



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

**Comunicação com a Família da Pessoa em Situação Paliativa:  
Intervenção de Enfermagem**

Communication with the Family of Palliative Care Patients:  
Nursing Intervention

**Anexos e Apêndices**

**Dora Maria Coelho Martins Belo Correia**

---

**Lisboa  
2024**

# Índice

## APÊNDICES

Apêndice I: Estrutura Organizacional e Funcional da Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos

Apêndice II: Plano de Sessão de Formação da Apresentação da Análise de Artigo Científico

Apêndice III: Estrutura Organizacional e Funcional da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Apêndice IV: Documento elaborado sobre: “Necessidades da Família da Pessoa em Situação Paliativa e as Estratégias de Comunicação a utilizar com a Família da Pessoa em Situação Paliativa

Apêndice V: Estratégias de Comunicação utilizadas com a Família da Pessoa em Situação Paliativa: Protocolo de *Scoping Review*

Apêndice VI: Plano de Sessão de Formação: “Necessidades da Família da Pessoa em Situação Paliativa e Estratégias de Comunicação Utilizadas”

Apêndice VII: Documento de Avaliação de Sessão de Formação: “Necessidades da Família da Pessoa em Situação Paliativa e Estratégias de Comunicação Utilizadas”

## **APÊNDICES**

Apêndice I: Estrutura Organizativa e Funcional da Unidade  
de Internamento de Cuidados Paliativos

## **Estrutura organizativa e funcional da Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos**

Esta unidade hospitalar de internamento é especializada em cuidados paliativos. Tem quartos individuais e duplos, com casa de banho privativa, onde são acompanhadas pessoas com doença oncológica, maioritariamente, e não oncológica, em fase terminal ou não, com necessidades paliativas mais complexas, como por exemplo, em situações de descompensação clínica, podendo ser internadas a qualquer hora do dia. Este serviço trabalha em estreita colaboração com as outras especialidades do hospital, nomeadamente Oncologia médica, Neurologia, Neurocirurgia, Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Ortopedia, Unidade da Dor e Medicina Física e de Reabilitação. Esta colaboração justifica-se pelo tipo de patologias que afetam com mais frequência os doentes internados, nomeadamente doentes oncológicos, doentes com patologias neurológicas degenerativas (doença de Alzheimer, doença de Parkinson), com insuficiências orgânicas avançadas (insuficiência cardíaca crónica, insuficiência renal), com demências avançadas, com sequelas de acidentes vasculares cerebrais, doentes pós-cirúrgicos e doentes com doenças neuromusculares (esclerose lateral amiotrófica), fibrose quística e doenças reumáticas incapacitantes. A proveniência das pessoas que ficam internadas no serviço pode ser variada. Estas podem vir: diretamente do seu domicílio (se tiverem solicitado previamente o internamento); da Consulta Externa (Oncologia Médica, Cuidados Paliativos ou outra); do Hospital de Dia Médico; do Atendimento Não Programado; de um Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico do grupo hospitalar.

Esta unidade de internamento é constituída por uma equipa interdisciplinar, que proporciona uma abordagem holística e individualizada a cada doente e à sua família. O núcleo central da equipa é constituído por uma equipa médica, com competência de Medicina Paliativa, uma equipa de Enfermagem, uma psicóloga e uma assistente social. A maioria dos elementos da equipa tem formação em Cuidados Paliativos, um número significativo com formação avançada e especialização. Prestam ainda apoio à unidade: assistentes operacionais, um farmacêutico, uma dietista, fisioterapeutas, um capelão, administrativos, auxiliares da copa, auxiliares de limpeza e voluntários.

A prestação de cuidados inicia-se, diariamente, às 08h00 com a passagem de turno, após a qual, cada enfermeiro reúne com a equipa multidisciplinar para uma revisão dos doentes internados e notificação de intercorrências. Nesta reunião matinal estão presentes os elementos da equipa médica, da equipa de enfermagem e a psicóloga e é elaborado um plano de ação para cada doente, que inclui o controlo sintomático, a abordagem do doente e da sua família, a discussão de exames complementares a requisitar e são realizados ajustes terapêuticos. Após a revisão matinal, os enfermeiros iniciam os cuidados diretos aos doentes e há nova discussão com a equipa multidisciplinar sempre que necessário para esclarecimento de dúvidas, reavaliação de situações clínicas e ajustes terapêuticos. Depois, são realizados os registos de enfermagem e validada a terapêutica administrada, sendo, este, um processo totalmente informatizado.

De forma a avaliar os doentes internados de forma mais adequada, são utilizadas várias escalas na Unidade, das quais se destacam: a Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), a Escala de Barthel modificada e a Escala de Karnofsky. Estas escalas são avaliadas pelos enfermeiros, informaticamente, à entrada e na alta do doente, ou mais vezes durante o internamento se houver alteração no seu status, sendo que quando os doentes apresentam alteração do estado de consciência, a escala ESAS não pode ser aplicada.

Para além da atividade assistencial, a equipa interdisciplinar também se dedica bastante à formação e investigação na sua área de intervenção e existe uma reunião semanal, com a presença da equipa médica, equipa de enfermagem, psicóloga, assistente social, podendo solicitar-se a presença e colaboração de outros profissionais de saúde, de acordo com as necessidades. Nesta reunião são discutidos casos de maior complexidade e procedimentos do serviço e por vezes são também apresentados, na maioria das vezes por estagiários de Medicina e de Enfermagem, artigos científicos de interesse para o serviço.

A unidade dispõe de um serviço de atendimento telefónico, disponível 24 horas, para o esclarecimento de dúvidas de pessoas que tenham estado internadas na unidade e/ou dos seus familiares/cuidadores. Este serviço fica a cargo da equipa de enfermagem, que se encontra em permanente articulação com a equipa médica e pode auxiliar no controlo de sintomas e na avaliação da necessidade de internamento.

Apêndice II: Plano de Sessão de Formação da Apresentação  
da Análise de Artigo Científico

## **Plano de Sessão de Formação**

Apresentação da Análise de Artigo Científico

**População-alvo:** Equipa interdisciplinar da Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos

**Data:** 18 de julho de 2023

**Duração:** 30 minutos

**Local:** Sala reuniões do serviço

**Objetivos:** Analisar o artigo científico “Hospital culture and intensity of end-of-life care at 3 academic medical centres” (Dzeng et al., 2023) e discutir sobre qual é o papel da cultura hospitalar e das estruturas institucionais na prestação de tratamentos de manutenção da vida potencialmente não benéficos e de alta intensidade perto do fim da vida.

