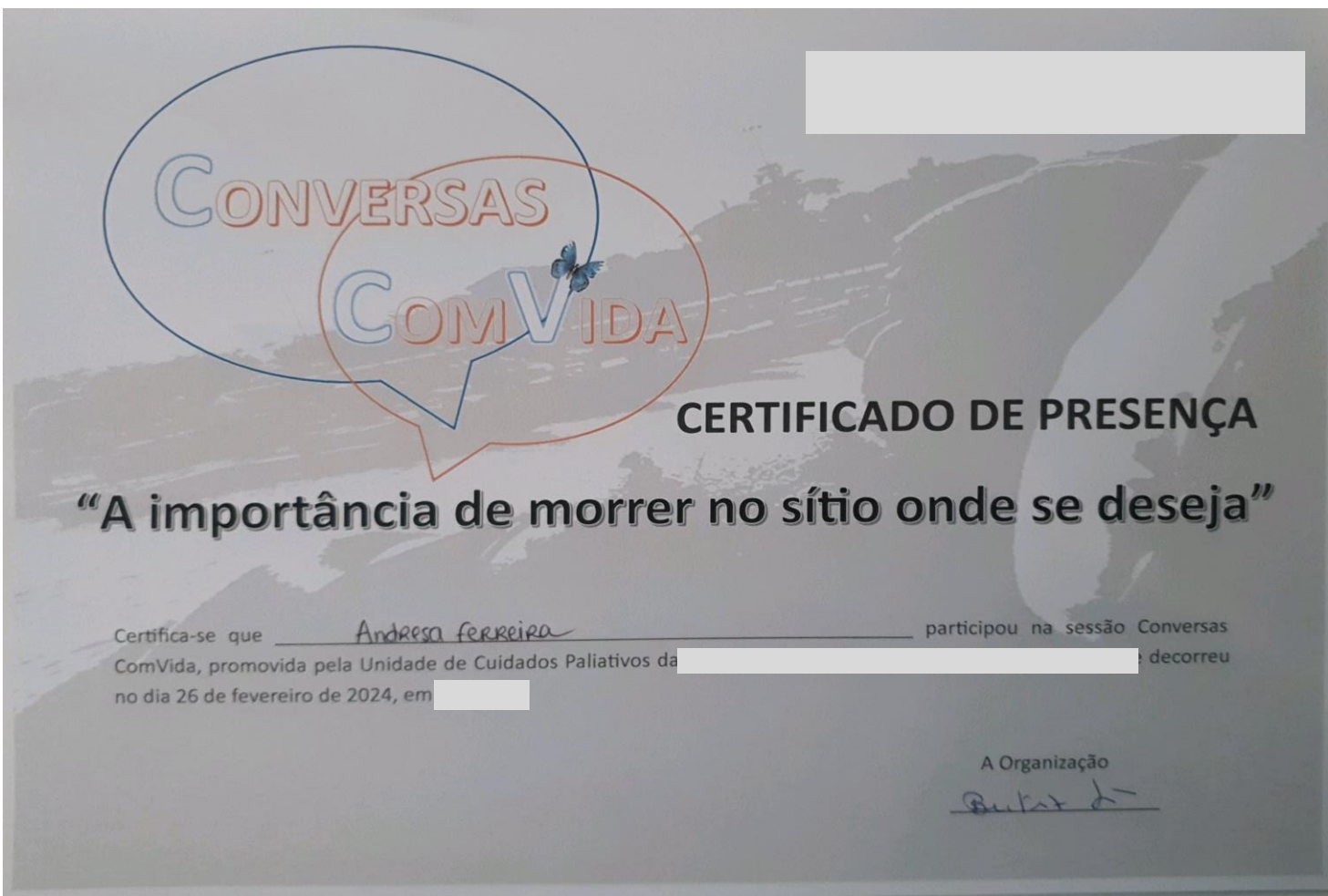
CERTIFICADO DE PRESENÇA

**"Estou em cuidados paliativos!
E agora?"**

Certifica-se que Andresa Ferreira participou na sessão Conversas comVida, promovida pela Unidade de Cuidados Paliativos do _____, que decorreu no dia 19 de outubro de 2023, em _____.

A Organização
Berta

Certificado de presença “Conversas ComVida –A importância de morrer no sítio onde se deseja”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

“A importância de morrer no sítio onde se deseja”

Certifica-se que Andresa ferreira participou na sessão Conversas ComVida, promovida pela Unidade de Cuidados Paliativos da [redacted], decorreu no dia 26 de fevereiro de 2024, em [redacted].

A Organização
Burton L.

