



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

**A Intervenção do Enfermeiro Mestre e Especialista no Cuidado  
Espiritual à Pessoa em Situação Paliativa**

The Intervention of Master's and Specialist Nurses in Spiritual Care for People  
in Palliative Situation

**Maria Teresa Filipe dos Santos**

---

**Lisboa  
2024**



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

**A Intervenção do Enfermeiro Mestre e Especialista no Cuidado  
Espiritual à Pessoa em Situação Paliativa**

The Intervention of Master's and Specialist Nurses in Spiritual Care for People  
in Palliative Situation

**Maria Teresa Filipe dos Santos**

Orientadora: Professora Doutora Maria da Graça Melo e Silva

---

**Lisboa  
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*"A noção de que a ciência e a espiritualidade são, de alguma forma, mutuamente exclusivas presta um desserviço a ambas"*

Carl Sagan

## **Agradecimentos**

Á Professora Dr.<sup>a</sup> Graça Melo, pela orientação, encorajamento e compreensão ao longo deste percurso.

Á Enf<sup>a</sup> Ana Gaspar, pelo incentivo, apoio, e principalmente por ter proporcionado todas as condições necessárias à concretização deste objetivo.

Á Vanessa, Raquel, Patrícia, Paula, Elisabete, Miguel e Carolina por terem guiado o meu caminho.

Á Margarida, pela inspiração, amizade e suporte.

Aos meus pais. Por terem feito este caminho a meu lado. A minha gratidão por serem como são é imensurável.

Aos meus filhos. Por vós e em vós encontrei a transcendência.

## **Abreviaturas, Acrónimos e Siglas**

EAPC - *European Association for Palliative Care*

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EOC – Enfermeira Orientadora Clínica

HOPE – *Sources of Hope, Organized Religion, Personal Spirituality and Practices, Effects on Medical Care and End-of-life Issues*

MTP – Metodologia de Trabalho de Projeto

NCP – *National Consensus Project for Quality Palliative Care*

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

UCP – Unidade De Cuidados Paliativos

UDHV – Últimos Dias ou Horas de Vida

## Resumo

A espiritualidade da pessoa em situação paliativa assume papel determinante em cuidados paliativos, pela sua influência na qualidade de vida, resiliência e resposta ao sofrimento. A evidência e os normativos éticos realçam a importância do cuidado espiritual integrado numa abordagem holística e centrada na pessoa, determinante para a qualidade de cuidados que visam o conforto e bem-estar desta população. O cuidado espiritual, enquadrado na intervenção de enfermagem, compreende a valorização e integração desta dimensão, a identificação de necessidades espirituais e a contribuição para a sua satisfação, de forma integrada nos planos terapêuticos.

O presente relatório descreve o percurso formativo realizado para aquisição das competências requeridas à prática de Enfermagem Especializada e de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. O Projeto de Formação para aquisição das referidas competências, baseado na Metodologia de Trabalho de Projeto foi desenvolvido ao longo dos dois estágios, realizados de forma complementar em contextos especializados de Cuidados Paliativos.

Durante o primeiro estágio em Unidade de Cuidados Paliativos foram identificadas necessidades de aprendizagem para prática do cuidado espiritual, que motivaram a elaboração do Projeto de Formação. A implementação deste Projeto teve lugar durante a realização do segundo estágio, numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. As atividades desenvolvidas incluíram a aquisição e aprofundamento de conhecimento teórico-científico, treino de habilidades interpessoais e prática reflexiva, durante a prestação de cuidados integrais às pessoas em acompanhamento pela equipa, suportado pelo referencial teórico da Auto-Transcendência de Pamela Reed.

As atividades desenvolvidas resultaram na integração do cuidado espiritual nos planos terapêuticos, contribuindo para o desenvolvimento das competências pretendidas, e evidenciaram o impacto positivo do cuidado espiritual na dignidade, conforto e qualidade de vida das pessoas e famílias em situação paliativa.

**Palavras-Chave:** Cuidados Paliativos, Espiritualidade; Cuidado Espiritual; Auto-Transcendência, Cuidados de Enfermagem

## **Abstract**

The spirituality of the person in a palliative situation plays a decisive role in palliative care, due to its influence on quality of life, resilience and response to suffering. Evidence and ethical standards highlight the importance of spiritual care as part of a holistic, person-centred approach, which is crucial to the quality of care aimed at the comfort and well-being of this population. Spiritual care, as part of nursing intervention, includes valuing and integrating this dimension, identifying spiritual needs and contributing to their fulfilment, in an integrated way in therapeutic plans.

This report describes the training undertaken to acquire the competencies required for the practice of Specialised Nursing and the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Palliative Care Nursing. The training project to acquire these competences, based on the Project Work Methodology, was developed over the course of two internships, carried out in a complementary way in specialised palliative care contexts.

During the first internship in the Palliative Care Unit, learning needs were identified for the practice of spiritual care, which motivated the development of the Training Project. This project was implemented during the second internship, in a Community Palliative Care Support Team. The activities carried out included the acquisition and deepening of theoretical and scientific knowledge, interpersonal skills training and reflective practice during the provision of comprehensive care to people being monitored by the team, supported by Pamela Reed's theoretical framework of Self-Transcendence.

These practices resulted in the integration of spiritual care into therapeutic plans, contributing to the development of the desired competences, and showed the positive impact of spiritual care on the dignity, comfort and quality of life of people and families in a palliative situation.