	Conteúdos	Estratégias		Tempo
		Metodologia	Recursos	
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do formador;</li> <li>- Apresentação dos objetivos e contextualização da sessão de formação.</li> </ul>	Métodos Expositivo e Participativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador portátil,</li> <li>- Diapositivos em PowerPoint,</li> <li>- Videoprojector.</li> </ul>	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da análise ao artigo científico selecionado, nomeadamente: enquadramento teórico, metodologia, resultados, discussão e conclusões;</li> <li>- Colocação de uma questão para reflexão e discussão.</li> </ul>			20 minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerações finais;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>			5 minutos

Apêndice III: Estrutura Organizativa e Funcional da Equipa  
Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

## **Estrutura organizativa e funcional da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)**

A EIHSCP funciona em dias úteis, das 8h às 16h, realizando consultas externas de Cuidados Paliativos, observação de doentes internados, realização de conferências familiares e atendimento de chamadas telefónicas a doentes em ambulatório ou familiares já conhecidos da equipa e aos profissionais de saúde da comunidade que estejam a seguir esses doentes. É, também, feita a avaliação e referenciação de doentes com necessidades paliativas que, em reunião com a família, se considere pertinente o ingresso numa Unidade de Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, sendo necessário que a família faça, antes, o pedido em impresso próprio. Além disso a equipa, também, organiza ou participa em diversas formações, quer a doentes, como familiares ou cuidadores, quer a profissionais de saúde.

A equipa multidisciplinar desta EIHSCP é formada por médicos com competência em medicina paliativa; enfermeiras com formação avançada em cuidados paliativos; psicóloga; assistente social; nutricionista; farmacêutica e uma administrativa.

Para que a equipa possa intervir é necessário receber um pedido de colaboração por parte do médico assistente do serviço em que os doentes se encontram internados, sendo a primeira visita ao doente realizada até ao segundo dia útil, após a receção do pedido.

Diariamente, as enfermeiras começam por consultar os registos, de modo a perceber como os doentes do internamento estiveram durante as últimas horas e consultam a terapêutica que foi administrada para perceber eventuais descontrolos sintomáticos ou necessidade de reajustes na terapêutica. Verificam, também, as consultas agendadas para esse dia e se há novos pedidos de colaboração, adicionando-os à lista de doentes para observação em internamento. Antes da observação dos doentes, há uma pequena reunião com o médico, onde é discutido o plano de cada doente e havendo uma distribuição dos doentes a observar. Já no internamento, a enfermeira aborda o doente, tentando compreender as suas necessidades, receios ou dúvidas, envolvendo, também, as pessoas significativas, com o consentimento do doente, telefonando, mais tarde, para dar informações e realizando conferências familiares, sempre que se justifique. Antes ou após a observação do doente, há sempre

um contato com o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados, de forma a haver articulação com a equipa de enfermagem. Depois da observação dos doentes, são feitos registos de enfermagem, informaticamente, e sempre que necessário, é feita nova reunião com o médico para proceder a reajustes de terapêutica. Tanto os registos de enfermagem, como registo de consultas são feitos informaticamente, ficando também registado a realização de conferências familiares, bem como o seu motivo e os resultados da mesma. Para avaliação do doente é utilizada a escala Palliative Performance Scale versão 2 (PPSv2).

As enfermeiras da EIHSCP realizam, ainda, a consulta telefónica de apoio ao luto, onde é aplicado o instrumento de avaliação de risco no luto. Esta consulta é realizada próximo ao sétimo dia e é realizada outra, um mês após o óbito. Mediante a avaliação de risco e tendo em conta os fatores de risco associados, determina-se o risco de perturbação de luto prolongado e ao identificar o risco, poderá ser feito o encaminhamento precoce para consulta de psicologia de apoio ao luto, articulando-se com a psicóloga da EIHSCP. Devido a questões de tempo, nem sempre se conseguem cumprir os tempos requeridos, havendo um ligeiro atraso.

Apêndice IV: Documento elaborado sobre: “Necessidades da Família da Pessoa em Situação Paliativa e Estratégias de Comunicação a utilizar com a Família da Pessoa em Situação Paliativa”

Necessidades da Família  
da Pessoa em Situação Paliativa e  
Estratégias de Comunicação  
a utilizar com a Família  
da Pessoa em Situação Paliativa

Trabalho elaborado por Dora Correia,  
no âmbito do 1º Curso de Mestrado em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa,  
da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,  
sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Patrícia Alves

outubro de 2023

## 1. INTRODUÇÃO

Este documento foi realizado no início do 2º estágio, numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e serviu de suporte à minha aprendizagem, pois permitiu sistematizar a informação recolhida a partir das leituras que realizei sobre este tema. Foi elaborado a partir da pesquisa bibliográfica nas bases de dados CINAHL Complete, Medline Complete e Google Académico para as necessidades da família da pessoa em situação paliativa. Para as estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação paliativa fiz leitura dos documentos a que acedi a partir do protocolo *Scoping Review* (Apêndice V) realizado, seguindo a metodologia da JBI, nas bases de dados CINAHL Complete e Medline Complete. Destaquei a negrito as necessidades da família e as estratégias de comunicação a utilizar.

## 2. NECESSIDADES DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

A pessoa e família da pessoa em situação paliativa têm necessidades específicas, as quais apenas se conseguem identificar com uma comunicação eficaz. A comunicação em CP é um elemento fulcral para a identificação destas necessidades, sendo por isso, um pilar fundamental dos CP e a base do Cuidar em Enfermagem.

Ullrich et al. (2021) realizaram um estudo com o objetivo de investigar as necessidades de cuidados de apoio dos cuidadores familiares de doentes com cancro avançado e a sua utilização dos serviços de apoio: no início do acompanhamento em CP, próximo da morte e durante o luto. Em ambos os momentos, a necessidade mais importante estava relacionada com a **informação sobre as alterações no estado do doente** e a necessidade mais frequentemente não satisfeita foi relacionada com o **sentimento de esperança**. Verificou-se, também, que a importância das necessidades específicas dos cuidadores familiares não se alterou substancialmente ao longo do tempo e mantiveram-se como as cinco principais necessidades: "**ser informado sobre mudanças no estado do doente**", "**sentir que os profissionais de saúde cuidam bem do doente**", "**ter a certeza de que estão a ser prestados os melhores cuidados possíveis ao doente**", "**ver as perguntas respondidas honestamente**" e "**saber exatamente o que está a ser feito ao doente**" (p. 1309). Foi possível verificar, também, que o maior nível de satisfação com os cuidados e o melhor apoio social estavam relacionados com um maior número de necessidades satisfeitas.

Num estudo realizado por Chua et al. (2020) foi possível determinar quais as maiores necessidades de doentes com cancro sólido avançado e dos seus cuidadores familiares. “Tanto os doentes como os cuidadores familiares tinham a **"informação"** e o **"apoio prático"** nos seus três principais domínios de necessidades de CP. O segundo domínio de necessidades mais elevado foi **"problemas psicológicos"** nos doentes e **"pessoal de saúde"** nos cuidadores familiares. O item que obteve a pontuação mais elevada de necessidades no domínio **"informação"**, tanto para os doentes como para os CF foi **"apoio financeiro aos doentes, quer do governo e/ou de organizações privadas"** (...)” (p. 1), constatando-se assim também uma importante necessidade sobre apoio a nível financeiro. Constata-se igualmente como principais necessidades: **manter o controlo sintomático do doente e saber como o fazer, bem como de uma comunicação clara, honesta e do estabelecimento de uma compreensão mútua com a equipa multidisciplinar** (Chua, 2020).