APÊNDICES

APÊNDICE I: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE EM SAÚDE

DEATH TALKS

ÍNDICE

SIGLAS E ABREVIATURAS	3
1. INTRODUÇÃO	4
2. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	5
3. DIMENSÃO DO PROBLEMA	7
4. OBJETIVOS	8
5. PERCEBER AS CAUSAS	9
6. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DE TAREFAS / ATIVIDADES	11
7. VERIFICAR RESULTADOS / GANHOS EM SAÚDE	14
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
10. APÊNDICES	17
Apêndice 1 – Cartaz de divulgação da sessão: “ <i>Death Talks</i> ” – Uma conversa com os enfermeiros sobre a morte	17
Apêndice 2 – Plano da sessão: “ <i>Death Talks</i> ” – Uma conversa com os enfermeiros sobre a morte	18
Apêndice 3 - Avaliação da sessão: “ <i>Death Talks</i> ” – Uma conversa com os enfermeiros sobre a morte	19

SIGLAS E ABREVIATURAS

AACP – Associação Europeia de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

EM – Equipa Multidisciplinar

Enf.^a – Enfermeira

et al. – e outros

p. – página

PMCQS – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade em Saúde

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

1. INTRODUÇÃO

O presente documento é um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade em Saúde (PMCQS), a ser instituído na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP),

, que consiste em monitorizar indicadores de qualidade em Cuidados Paliativos (CP), nomeadamente o indicador de estrutura, identificado no domínio: “Estrutura e processo de cuidar”: “Existência de um plano formal de prevenção de *burnout*”, com um valor *standard* definido de 100% (Capelas, 2014, p. 160).

Desta forma, neste documento, descrevem-se a identificação do problema e as suas dimensões, os objetivos gerais e específicos. Seguidamente, são detalhadas as causas, o planeamento e execução de tarefas / atividades, a fim de se verificar em que medida foram alcançados resultados / ganhos em saúde. Por último, surgem as considerações finais.

Na execução deste projeto é realizada uma revisão da literatura, baseada numa metodologia descritiva, exploratória e reflexiva, guiada por um suporte teórico e científico de referência no âmbito dos CP.

2. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

As instituições de saúde e, particularmente, as equipas devem criar oportunidades e investir em programas estruturados e regulares de formação dirigidos às necessidades sentidas pelos profissionais (Sapeta & Batista, 2020).

No guia da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (AECp) sobre as competências centrais em CP, é recomendada como competência central para o nível de especialista: “Promover a autoconsciência e o desenvolvimento profissional contínuos, com reflexão sobre a própria atitude em relação à doença, morte e luto” (Encarnação et al., 2013).

Na UCP onde vai ser implementado este PMCQS, não existe um programa dirigido aos enfermeiros sobre a temática da morte, e, apesar de ser um tema complexo, em que o seu significado varia de pessoa para pessoa, a morte destaca-se como uma realidade incontornável no dia-a-dia da prática destes profissionais de saúde.

Antes vivenciada no seio da família, no lar, a morte foi transferida para o meio hospitalar. Para além disso, o desenvolvimento da ciência e a ampliação da inovação tecnológica aplicada à saúde, nas últimas décadas, contribuíram com um declínio do olhar para a dimensão da finitude e da mortalidade, bem como para a desumanização do processo de morrer (Silva et al., 2022).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no cuidar de pessoas em fim de vida, na medida em que estão constantemente presentes, proporcionam cuidados compassivos e garantem que os momentos finais sejam o mais dignos e confortáveis possível.

Todavia, as investigações realizadas neste âmbito evidenciam que nem sempre se sentem preparados para tal (Cardoso et al., 2019). As vivências perante a finitude podem causar o adoecimento do profissional e prejudicar a sua vida pessoal e ocupacional (Mendes & Silva, 2021), pois esta proximidade diária com a morte pode gerar uma série de sentimentos complexos, nomeadamente sentimentos de impotência, frustração e revolta, bem como sentimentos de despreparo emocional e psicológico (Nesser et al., 2021).

Sendo o enfermeiro o profissional que entrega mais tempo, proximidade e disponibilidade pessoal face às necessidades dos doentes em fim de vida, é o que está em melhores condições para o acompanhar nesta situação de fragilidade, assim como à sua família, dando informação, suporte e proporcionando que esta participe nos cuidados. Esta abordagem requer responsabilidade, maior implicação pessoal e uma melhor preparação técnica e científica em

conhecimento, habilidade, competências pessoais e profissionais, dada a complexidade e delicadeza que a situação exige (Sapeta & Lopes, 2007).

A morte do doente é, portanto, um momento exigente e desafiante em termos emocionais e psicológicos e pode comprometer o bem-estar dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados por si prestados, tornando-se essencial que desenvolvam estratégias para lidar com estes momentos.

Neste contexto, programas de capacitação onde existam espaços de reflexão, investigação e discussão acerca da interação entre os enfermeiros e a morte são essenciais (Silva et al., 2022). De ressaltar que estes programas não se devem focar apenas nos aspetos técnicos do cuidado paliativo em fim de vida, mas também na gestão dos aspetos emocionais envolvidos. Esses ambientes proporcionam um suporte coletivo, onde os enfermeiros podem partilhar as suas experiências e expressar os seus sentimentos e dilemas éticos, assim como aprender uns com os outros, trocar estratégias eficazes e discutir desafios comuns (Alves, 2012).

Em suma, um programa dirigido aos enfermeiros sobre a temática da morte é não apenas desejável, mas necessário (Nesser et al., 2021). Ao reconhecer e abordar os desafios emocionais enfrentados por estes profissionais, podemos fortalecer e aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes em fim de vida e à sua família, promover um ambiente de trabalho mais saudável e resiliente para os enfermeiros e melhorar a sua qualidade de vida (Alves, 2012).