O estudo de Fitzsimons et al. (2019) alerta para o fato de como **a comunicação inadequada exacerba as necessidades de suporte dos cuidadores** de doentes com insuficiência cardíaca avançada **e impede a realização de uma tomada de decisão partilhada**, concluindo-se que **“os cuidadores de doentes com insuficiência cardíaca avançada necessitam de uma comunicação mais clara sobre o diagnóstico e o prognóstico da doença do seu ente querido, para ajudar a lidar com a incerteza da sua situação”** (p. 1).

Blanckenburg et al. (2022), com o seu estudo, verificaram que os **cuidadores familiares relatam mais medos sobre conversas de fim de vida**, do que as pessoas em situação paliativa, mas foram relatadas expectativas mais positivas do que negativas em relação a conversas de fim de vida, o que levou os autores a concluírem, que têm de ser os PS, nomeadamente, **os enfermeiros a iniciar a comunicação sobre o fim de vida, para poderem ajudar as famílias a falar sobre problemas de fim de vida**.

Verifica-se que **“os familiares de doentes em fim-de-vida reportaram prevalências elevadas de morbilidade psicológica** (66,1% para sofrimento mórbido, 68,8% para depressão, 72,3% para ansiedade, 50,9% para somatização e 25,9% para luto antecipatório complicado)” (Areia et al., 2020, p. 169) e que **“(…) a insatisfação com a prestação de cuidados e o funcionamento familiar constituíram preditores fundamentais para o desenvolvimento de morbilidade psicológica”** (Areia et al., 2020, p. 169).

Segundo Bloomer et al. (2022), **“os familiares de doentes em fim de vida pretendem cuidados respeitosos e compassivos, serem apoiados na sua angústia e ver respeitadas**

**as suas necessidades pessoais, culturais e religiosas”** (p. 549). Além disso, “os cuidadores familiares mostram **gratidão** espontânea pelo profissionalismo e humanidade encontrados nos cuidados paliativos. **A componente relacional dos cuidados surge como fundamental para alcançar uma experiência de cuidados de elevada qualidade (...)**, podendo ser um indicador de qualidade dos cuidados paliativos” (Aparício et al., 2017).

Segundo Neto (2008),

“as principais necessidades das famílias que têm doentes terminais a seu cargo (...) são:

- **receber informação honesta, realista e adaptada sobre a doença e as terapêuticas e sobre os recursos de apoio,**
- **sentir respeito pelas suas crenças, valores culturais e espirituais, e atitudes,**
- **existir disponibilidade de apoio logístico e de apoio emocional por parte da equipa,**
- **participar nos cuidados com possibilidade de estar com o doente em ambiente de intimidade e privacidade,**
- **expressar sentimentos, reparar relações se for caso disso,**
- **certificar-se que são prestados todos os cuidados devidos e que o doente não é abandonado”** (pp. 28, 29).

### **3. ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADAS COM A FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA**

A **comunicação não verbal** tem um papel fundamental na transmissão de informação, pois “(...) mais de 75% da comunicação faz-se com base nos aspetos não verbais” (Querido, et al., 2016, p. 820), sendo que “a **expressão facial**, juntamente com o **contato visual**, poderão ser considerados como os dois aspetos mais fortes da comunicação não verbal” (Querido et al., 2016, p. 821). São várias as **competências comunicacionais** que promovem o alívio do sofrimento físico, emocional, espiritual e psicológico, tais como: **a disponibilidade, a presença, a empatia, o respeito, a escuta e devolução de resposta, o contacto visual, o sorriso, o tom de voz caloroso, as palavras de conforto, o cuidado, o encorajamento, o uso do toque e até o uso do humor** (Dahlin & Wittenberg, 2019). Segundo Monho et al. (2021), “o enfermeiro deve adotar uma postura de **compreensão empática, escuta ativa, disponibilidade, atenção às necessidades emocionais, aos componentes não verbais**

**(como a presença física e o contacto visual), à gestão de expectativas e o incentivo do autocuidado”** (p. 1).

A comunicação paraverbal refere-se ao tom de voz, ao ritmo do discurso e à utilização de expressões verbais curtas, por exemplo: *hum, hum* ou *ah, ah* (Querido et al., 2016). **Se estas expressões forem acompanhadas por acenos afirmativos de cabeça, “servem de incentivo para que a pessoa continue a falar e mostram interesse e compreensão pelo que é dito”** (Querido et al., 2016, p. 823).

Dentro da comunicação verbal, existem, também, várias estratégias identificadas na literatura, que devem ser utilizadas para auxiliar na comunicação com a pessoa em situação paliativa ou família, em CP, tais como:

- **fazer perguntas abertas**, o que permite encorajar a pessoa a falar (Barbosa, 2016; Querido et al., 2016; Dahlin & Wittenberg, 2019) *“Como se sente? O que podemos fazer para se sentir melhor?”*;

- **utilizar a estratégia “Ask-Tell-Ask”**, em que se faz uma pergunta aberta, o doente/família responde com afirmações e perguntas, de seguida, responde-se às perguntas feitas e termina-se a conversa, fazendo uma pergunta final, para determinar a compreensão do paciente (Dahlin & Wittenberg, 2019);

- **utilizar a estratégia “Tell me more”**, para encorajar a pessoa a falar (Dahlin & Wittenberg, 2019) *“Conte-me mais sobre o que se está a passar?”*;

- **clarificar**, que segundo Barbosa (2016) *“começa por uma pergunta seguida de um rephraseamento”* (p. 853) e que serve para esclarecer mensagens confusas *“O que me está a querer dizer é que...”*;

- **reconhecer ou refletir a emoção**, que *“ajuda não só o doente a sentir-se compreendido, mas também lhe dá oportunidade de se focarem nas suas ideias e sentimentos, o que por sua vez os ajuda a dirigir os seus pensamentos e encorajá-los a continuar a falar”* (Barbosa, 2016, p. 854) *“Parece estar assustada...”* ou *“Hoje parece-me triste...”*;

- **devolver a pergunta**, que permite a expressão de sentimentos (Querido et al., 2016). *“Percebo que queira saber a minha opinião, mas o mais importante é o que você pensa acerca desse assunto. O que a preocupa?”*;

- **respeitar e ser testemunha**, pela *“valorização dos aspetos positivos, admiração pelo esforço do doente”* (Barbosa, 2016, p. 854) *“Tem feito um ótimo trabalho!”* ou *“Tem tido muita coragem!”*;

- **respeitar o não querer ser informado** (Chen et al., 2023) *“Se não quer saber o resultado dos exames que foi fazer, tubo bem, mas diga-me como se sente?”*;

- **validar emoções**, que consiste em “fazer uma afirmação expressando que a resposta emocional a um acontecimento ou a uma experiência é apropriada e razoável” (Barbosa, 2016, p. 854) *“É natural que se sinta triste...”*;

- **normalizar**, que serve para legitimar e consiste em “fazer uma afirmação comparativa que expresse que uma resposta emocional não é fora do normal” (Barbosa, 2016, p. 855). *“É habitual os familiares sentirem-se cansados, tal como refere, nestas situações...”*

- **empatizar**, ou seja, responder às emoções da pessoa/família com empatia, mostrando compreensão, respeito e apoio e “dando tempo e espaço para poderem processar os seus sentimentos” (Chen et al., 2023, p. 68) *“Não estou no seu lugar, mas imagino como seja difícil para si...”*;

- **demonstrar compaixão**, em que para além de reconhecer e compreender o sofrimento, tem associada uma ação intencional de aliviar o sofrimento (Sinclair et al., 2017) *“Há alguma coisa que gostasse, que possamos fazer por si?”*;

- **evitar julgamentos** (Dahlin & Wittenberg, 2019) *“Não tenho visto o seu filho na visita, como é que ele está?”*;

- **pedir Feedback**, o que “permite controlar a eficácia da comunicação, perceber a intenção do recetor e a sua reação (...)” (Querido et al., 2016, p. 819) *“O que percebeu do que eu lhe disse?”*;

- **verificar a compreensão da informação** (Querido et al., 2016, p. 829) *“Faz sentido para si aquilo que estou a dizer...”*;

- **utilizar a estratégia dos “dedos cruzados”**, que consiste em “manifestar que desejamos esperar o melhor (...)” (Querido et al., 2016, p. 826) e permite a gestão de expectativas e a manutenção da esperança realista. - *“Oxalá seja possível...”*;

- **utilizar a técnica dos “tiros de aviso”**, que “permite lançar algumas pistas de que algo não está bem, de que teremos notícias desagradáveis a comunicar” (Querido et al., 2016, p. 828). - *“Infelizmente percebo que houve um agravamento.”*;

- **formar aliança terapêutica ou compromisso de não abandono** (Chen et al., 2023, Querido et al., 2016, Wittenberg-Lyles et al., 2013) - *“Se precisar de alguma coisa, a equipa está aqui para si...”*;

- **redirecionar**, que consiste em fazer uma "(...) breve pausa, revendo a discussão prévia e avisar que se vai passar para outro assunto" (Barbosa, 2016, p. 855) "*Podemos voltar a falar sobre isso, mas agora precisava de falar consigo sobre...*";

- **reformular**, que consiste em escutar atentamente e reorganizar a frase nos nossos próprios termos e devolver à pessoa o que a mesma nos disse, promovendo segurança e aceitação de si mesma (Phaneuf, 2005);

- **confrontar**, que segundo Barbosa, (2016), é uma "descrição de discrepância "*Diz que está tudo bem, mas está muito pálida.*" (p. 853), ocorre quando há uma discrepância entre a comunicação verbal e não verbal;

- **resumir e orientar**, que consiste em "resumir os assuntos abordados e acordados no encontro, verificando a compreensão do doente, dando oportunidade a que se levantem novas questões e orientar para os próximos passos" (Barbosa, 2016, p. 875) "*Resumindo, estivemos a conversar sobre...*";

- **usar humor**, que pode servir para aliviar a tensão, mas requer alguma sensibilidade no seu uso (Baquero, 2022).

Segundo Anderson et al. (2019):

Os profissionais de saúde utilizam uma série de práticas que podem ajudar a uma comunicação efetiva com os familiares no fim da vida. As principais estratégias incluem: **destacar a deterioração do doente para facilitar a compreensão e a tomada de decisões; haver uma tomada de decisões partilhada, através de referências aos desejos do doente e da oferta de opções; realçar a continuidade dos cuidados, explicando os cuidados de conforto, adaptar a informação à compreensão individual e à disponibilidade para discutir a morte; ter honestidade e clareza para evitar falsas esperanças e fornecer informações repetidamente e em pequenas porções** (p.14).

No seu estudo, Chen et al. (2023) pretenderam mapear e resumir quais as **estratégias de comunicação no fim da vida**, recomendadas para os PS, nomeadamente para os enfermeiros. Segundo os autores do estudo, **antes de iniciar uma conversa de fim de vida com pessoas em situação paliativa e suas famílias, deve haver uma preparação** que deve incluir: rever os dados médicos do doente; planear a conversa e saber quem vai estar presente; identificar os papéis dos membros da equipa; **preparar o ambiente físico, incluindo a organização do local e a garantia de privacidade** e assentos adequados e **estabelecer um tempo suficiente e ininterrupto para cada conversa**. Os autores verificaram que a evidência científica defende que os enfermeiros devem **explorar e avaliar os pensamentos e**

**necessidades** dos doentes antes de iniciar discussões sobre questões de fim de vida, sendo fundamental considerar a perspetiva do doente e **adaptar a comunicação posterior em conformidade e que estas necessidades** possam ser identificadas durante visitas de rotina, ouvindo e compreendendo as histórias dos doentes, bem como a sua lógica, crenças e preocupações. Segundo Chen et al. (2023), **a família pode e deve ser incluída nas conversas de fim de vida, devendo-se explorar as preocupações e desejos das famílias, tais como a recusa de informação aos doentes, clarificando quais as razões e dando as explicações necessárias**, deve-se identificar qual a dinâmica da tomada de decisões, ou seja, “centrada no doente” ou “centrada na família” e determinar quem é a pessoa certa para falar sobre questões de fim de vida, considerando a preferência do doente pelo envolvimento da família. Os autores referem, também, que se deve **adaptar a informação à compreensão do doente, fornecendo informações em pequenos segmentos, utilizando linguagem clara e verificando a sua compreensão de vez em quando**; adaptar a informação à reação e aceitação do doente; assegurar a consistência da informação e adaptar o conteúdo, o momento e o prestador da informação às preferências e necessidades de informação do doente, e **oferecer aos doentes a opção de não discutir tópicos sobre o fim da vida, se ele assim o desejar**. Segundo Chen et al. (2023), “o apoio emocional é essencial na comunicação em fim de vida” (p. 67) e por isso os enfermeiros devem **responder às emoções do doente/família com empatia, reconhecendo as reações emocionais e verbalizando-as, mostrando compreensão, respeito e apoio**, o que dá tempo e espaço para poderem processar os seus sentimentos. Os mesmos autores referem que a fim de reformular e rever objetivos dos cuidados, os enfermeiros e outros profissionais de saúde devem **expressar as suas opiniões profissionais e questionar os planos de cuidados ou as expetativas dos doentes; expor as opções de cuidados com possíveis resultados e efeitos secundários; reavaliar os objetivos de cuidados, quando surgem novas informações; informar os doentes e família sobre os benefícios dos CP e abordar as suas conceções erradas; e serem pacientes, permitindo que os doentes e suas famílias absorvam a informação**. Os autores salientam que **no final de cada conversa é necessário haver um encerramento explícito, resumindo o que foi discutido e marcando um próximo encontro e deve-se confirmar que o doente/família percebeu o que foi dito, enfatizar a continuidade dos cuidados e a disponibilidade da equipa, fazer declarações de parceria e dar garantias de não abandono**.