3. DIMENSÃO DO PROBLEMA

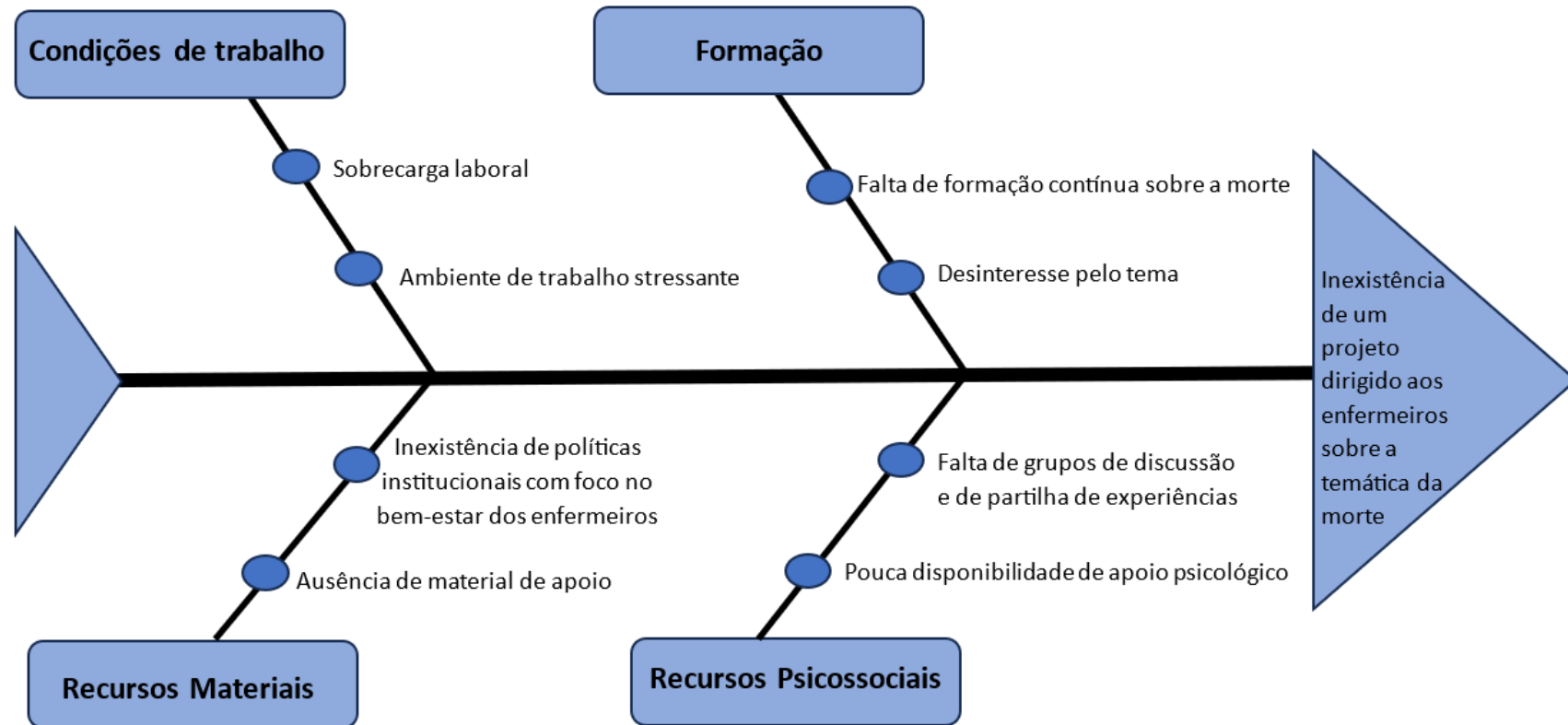


Figura 1 - Diagrama de *Ishikawa*: Causas da inexistência de um projeto dirigido aos enfermeiros sobre a temática da morte

4. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- ✓ Monitorizar Indicadores de Qualidade em CP: “Existência de um plano formal de prevenção de *burnout*”, com um valor *standard* definido de 100% (Capelas, 2014, p. 160).

Objetivos Específicos

- ✓ Implementar o PMCQS “*Death Talks*”, na UCP
- ✓ Realizar formação à Equipa Multidisciplinar (EM) sobre a implementação do PMCQS
- ✓ Avaliar o *standard* obtido na monitorização do indicador “Existência de um plano formal de prevenção de *burnout*”, com um valor *standard* definido de 100% (Capelas, 2014, p. 160).

5. PERCEBER AS CAUSAS

Dimensão estudada

- ✓ **Efetividade** – que indica a concretização da realização de sessões com os enfermeiros da UCP.
- ✓ **Acessibilidade** – que se verifique a realização de sessões com os enfermeiros da UCP.

Unidades de estudo

- ✓ **Profissionais avaliadores:** Enfermeira responsável pelo projeto.
- ✓ **Período de elaboração:** Início em dezembro de 2023.
- ✓ **Período de implementação:** Início em janeiro de 2024 e término em dezembro de 2024.

Tipos de dados

- ✓ Dados qualitativos
- ✓ Os dados recolhidos serão para a produção de indicador de estrutura: “Existência de um plano formal de prevenção de *burnout*”, com um valor *standard* definido de 100% (Capelas, 2014, p. 160).

Fontes de dados

- ✓ Experiências pessoais.
- ✓ Observação direta.

Tipo de avaliação

- ✓ Interna, através dos dados fornecidos pelo indicador de estrutura.

Critérios de avaliação explícitos

- ✓ Que se verifique a realização de sessões com os enfermeiros da UCP.

Colheita de dados

- ✓ Responsável pelo PMCQS.