Machado et al. (2018) demonstraram existir uma alta incidência de conspiração do silêncio em pessoas em situação paliativa e verificaram que “a comunicação ineficaz contribui para a falta de informação sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, entre profissionais de saúde, pacientes e familiares”. Lemus-Riscanevo et.al. (2019) salienta que “a conspiração do silêncio nos cuidados paliativos tem um impacto negativo nos doentes, principalmente para a sua autonomia, capacidade de tomar decisões e na qualidade de vida” (p. 28) e afeta, também, negativamente, o funcionamento da família. Segundo Lemus-Riscanevo et.al. (2019), “uma das ações mais simples para o conseguir é a **comunicação honesta entre a equipa de cuidados de saúde e o doente e a família, desde o início da relação**” (p. 28). Esta comunicação, segundo os mesmos autores, “deve ser **adaptada às necessidades do doente e deve incluir os cuidadores e a família do doente**” (p. 28), mas (...) deve ser considerado, desde o início da doença, que é o doente que toma as decisões sobre a partilha de informações sobre a doença com outras pessoas” (p. 28). Quando se identifica a existência de uma conspiração de silêncio, “**é importante perguntar sobre as razões que geram este fenómeno, sem julgar, e explicar e esclarecer as crenças que os doentes e os prestadores de cuidados têm**” (Lemus-Riscanevo et al., 2019, p. 28). Para isso é importante que os enfermeiros tenham “**capacidade de comunicação para estabelecer uma relação de confiança tanto com o doente como com os seus familiares**” (Lemus-Riscanevo et al., 2019, p. 28). Poderá, também, ser importante o enfermeiro oferecer-se como mediador da conversa entre o doente e familiar, servindo de suporte a ambos (Barbosa, 2016). Holmes & Illing (2021) desenvolveram uma ferramenta mnemónica, “**ARCHES**”, para ser utilizada em situações de conspiração do silêncio. Este modelo apresenta várias estratégias comunicacionais que permitem “**construir uma relação com a família e realinhar as suas perceções erradas, enquanto defende o direito do doente ao conhecimento**” (Holmes & Illing, 2021, p. 128).

As **conferências familiares** são consideradas “a **melhor prática para alcançar cuidados centrados no doente e na família** em cuidados paliativos” (Glajchen et al., 2022, p. 658). São geralmente realizadas “para **clarificar os valores dos doentes e dos prestadores de cuidados, fornecer informações, determinar as preferências de cuidados e identificar as fontes de angústia e de sobrecarga relacionadas com a doença**” (Glajchen et al., 2022, p. 658). Segundo Bloomer et al. (2022), as conferências familiares “**(...) dão a oportunidade para recolher informações sobre as necessidades de apoio da família e as suas preferências relativamente aos cuidados no fim da vida**” (p. 549), contribuindo para “**reduzir o**

**sofrimento do cuidador, atenuar a percepção de necessidades não satisfeitas, preparar os membros da família para a prestação de cuidados e melhorar os resultados do luto”** (Glajchen et al., 2022, p. 658). Os autores salientam que **“a reunião familiar pode reforçar a aliança terapêutica com as famílias”** (p. 658) e assim, **“reduzir o sofrimento do prestador de cuidados, atenuar a percepção de necessidades não satisfeitas, preparar os membros da família para a prestação de cuidados e melhorar os resultados do luto”** (Glajchen et al., 2022, p. 658). **Antes de realizar uma conferência familiar é necessária uma preparação,** ou seja, quem vai dar a informação, deve conhecer bem a informação que vai partilhar **e definir uma ordem de trabalhos** (Glajchen et al., 2022; Dahlin & Wittenberg, 2019; Neto, 2008). O doente, sempre que possível, deve indicar quem vai estar presente na reunião, no entanto, nalguns casos pode não participar, caso a sua condição clínica não o permita, caso não queira, ou caso a família deseje discutir alguns aspetos separadamente (Glajchen et al., 2022; Dahlin & Wittenberg, 2019; Neto, 2008), mas **“de qualquer forma, ele será sempre o cerne do processo de decisão, já que é com ele que existe primazia na relação terapêutica (e só depois com a família) (Neto, 2008, p. 32).** Deve-se **encontrar um espaço privado apropriado para a reunião e apresentar todos os participantes** (Glajchen et al., 2022; Dahlin & Wittenberg, 2019; Neto, 2008). As reuniões geralmente começam com **perguntas que solicitam a compreensão do estado do doente, onde a estratégia de comunicação “Ask-Tell-Ask” pode ser útil,** devendo, também, determinar o desejo do doente quanto à **quantidade de informação que quer receber** (Glajchen et al., 2022; Dahlin & Wittenberg, 2019; Neto, 2008). De seguida, **transmitem-se empaticamente as informações, usando uma linguagem clara, em pequenas quantidades e com pausas para processamento** (Dahlin & Wittenberg, 2019) e deve-se **responder à emoção gerada pela informação, validando-a e nomeando-a,** alinhando-se assim empaticamente com o doente/família (Glajchen et al., 2022). Depois, devem ser **clarificados os objetivos dos cuidados e as prioridades de tratamentos e devem ser colocadas questões para apoiar a tomada de decisão** (Glajchen et al., 2022; Dahlin & Wittenberg, 2019; Neto, 2008). **Conclui-se a reunião com um resumo do que foi dito e desenvolvendo um plano de cuidados em colaboração com o doente e família** (Glajchen et al., 2022; Dahlin & Wittenberg, 2019; Neto, 2008).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, R.J., Bloch, S., Armstrong, M., Stone, P.C., & Low, J.T.S. (2019). Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliative Medicine*, 33 (8), 926-941. <https://doi.org/10.1177/0269216319852007>
- Aparício, M., Centeno, C., Carrasco, J. M., Barbosa, A., & Arantzamendi, M. (2017). What are families most grateful for after receiving palliative care? Content analysis of written documents received: a chance to improve the quality of care. *BMC Palliative Care*. 16:47. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0229-5>
- Areia, N., Major, S., Fonseca, G., Oliveira, V., & Relvas, A.P. (2020). Prevalência e preditores de morbidade psicológica nos familiares de doentes oncológicos terminais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(1), 169-175. <https://dx.doi.org/10.15309/20psd210125>
- Baquero, B. C. (2022). Humor en cuidados paliativos. In: M. B. M. Cruz, M. M. Just, Y. C. Lanchas, & M.T. G-B. Merino, *Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida* (2ª ed.) (pp. 286-295). Barcelona: Elsevier.
- Barbosa, A. (2016). Relação Clínica em Cuidados Paliativos. In: A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed.) (pp. 833- 905). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Blanckenburg, P., Riera Knorrenschild, J., Hofmann, M., Fries, H., Nestoriuc, Y., Seifart, U., Rief, W., Seifart, C. (2022). Expectations, end-of-life fears and end-of life communication among palliative patients with cancer and caregivers: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 12: e05853, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058531>
- Bloomer, M. J., Poon, P., Runacres, F., & Hutchinson, A. M. (2022). Facilitating family needs and support at the end of life in hospital: A descriptive study. *Palliative medicine*, 36(3), 549-554. <https://doi.org/10.1177/02692163211066431>
- Chen, W., Chung, J. O. K., Lam, K. K. W., & Molassiotis, A. (2023). End-of-life communication strategies for healthcare professionals: A scoping review. *Palliative medicine*, 37(1), 61-74. <https://doi.org/10.1177/02692163221133670>
- Chua, G. P., Pang, G. S. Y., Yee, A. C. P., Neo, P. S. H., Zhou, S., Lim, C., Wong, Y. Y., Qu, D. L., Pan, F. T., & Yang, G. M. (2020). Supporting the patients with advanced cancer and their family caregivers: what are their palliative care needs?. *BMC cancer*, 20(1), 768. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07239-9>
- Dahlin, C.M., & Wittenberg, Elaine (2019) Communication in Palliative Care: na essential competency for Nurses. In: B. R. Ferrell, J. A. Paice (eds) *Oxford textbook of palliative nursing* (5ªed) New York: Oxford Academic, online ed. <https://doi.org/10.1093/med/9780190862374.001.0001>
- Fitzsimons, D., Doherty, L. C., Murphy, M., Dixon, L., Donnelly, P., McDonald, K., & McIlfratrick, S. (2019). Inadequate Communication Exacerbates the Support Needs of Current and Bereaved Caregivers in Advanced Heart Failure and Impedes Shared Decision-making. *The Journal of cardiovascular nursing*, 34(1), 11-19. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000516>