Relação temporal

- ✓ Avaliação prospetiva, durante a implementação do PMCQS.

Amostra

- ✓ Todos os enfermeiros da UCP, com possibilidade de extensão a toda a EM.

Medidas corretivas

- ✓ **Medidas educacionais**
 - Incentivar à frequência em ações de formação externa (aquisição de competências e atualização de conhecimento) pelo menos uma vez por ano;
 - Realizar uma formação em serviço à equipa de enfermagem sobre a temática da morte;
 - Realizar formação à EM sobre a avaliação do PMCQS, anualmente, ou sempre que surjam alterações do mesmo.

6. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DE TAREFAS / ATIVIDADES



Figura 2 - Análise SWOT

O PMCQS “*Death Talks*” propõe a realização de quatro sessões com temáticas de interesse para os enfermeiros, pela sua importância, no contexto dos Cuidados Paliativos. Importa ressaltar que, de forma a enriquecer a partilha de experiências, as sessões são extensíveis a todos os elementos da EM que queiram participar.

Os temas das sessões são descritos a seguir (sendo que apenas se apresentam, no capítulo dos apêndices deste projeto, o cartaz de divulgação, o plano e a avaliação da primeira sessão).

- 1ª sessão (janeiro, enquadrado nas comemorações do aniversário da UCP) – Uma conversa com os enfermeiros sobre a morte
- 2ª sessão (abril) – Cuidar de quem cuida
- 3ª sessão (julho) – “*Mindful Communication*”
- 4ª sessão (outubro, enquadrado nas comemorações do Dia Mundial dos Cuidados Paliativos) – Gratidão

Com vista à realização dos objetivos traçados anteriormente, torna-se necessário especificar as atividades que traduzam as medidas mesuráveis, como forma de indicador de processo. Seguidamente, descrevem-se essas mesmas atividades e o cronograma do PMCQS.

Objetivo específico	Atividades a realizar	Responsável
Apresentar o PMCQS à Enfermeira Chefe	- Auscultar a sensibilidade da Enfermeira Chefe para a problemática e para a pertinência do PMCQS; - Validar a exequibilidade do PMCQS.	Enf. ^a Andresa Ferreira
Promover a adesão ao PMCQS pelos enfermeiros da UCP	- Auscultar a sensibilidade da equipa de enfermagem para a importância do PMCQS; - Evidenciar a importância do contributo de todos os elementos para a concretização dos objetivos propostos.	
Realizar formação em serviço sobre a implementação do PMCQS	- Integrar e envolver a equipa de enfermagem; - Sensibilizar a equipa para a importância da temática da morte.	
Divulgar o PMCQS "Death Talks"	- Elaborar um cartaz de divulgação da primeira sessão (Apêndice 1).	
Implementar o PMCQS	- Elaborar o planeamento da primeira sessão (Apêndice 2); - Elaborar o questionário de avaliação da primeira sessão (Apêndice 3). - Realizar a primeira sessão: Uma conversa com os enfermeiros sobre a morte	

Atividades	Cronograma de atividades													
	2023		2024											
	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão da literatura														
Elaboração do PMCQS														
Organização dos materiais e recursos para implementação do PMCQS														
Formação em serviço para apresentar o PMCQS														
Implementação do PMCQS na UCP														
Realização das sessões propostas														
Relatório crítico final														
Apresentação dos resultados à equipa														

7. VERIFICAR RESULTADOS / GANHOS EM SAÚDE

Inicial

Atualmente, não existe na UCP um momento formal para que os enfermeiros se possam reunir, discutir e partilhar de experiências sobre diferentes temas, que são frequentes no dia-a-dia da prática clínica, como é exemplo a morte.

Final

Com a realização destas sessões, pretende-se aumentar a qualidade dos cuidados prestados, sendo que, para que o enfermeiro cuide bem, é necessário que também seja cuidado. Para além disso, procura-se aumentar o reconhecimento dos enfermeiros, aprofundar o relacionamento entre pares, melhorar o trabalho em equipa e promover a comunicação dentro da equipa, pilares fundamentais dos Cuidados Paliativos.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de um PMCQS dirigido aos enfermeiros sobre a temática da morte representa o reconhecimento da importância deste profissional em todo o ciclo vital.

A formação contínua e o acesso a recursos educacionais especializados são elementos fundamentais para melhorar as competências técnicas e emocionais dos enfermeiros que trabalham em CP. O investimento neste tipo de projetos fortalece a base de conhecimentos, a qual se reflete diretamente na qualidade dos cuidados prestados diariamente.

Para além disso, desenvolver competências e estratégias que facilitem a comunicação dentro da equipa sobre a temática da morte é fundamental para diminuir o estigma associado a este tema e a promover uma compreensão mais abrangente sobre o processo de finitude, tornando este momento mais digno para todos os envolvidos, mas principalmente para o doente e a sua família.

Por fim, a avaliação contínua dos resultados e o *feedback* por parte dos enfermeiros é essencial para garantir a eficácia da implementação deste projeto a longo prazo.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, F. I. C. (2012). *Cuidar o doente terminal em serviço de medicina interna - Um olhar fenomenológico sobre as experiências dos enfermeiros* [Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/72959>
- Capelas, L. (2014). *Indicadores de qualidade para os serviços de Cuidados Paliativos em Portugal*. Lisboa: Universidade Católica.
- Cardoso, M. F. P. T., Ribeiro, O. M. P. L., & Martins, M. M. F. P. S. (2019). A morte e o morrer: contributos para uma prática sustentada em referenciais teóricos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, (40), 1-10. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180139>
- Encarnação, P., Macedo, E., Macedo, J. C. G. M., Simões, C., Arcuri, J. F., Gamondi, C., Larkin, P. & Payne, S. (2013). Competências Centrais em Cuidados Paliativos: Um Guia Orientador da EAPC sobre Educação em cuidados paliativos – parte 2. *European Journal of Palliative Care*, 20(2), 86-91 <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/59824>
- Mendes, P., & Silva, A. (2021). O impacto biopsicossocial em enfermeiros frente ao processo de morte e morrer de pacientes terminais. *Enfermagem Atual in Derme*, 95(33), 329-345. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.947Rev>
- Nasser, S., Mendes, G., Bressan, K., Ivatiuk, A., & Rodrigues, K. (2021). O impacto da morte em profissionais da saúde em contexto hospitalar. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 9(2), 58-66. <https://doi.org/10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v9n2-6>
- Sapeta, A. P. & Batista, S. (2020). Relatório de Outono 2018. Secção: Formação dos elementos da equipa. Observatório Português dos Cuidados Paliativos. Lisboa: Universidade Católica Editora. <https://fcse.lisboa.ucp.pt/asset/4861/file>
- Sapeta, A. P. & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Revista Referência*, 2(4), 35-57 https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=15&id_revista=4&id_edicao=4
- Silva, B. de L. P. da, Lira, B. A., Kintschev, K., & Lopes, Z. de A. (2022). A morte e a prática de profissionais de saúde: contribuições da teoria das representações sociais. *Research, Society and Development*, 11(17). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i17.38840>

10. APÊNDICES

Apêndice 1 – Cartaz de divulgação da sessão: “*Death Talks*” – Uma conversa com os enfermeiros sobre a morte



Apêndice 2 – Plano da sessão: “*Death Talks*” – Uma conversa com os enfermeiros sobre a morte

PMCQS “ <i>Death Talks</i> ” – 1ª sessão: Uma conversa com os enfermeiros sobre a morte
Dinamizadora: Enf.ª Andresa Ferreira
Destinatários: Enfermeiros (extensível à restante equipa multidisciplinar)
Local: UCP
Data: 19 de janeiro de 2024
Hora: 15 horas
Duração prevista: ~45 minutos
Objetivos: - Refletir acerca do tema da morte; - Reconhecer o impacto da morte nos enfermeiros; - Identificar as estratégias de <i>coping</i> dos enfermeiros perante a morte em Cuidados Paliativos; - Promover a partilha de experiências; - Melhorar o trabalho em equipa; - Melhorar a comunicação dentro da equipa.
Avaliação da sessão: (Apêndice 3)

Apêndice 3 - Avaliação da sessão: “Death Talks” – Uma conversa com os enfermeiros sobre a morte

Preencha o seguinte quadro, assinalando com uma cruz (x) a opção que reflete a sua opinião.

Escala de Avaliação	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
PMCQS “Death Talks” – 1ª sessão: Uma conversa com os enfermeiros sobre a morte					
Pertinência do tema / conteúdos					
Concordância com os objetivos propostos					
Tema abordado face às expectativas					
Aplicabilidade da sessão					
Equilíbrio entre a exposição teórica/prática					
Duração da sessão					
Dinamizadora					
Domínio do tema / conteúdos					
Linguagem e clareza					
Estímulo à participação dos formandos/as na sessão					
Capacidade para esclarecer dúvidas					
Documentação e bibliografia suficiente e adequada					
Apreciação global da sessão					

Críticas/Sugestões/Comentários:

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE II: FORMAÇÃO EM SERVIÇO

METODOLOGIA ISBAR

Plano da formação em serviço: “Metodologia ISBAR”

Formação em serviço – “Metodologia ISBAR”

Dinamizadora: Enf.^a Andresa Ferreira

Destinatários: Equipa Multidisciplinar

Local: UCP

Data: 12 de dezembro de 2023

Hora: 15 horas

Duração prevista: ~45 minutos

Objetivos gerais:

- Uniformizar a comunicação na transição de cuidados;
- Promover a segurança do doente na transição de cuidados.

Objetivos específicos:

- Explinar a metodologia ISBAR e a sua aplicabilidade na transição de cuidados;
- Integrar e envolver a equipa multidisciplinar;
- Sensibilizar a equipa para a importância da temática.



Metodologia ISBAR

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE – CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

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

ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM RELATÓRIO FINAL

2023-2024

ANDRESA FERREIRA, N.º4719

SUMÁRIO

- OBJETIVOS
- ENQUADRAMENTO
- CONCEITOS
- ISBAR
- VANTAGENS
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OBJETIVOS

Objetivos gerais:

- Uniformizar a comunicação na transição de cuidados;
- Promover a segurança do doente na transição de cuidados.

Objetivos específicos:

- Explicar a metodologia ISBAR e a sua aplicabilidade na transição de cuidados;
- Integrar e envolver a equipa multidisciplinar;
- Sensibilizar a equipa para a importância da temática.



ENQUADRAMENTO

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

PILAR 3 – COMUNICAÇÃO → visa o **desenvolvimento e a implementação de estratégias e ferramentas**, utilizando os meios digitais na promoção das boas práticas clínicas e de gestão.