- Glajchen, M., Goehring, A., Johns, H., Portenoy, R.K., (2022). Family meeting in palliative care: Benefits and barriers. *Palliative and Supportive Care*, 23, 658-667.  
<https://doi.org/10.1007/s11864-022-00957-1>
- Holmes, S. N., & Illing, J. (2021). Breaking bad news: tackling cultural dilemmas. *BMJ supportive & palliative care*, 11(2), 128–132. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002700>
- Lemus-Riscanevo, P., Carreño-Moreno, S., & Arias-Rojas, M. (2019). Conspiracy of Silence in Palliative Care: A Concept Analysis. *Indian journal of palliative care*, 25(1), 24–29.  
[https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_183\\_18](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_183_18)
- Machado, J., C., Reis, H. F. T., Sena, E. L. Silva, R. S. Boery, R. N. S. O., & Vilela, A. B. A. (2018). O fenómeno da conspiração do silêncio em pacientes de cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Enfermería Actual En Costa Rica*, (36), 92- 103.  
<https://doi.org/10.15517/revenf.v0i36.34235>
- Monho, B.M.F., Ferreira, I.M.P., Ribeiro, M.F.B., Alves, T.S.C., Maurício, M.D.A.L.L.D. (2021). A comunicação na promoção da dignidade em cuidados paliativos: desafios para a enfermagem. *Revista baiana enfermagem*, 35:e34788, 1-9.  
<https://doi.org/10.18471/rbe.v35.34788>
- Neto, I. G. (2008). As conferências familiares como estratégia de intervenção e apoio à família em cuidados paliativos. *Dor*, 16 (3), 27-34.  
[https://www.aped-dor.org/images/revista\\_dor/pdf/2008\\_03.pdf](https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2008_03.pdf)
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Querido, A., Salazar, H., Neto, I.G. (2016). Comunicação. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed.) (pp. 815-831). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative medicine*, 31(5), 437–447.  
<https://doi.org/10.1177/0269216316663499>
- Ullrich, A., Marx, G., Bergelt, C., Benze, G., Zhang, Y., Wowretzko, F., Heine, J., Dickel, L. M., Nauck, F., Bokemeyer, C., & Oechsle, K. (2021). Supportive care needs and service use during palliative care in family caregivers of patients with advanced cancer: a prospective longitudinal study. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(3), 1303–1315. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05565-z>
- Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Ferrel, B., & Ragan, S. L. (2013). *Communication in Palliative Nursing*. New York: Oxford University Press.

Apêndice V: Estratégias de Comunicação utilizadas com a Família  
da Pessoa em Situação Paliativa: Protocolo de *Scoping Review*

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Estratégias de Comunicação utilizadas com a Família  
da Pessoa em Situação Paliativa: Protocolo de  
*Scoping Review***

**Dora Maria Coelho Martins Belo Correia**

Docente Orientadora:  
Professora Doutora Patrícia Vinheiras Alves

---

**Lisboa  
outubro 2023**

# **Estratégias de comunicação utilizadas com a família da pessoa em situação paliativa: protocolo de *scoping review***

**Dora Maria Coelho Martins Belo Correia**

Discente do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## **RESUMO**

**Enquadramento:** Em situações de crise, como no caso de doença e fim da vida, surgem necessidades na família que necessitam de particular atenção, sendo essencial, por parte do enfermeiro, cuidar da família da pessoa em situação paliativa. Para tal, existem competências comunicacionais essenciais, que promovem o alívio do sofrimento físico, psicológico, emocional, social e espiritual. A comunicação efetiva em cuidados paliativos (CP) assegura um cuidado individualizado e respeitoso com a família da pessoa em situação paliativa, atendendo aos seus valores, preferências e crenças.

**Objetivo:** Mapear a evidência científica disponível relativa às estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros com a família da pessoa em situação paliativa.

**Método de revisão:** Seguida a metodologia de *Joanna Briggs Institute*. Utilizados documentos pesquisados na CINAHL Complete e na MEDLINE Complete, considerando determinados critérios de seleção, como a delimitação temporal de documentos, de 2019 até 2023.

**Apresentação e interpretação dos resultados:** Os dados serão colocados numa tabela de extração e a análise efetuada agregando as estratégias de comunicação por similaridades. O processo de análise, extração e síntese dos dados será desenvolvido por revisores independentes.

**Conclusão:** Este protocolo constitui-se um ponto de partida para a posterior análise e sistematização das evidências existentes sobre que estratégias de comunicação utilizar com a família da pessoa em situação paliativa, o que contribuirá para a disseminação da evidência disponível sobre o tema.

**Palavras-Chave:** Comunicação, cuidados paliativos; família.

## 1- INTRODUÇÃO

A família é a primeira rede social de apoio à pessoa em situação paliativa. Segundo Espíndola, et al. (2018), “em situações de crise – como no caso de adoecimento e fim da vida –, são esperadas mudanças nessa organização familiar e, conseqüentemente, nos papéis desempenhados pelos familiares (...) (p. 376). Além disso, os mesmos autores referem que a família enfrenta, “(...) ao longo do adoecimento, perdas simbólicas como a dos papéis sociais, da autonomia e da identidade, além da perda real (...) (p. 376). Daí a necessidade do “(...) cuidado à família, devendo ela ser ativamente incorporada nos cuidados prestados e, por sua vez, ser ela própria, objeto de cuidados, quer durante a vivência da doença, quer durante o luto (...) (Padrões de Qualidade da OE, 2017, p. 18).