Objetivo estratégico 3.2:

Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados.

- Desenvolvimento de programas de formação específica dirigida aos profissionais de saúde, sobre transferência de informação, durante o processo de transição de cuidados.



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde



NORMA

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

Francisco
Henrique
Moura George

ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR

PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

CONCEITOS

Segurança do doente



redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.



É direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro.

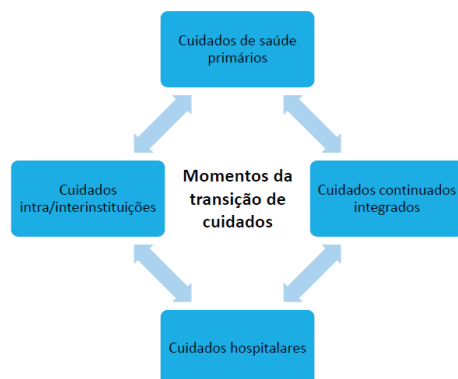
(DGS, 2017)

CONCEITOS

Transição de cuidados de saúde

Qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos.

(DGS, 2017)

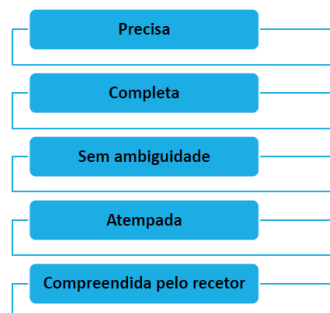


CONCEITOS

Transmissão de informação

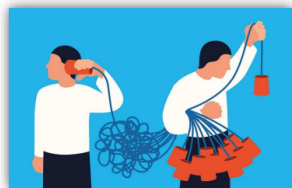
Comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados.

(DGS, 2017)



CONCEITOS

As **falhas na comunicação** são das principais causas de eventos adversos na saúde, sendo que, até 70% desses eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais, durante os momentos de transição de cuidados (DGS, 2017).



Falhas mais comuns:

omissões de informação

erros nas informações

falta de precisão

falta de priorização das atividades

CONCEITOS

I_{dentify}

S_{ituation}

B_{ackground}

A_{ssessment}

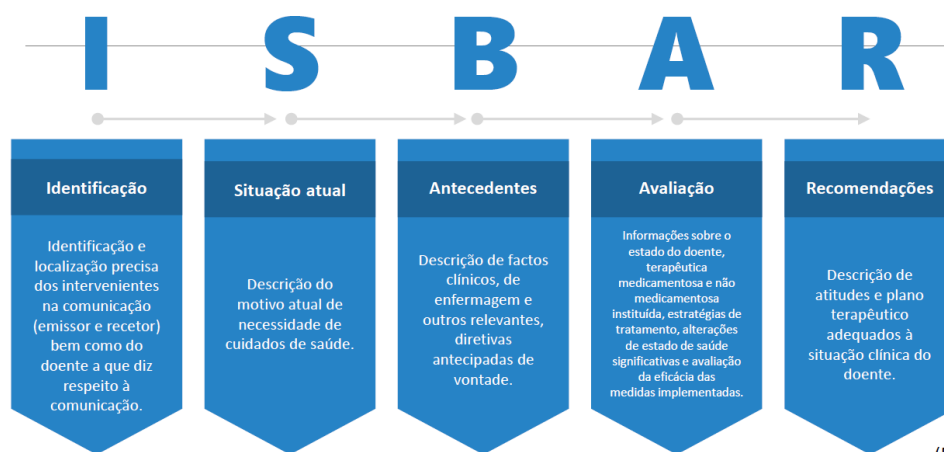
R_{ecommendation}

Ferramenta de padronização de comunicação em saúde, reconhecida por **promover a segurança do doente** em situações de transição de cuidados.

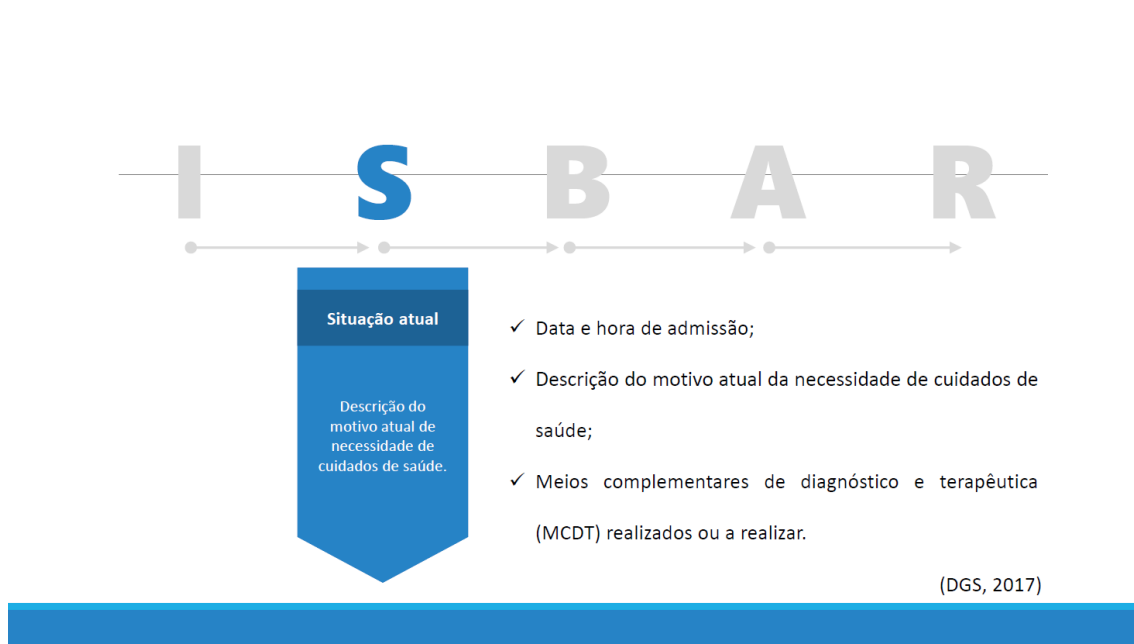
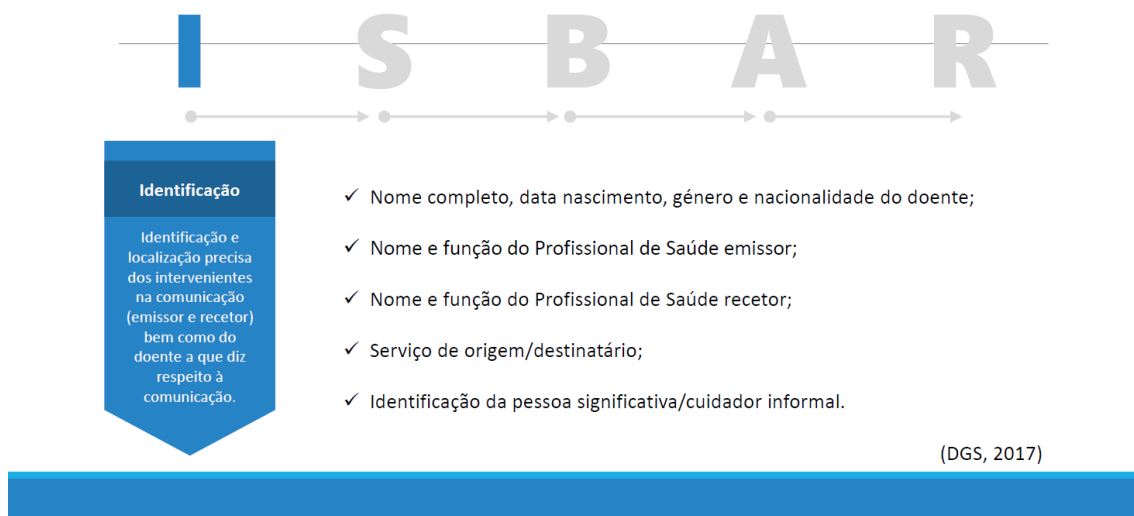
(DGS, 2017)

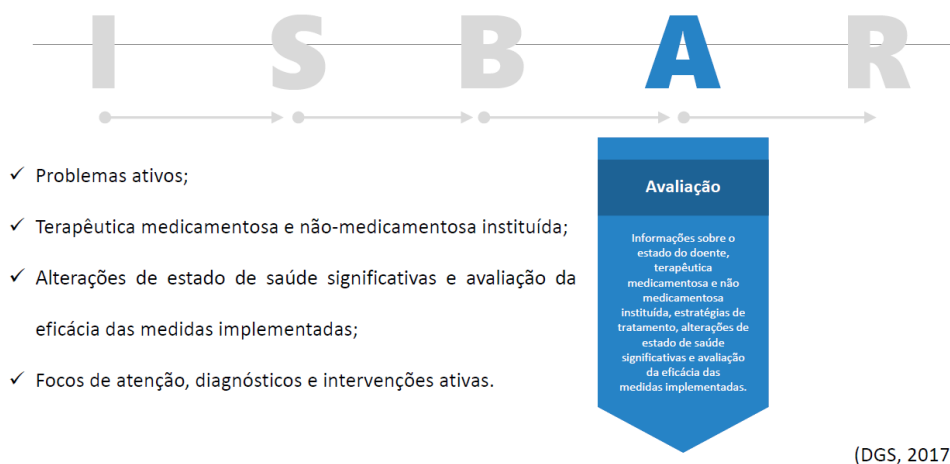
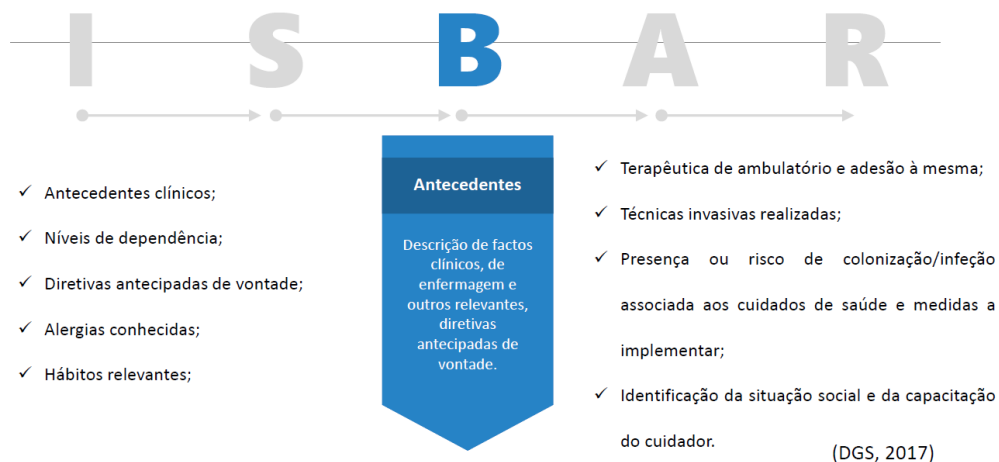
Mnemónica ISBAR	
I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