Um dos pilares fundamentais dos CP é, então, o cuidado à família., “(...) sendo que os cuidados à família “(...) devem ser pautados por comunicação honesta, evitando conseqüências de silêncio e favorecendo a manutenção da autonomia e da dignidade de doentes e familiares (Espíndola, et al., 2018, p. 376). Caswell et al. (2015) desenvolveram um estudo, onde verificaram que “a experiência dos cuidadores no fim da vida do seu familiar foi melhorada quando se conseguiu uma compreensão mútua com os profissionais de saúde” (p. 1), salientando a importância do estabelecimento de uma relação terapêutica. Os autores constataram que “alguns cuidadores referiram que a comunicação foi ineficaz. Sentiram-se inseguros quanto ao que estava a acontecer com o seu familiar e ficaram angustiados com a experiência dos cuidados em fim de vida do seu familiar” (p.1), concluindo, assim, que “o estabelecimento de uma relação de concordância, baseada na compreensão negociada de perspectivas partilhadas, pode ajudar a melhorar a comunicação entre os PS e os familiares cuidadores dos seus doentes” (p.1). Aparício et al. (2017) verificaram que “os cuidadores familiares mostram gratidão espontânea pelo profissionalismo e humanidade encontrados nos cuidados paliativos. A componente relacional dos cuidados surge como fundamental para alcançar uma experiência de cuidados de elevada qualidade (...), podendo ser um indicador de qualidade dos cuidados paliativos” (Aparício et al., 2017).

A base dos CP de qualidade é uma comunicação eficaz que assegura uma abordagem individualizada e respeitosa dos cuidados, desde o diagnóstico até à morte, tendo em conta os valores, preferências e crenças (Dahlin & Wittenberg, 2019). Segundo Querido

et al. (2016), “a comunicação é um dos pilares principais em CP, funcionando como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal” (Querido et al., 2016, p. 829). A comunicação não verbal tem um papel fundamental na transmissão de informação, pois “(...) mais de 75% da comunicação faz-se com base nos aspetos não verbais, sendo estes mais genuínos e menos sujeitos à censura do consciente” São várias as competências comunicacionais que promovem o alívio do sofrimento físico, emocional, espiritual e psicológico, tais como: a disponibilidade, a presença, a empatia, o respeito, a escuta e devolução de resposta, o contacto visual, o sorriso, o tom de voz caloroso, as palavras de conforto, o cuidado, o encorajamento, o uso do toque e até o uso do humor (Dahlin & Wittenberg, 2019), mas, tendo em conta a importância, em CP, do cuidado à família torna-se relevante investigar quais as estratégias comunicacionais a utilizar, pelo enfermeiro, com a família da pessoa em situação paliativa. Para validar a novidade do tema em estudo foi realizada uma pesquisa preliminar em diversas bases de dados, como a *PubMed database*, *JB I Evidence Synthesis* e *PROSPERO*, bem como pesquisa na base de dados do centro de documentação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e no Google Académico e não foi encontrada nenhuma *scoping review* semelhante, já finalizada ou com protocolo registado, justificando assim a pertinência da realização deste protocolo *Scoping, Review* que tem como objetivo mapear a evidência científica disponível relativa às estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros, com a família da pessoa em situação paliativa.

## **2- MÉTODO**

O presente protocolo de revisão de mapeamento ou protocolo *Scoping Review* foi conduzido de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020).

### **2.1- Critérios da Pesquisa**

Os critérios de seleção foram determinados com base nos elementos da População, Contexto e Conceito (PCC), de acordo com os princípios orientadores do Instituto *Joanna Briggs*. Neste sentido foi construída a questão de investigação: Quais as estratégias de

comunicação utilizadas pelos enfermeiros, com a família da pessoa em situação paliativa?

- **População:** Familiares e/ou cuidadores da pessoa adulta em situação paliativa;
- **Conceito:** Estratégias de comunicação utilizadas;
- **Contexto:** Contextos onde trabalhem equipas especializadas em CP

## 2.2- Critérios de Inclusão e Exclusão

Na tabela 1 são apresentados os critérios de inclusão e exclusão utilizados para a seleção dos documentos. Dizem respeito aos participantes; conceito; contexto; tipo de texto; data de publicação e idioma da publicação.

**Tabela 1- Critérios de inclusão e exclusão**

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Familiares e/ou cuidadores adultos da pessoa adulta <sup>1</sup> em situação paliativa.	Familiares não adultos de pessoas em situação paliativa não adultos <sup>1</sup> .
Conceito	Estratégias de comunicação utilizadas por enfermeiros.	Documentos que não identifiquem estratégias de comunicação utilizadas por enfermeiros.
Contexto	Todos os contextos onde trabalhem equipas especializadas de CP.	Outros contextos de cuidados.
Tipo de texto	Revisões da literatura; estudos qualitativos, quantitativos ou mistos publicados ou não publicados; teses de mestrado e doutoramento; opiniões de peritos; reflexões críticas; guidelines; relatórios; estudos de caso.	-
Data de publicação	Entre 2019 e 2023.	Anterior a 2019.
Idioma da publicação	Português, inglês ou espanhol.	Documentos cujo idioma não seja em português, inglês ou espanhol.

<sup>1</sup> Nas bases de dados CINAHL e MEDLINE são definidos como “todos os adultos” (all adult), pessoas com idade igual ou superior a 19 anos.

## 2.2- Estratégia de Pesquisa

Na pesquisa serão utilizadas as seguintes bases de dados eletrônicas: CINAHL Complete (EBSCOhost) e MEDLINE Complete (EBSCOhost). Tendo em conta o grau de relevância no título e resumo de cada documento, foram identificados como palavras-chave ou termos de pesquisa: "communication", "family" e "palliative care". Relativamente aos documentos publicados, no que diz respeito à pesquisa efetuada na base de dados CINAHL Complete (EBSCOhost), recorreu-se ao CINAHL Subject Headings para encontrar os termos indexados a cada palavra-chave que são: "Communication", "Communication Skills", "Family", "Caregivers", "Spouses", "Significant other", "Palliative Care", "Hospice Care" e "Terminal Care" (estratégia de pesquisa na tabela 2). Operacionalizou-se a expressão de pesquisa com os booleanos AND e OR - (MH "Communication" OR MH "Communication Skills") AND (MH "Family" OR MH "Caregivers" OR MH "Spouses" OR MH "Significant other") AND (MH "Palliative Care" OR MH "Hospice Care" OR MH "Terminal Care"). Como limitadores de pesquisa aplicou-se: o intervalo temporal de 2019 a 2023, os idiomas: inglês, português e espanhol e a idade dos participantes  $\geq$  a 19 anos, resultando 54 documentos.

**Tabela 2 – Estratégia de pesquisa na base de dados CINAHL Complete (EBSCOhost)**

Pesquisa	Termos e opções de pesquisa	Resultados
S1	(MH "Communication")	229 670
S2	(MH "Communication Skills")	19 789
S3	S1 OR S2	229 670
S4	(MH "Family")	403 011
S5	(MH "Caregivers")	88 584
S6	(MH "Spouses")	20 036
S7	(MH "Significant other")	5 363
S8	S4 OR S5 OR S6 OR S7	467 192
S9	(MH "Palliative Care")	53 342
S10	(MH "Hospice Care")	26 331
S11	(MH "Terminal Care")	27 133
S12	S9 OR S10 OR S11	74 138
S13	S3 AND S8 AND S12	4 299
S14	S3 AND S8 AND S12 Limitadores- Data de Publicação: 2019-2023; Idioma: english, portuguese, spanish; Idade: all adult, adult: 19-44 years, middle aged: 45-64, years, aged: 65+ years, aged: 80 & over)	54

A pesquisa realizada na base de dados MEDLINE Complete (EBSCOhost) seguiu o mesmo procedimento metodológico. Como tal, recorreu-se ao *Medical Subject Headings* (MeSH2023) por forma a encontrar os termos indexados a cada palavra-chave que são: "Communication", "Nonverbal Communicatin", "Comunication Methods, Total", "Family", "Caregivers", "Spouses", Palliative Care", "Hospice and Palliative Care Nursing", "Terminal Care" e "Hospice Care" (estratégia de pesquisa na tabela 3). Operacionalizou-se a expressão de pesquisa com os booleanos AND e OR - (MH "Communication" OR MH "Nonverbal Communication" OR MH "Communication Methods, Total") AND (MH "Family" OR MH "Caregivers" OR MH "Spouses") AND (MH "Palliative Care" OR MH "Hospice and Palliative Care Nursing" OR MH "Terminal Care" OR MH "Hospice Care). Como limitadores de pesquisa aplicou-se: o intervalo temporal de 2019 a 2023, os idiomas: inglês, português e espanhol e a idade dos participantes  $\geq$  a 19 anos, resultando 69 documentos.

**Tabela 3. Estratégia de pesquisa na base de dados MEDLINE Complete (EBSCOhost)**

Pesquisa	Termos e opções de pesquisa	Resultados
S1	(MH "Communication")	843 040
S2	(MH "Nonverbal Communication")	5 222
S3	(MH "Communication Methods, Total")	292
S4	S1 OR S2 OR S3	843 040
S5	(MH "Family")	1 610 352
S6	(MH "Caregivers")	112 543
S7	(MH "Spouses")	36 126
S8	S5 OR S6 OR S7	1 687 186
S9	(MH "Palliative Care")	103 392
S10	(MH "Hospice and Palliative Care Nursing")	2 784
S11	(MH "Terminal Care")	39 297
S12	(MH "Hospice Care")	38 981
S13	S9 OR S10 OR S11 OR S12	127 689
S14	S4 AND S8 AND S13	6 3741
S15	S4 AND S8 AND S13 Limitadores- Data de Publicação: de 2019 até 2023; Idioma: english, portuguese, spanish; Idade: all adult, adult: 19-44 years, midle aged: 45-64, years, aged: 65+ years, aged: 80 & over)	69

### 2.3- Processo de Seleção e Critérios de Elegibilidade dos Artigos

Será utilizado o Rayyan Intelligent Systematic Review para gerir os documentos. Será feita a leitura dos títulos e dos resumos e incluídos e excluídos os documentos de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão. Esta análise será feita por dois revisores independentes. Os dados serão extraídos e sistematizados na tabela de extração abaixo (Tabela 4), constando: título, autores e ano de publicação; objetivos do estudo; tipo de estudo e metodologia; participantes e contexto de cuidados; e resultados. Esta ferramenta de extração de dados foi desenvolvida pelos revisores.

**Tabela 4. Sistematização dos artigos e documentos a incluir na *Scoping Review***

<b>Título, Autores e Ano de publicação</b>	<b>Objetivos do estudo</b>	<b>Tipo de estudo, Metodologia</b>	<b>Participantes, Contexto de cuidados</b>	<b>Resultados</b>

Todas as divergências quanto à inclusão dos documentos serão resolvidas por um terceiro revisor independente.

### **3- CONCLUSÃO**

Pretende-se que a *Scoping Review* resultante deste protocolo responda ao objetivo formulado, através do mapeamento das estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros com a família da pessoa em situação paliativa. Assim sendo, este protocolo constitui-se um ponto de partida para a posterior análise e sistematização da evidência existente sobre estratégias de comunicação utilizadas com a família da pessoa em situação paliativa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aparício, M., Centeno, C., Carrasco, J. M., Barbosa, A., Arantzamendi, M. (2017). What are families most grateful for after receiving palliative care? Content analysis of written documents received: a chance to improve the quality of care. *BMC Palliative Care*. 16:47. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0229-5>

Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliat Care* 14 (35), 14. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0032-0>

Dahlin, C.M., Wittenberg, Elaine (2019) Communication in Palliative Care: na essential competency for Nurses. In: B. R. Ferrell, J. A. Paice (eds) *Oxford textbook of palliative nursing* (5ªed) (pp. 55-78) New York: Oxford Academic, online ed. <https://doi.org/10.1093/med/9780190862374.001.0001>

Espíndola, A.V., Quintana, A.M., Farias, C.P., München, M.A.B. (2018). Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. *Revista Bioética*, 26(3), 371-377. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018263256>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem médico-cirúrgica. Colégio da Especialidade de Enfermagem médico-Cirúrgica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padrões-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padrões-qualidade-emc_rev.pdf)

Peters, M.D.J., Marnie, C., Tricco, A.C, et al. (2020) Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evid Synth*, 18(10):2119-2126. <https://synthesismanual.jbi.global>

Querido, A., Salazar, H., Neto, I.G. (2016). Comunicação. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed.) (pp. 815-831). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Apêndice VI: Plano de Sessão de Formação: “Necessidades da Família da Pessoa em Situação Paliativa e Estratégias de Comunicação Utilizadas”

## **Plano de Sessão de Formação**

“Necessidades da Família da Pessoa em Situação Paliativa e Estratégias de Comunicação Utilizadas”

**População-alvo:** Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)

**Data:** 6 de fevereiro de 2024

**Duração:** 30 minutos

**Local:** Sala da EIHSCP

**Objetivos:** Que os formandos sejam capazes de refletir sobre as necessidades da família da pessoa em situação paliativa; refletir sobre as estratégias de comunicação utilizadas com a família da pessoa em situação paliativa; e discutir sobre quais as necessidades da família da pessoa em situação paliativa e estratégias de comunicação mais adequadas, a partir de um caso prático, vivenciado durante o estágio.

	Conteúdos	Estratégias		Tempo
		Metodologia	Recursos	
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do formador;</li> <li>- Apresentação dos objetivos e contextualização da sessão de formação.</li> </ul>	Métodos Expositivo e Participativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador portátil,</li> <li>- Diapositivos em PowerPoint,</li> <li>- Videoprojector,</li> </ul>	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação das necessidades da família da pessoa em situação paliativa;</li> <li>- Apresentação de estratégias de comunicação utilizadas com a família da pessoa em situação paliativa;</li> <li>- Apresentação de um caso prático para reflexão e discussão.</li> </ul>			20 minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerações finais;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>			5 minutos
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrega de folha de avaliação da sessão de formação.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Folhas de avaliação com escala de Likert</li> </ul>	5 minutos

Apêndice VII: Documento de Avaliação da Sessão de Formação:  
“Necessidades da Família da Pessoa em Situação Paliativa  
e Estratégias de Comunicação Utilizadas”

## Avaliação de Sessão de Formação

“Necessidades da Família da Pessoa em Situação Paliativa e Estratégias de Comunicação Utilizadas”

	<b>Discordo Plenamente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo nem concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Plenamente</b>
A sessão de formação foi apresentada de forma clara?					
Os conteúdos apresentados foram adequados para a temática em estudo?					
Os recursos utilizados para a apresentação foram apropriados?					
A sessão de formação foi útil para a prática de prestação de cuidados?					

**Sugestões:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