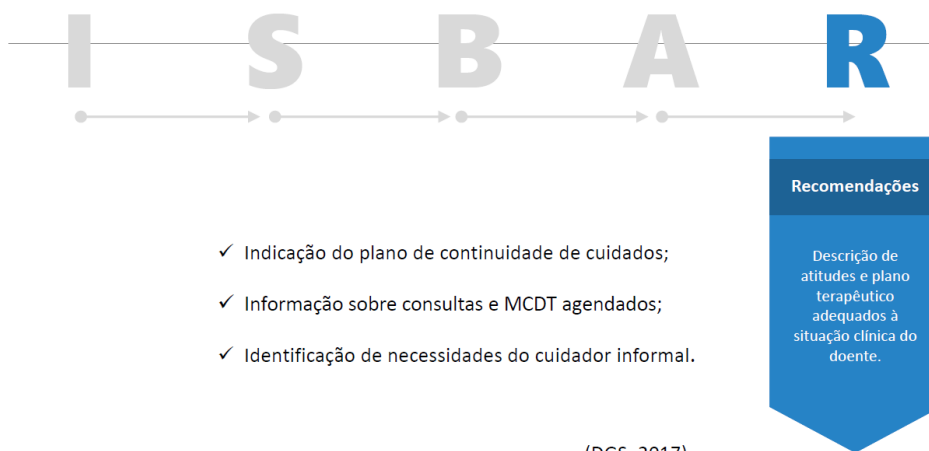
(DGS, 2017)



(DGS, 2017)







(DGS, 2017)

VANTAGENS



Memorizável	Replicável	Metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara	Uniformização da comunicação
Rapidez na tomada de decisão	Desenvolvimento do espírito crítico	↓ o tempo na transferência de informação	Integração de novos profissionais

(DGS, 2017)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017: Comunicação Eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Avaliação da formação em serviço: “Metodologia ISBAR”

Preencha o seguinte quadro, assinalando com uma cruz (x) a opção que reflete a sua opinião.

Escala de Avaliação	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Formação em serviço: “Metodologia ISBAR”					
Pertinência do tema / conteúdos					
Concordância com os objetivos propostos					
Tema abordado face às expectativas					
Aplicabilidade da sessão					
Equilíbrio entre a exposição teórica/prática					
Duração da sessão					
Dinamizadora					
Domínio do tema / conteúdos					
Linguagem e clareza					
Estímulo à participação dos formandos/as na sessão					
Capacidade para esclarecer dúvidas					
Documentação e bibliografia suficiente e adequada					
Apreciação global da sessão					

Críticas/Sugestões/Comentários:

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE III: PANFLETO INFORMATIVO

INFUSOR ELASTOMÉRICO



Informações importantes



O que é o DIB?

O DIB é uma pequena bomba portátil que administra medicação através de um cateter subcutâneo (CSC), de forma constante e com absorção confiável, sendo possível a administração de vários medicamentos ao mesmo tempo. É uma técnica não invasiva, segura e confortável.

Na sua estrutura, contém um recipiente de plástico transparente, onde, no interior, se encontra um balão que administra a medicação que lá foi introduzida. Encontra-se ligado a um fino tubo, o qual se vai conectar a um CSC. O dispositivo começa a administrar a medicação imediatamente após ser conectado ao tubo e continuará até que esteja completamente vazio ou seja removido. Existem diferentes tamanhos, volumes e velocidade de administração de medicação, adaptados à prescrição médica.

Deve contactar o enfermeiro se o local de inserção do CSC apresentar sinais inflamatórios (dor, inchaço, vermelhidão), se existir desconexão accidental do sistema ou se a infusão terminar antes do previsto.

O sistema funciona lentamente e o balão ficará a encolher durante várias horas ou dias, dependendo da medicação prescrita.

Não desconecte o sistema, a menos que lhe seja dito por um profissional de saúde.

Não exponha o DIB a temperaturas extremas ou à luz solar direta.

Quando o doente tomar banho, o DIB não deve ser submerso nem exposto à pressão da água.

Para o transporte, se o doente for autónomo, a forma mais cómoda é colocar o DIB numa bolsa à cintura.

Quando deitado, o DIB deve ser colocado em cima da cama, na posição horizontal.

Referências bibliográficas





Realizado por Andresa Ferreira, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa 2023-2024



INFUSOR ELASTOMÉRICO

DIB

Disposable infusion balloon

Em caso de dúvida, contacte-nos:



Disponível 24h por dia, todos os dias.

APÊNDICE IV: PEDIDO DE DISPONIBILIZAÇÃO DE DOCUMENTOS

Dear Authors

My name is Andresa Ferreira and I am a Master's student in Medical-Surgical Nursing, in the area of Palliative Care Nursing, at the Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

I am carrying out a Scoping Review and the study "Title" (year of publication) seems to fit the inclusion criteria of the work. Would it be possible to give me access to the full text?

Best regards,

Andresa Ferreira