**Key-words:** Palliative Care, Spirituality; Spiritual Care; Self-Transcendence, Nursing Care

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Enquadramento Teórico .....</b>	<b>13</b>
1.1. Espiritualidade em contexto de cuidados paliativos.....	14
1.2. O cuidado espiritual na prática de enfermagem.....	16
1.3. Teoria da Auto-transcendência.....	17
<b>2. Execução das Atividades .....</b>	<b>20</b>
2.1. Estágio realizado numa UCP .....	20
2.2. Estágio realizado numa ECSCP.....	29
<b>3. Avaliação .....</b>	<b>47</b>
3.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista .....	48
3.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista .....	50
3.3. Competências de Mestre.....	51
<b>Conclusão .....</b>	<b>53</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>56</b>

## Introdução

O presente relatório descreve o percurso formativo realizado durante a Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que decorreu no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem em Cuidados Paliativos. A sua elaboração permitiu a análise reflexiva do processo que conduziu à integração prática dos conhecimentos adquiridos de forma progressiva ao longo do curso, e que contribuíram para o desenvolvimento das competências necessárias à prática especializada e de mestre. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, estas competências permitem aos enfermeiros desenvolver respostas adaptadas e individualizadas no cuidado às pessoas e famílias em situação paliativa complexa, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida, alívio do sofrimento e satisfação com os cuidados prestados.

Neste percurso formativo foi utilizada a Metodologia de Trabalho de Projeto (MTP), que, tal como descrito por Ruivo et al. (2010), facilita o desenvolvimento de respostas a problemas concretos e reais, e, conseqüentemente, a construção de uma base robusta de conhecimentos e habilidades. O Projeto foi desenvolvido durante o decorrer dos dois estágios realizados, que no seu conjunto integraram a componente prática do curso. Embora realizados em momentos e locais distintos, estes dois contextos especializados e inseridos na Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), proporcionaram uma estrutura sequencial e articulada de aprendizagem através de situações reais e diversificadas de cuidados. De acordo com o perfil de competências definido para esta área de especialização, pretendeu-se desenvolver conhecimentos e habilidades que permitem compreender e priorizar as necessidades das pessoas em situação paliativa, e contribuir, em colaboração com a equipa multidisciplinar, para a sua satisfação através de um ambiente de confiança e parceria (Regulamento n.º 429/2018).

Durante o primeiro estágio realizado numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), seguindo as etapas da MTP, foi realizado o diagnóstico das necessidades de aprendizagem relativas a um tema relevante para a prática profissional (Castro & Ricardo, 2002), mais concretamente a necessidade de adquirir competências na área do cuidado espiritual. Este tema foi escolhido tanto por motivações pessoais, ligadas ao percurso de vida, como profissionais. Ao longo do percurso profissional e sobretudo nos últimos anos

dedicados à prestação de cuidados a pessoas em situação cônica e paliativa, foi progressivamente adquirida compreensão sobre o impacto dos aspetos e necessidades que transcendem o domínio físico, nomeadamente os relacionados com os aspetos espirituais. Mesmo na presença de sintomas controlados, prevaleciam nestas pessoas manifestações de angústia e questões existenciais, que expunham uma evidente insegurança e incapacidade de resposta efetiva de cuidados. Em diversas ocasiões, a manifestação, por vezes implícita, de vontade destas pessoas em dialogar acerca de temas espirituais, originava desconforto, que se traduzia numa ausência ou resposta ineficaz, criando insatisfação em ambas as partes.

A relevância do cuidado espiritual na área dos cuidados paliativos é indiscutível, considerando que este é parte integrante da abordagem holística e centrada na pessoa, e determinante da qualidade dos mesmos (Balboni et al., 2022). A espiritualidade contribui de forma relevante para a qualidade de vida das pessoas em situação paliativa, para a sua resiliência e capacidade de adaptação ao sofrimento (Puchalski, 2008). A existência de questões ou problemas de carácter espiritual podem prever piores resultados em saúde (Balboni et al., 2017), o que enfatiza a necessidade de os profissionais de saúde estarem capacitados para a sua abordagem neste contexto. O cuidado espiritual é parte integrante do papel do enfermeiro em articulação com a restante equipa de saúde (Baldacchino, 2008) e decorre do seu conhecimento empírico (Van Meurs et al., 2018) e teórico (Reed, 1992), o que justifica amplamente a necessidade de desenvolver competências específicas que o capacitem para este tipo de intervenção. Este projeto e o percurso que ele orientou, visou assim superar as lacunas a nível de conhecimento e habilidades práticas que impediam a sua execução eficaz.

Cumprida a primeira etapa foi dada continuidade ao processo de aprendizagem no segundo estágio, realizado numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), onde o projeto foi implementado.

Seguindo uma lógica de desenvolvimento de competências ancorada no modelo de Patrícia Benner, esta etapa teve como finalidade facilitar a aquisição, integração e aplicação dos conhecimentos teóricos, científicos e práticos desenvolvidos ao longo do curso, de forma a consolidar e desenvolver competências necessárias para o desempenho profissional especializado nesta área. Benner (1984), destaca que uma

educação formal sólida, não só permite aquisição de conhecimento teórico, mas também prepara o profissional para a sua aplicação na prática profissional. Desta forma, os contextos especializados onde os estágios foram desenvolvidos, ofereceram oportunidades para cuidar de pessoas e famílias em situações diversificadas, e, na sua maioria, com elevado grau de complexidade. Estes desafios exigiram o desenvolvimento de respostas progressivamente mais elaboradas e com uma maior diferenciação técnica e relacional, adquiridas através de prática continuada e repetida, aumentando a capacidade de compreensão e resposta, como proposto por Benner (1984).

As atividades desenvolvidas envolveram a pesquisa contínua em fontes de evidência, aprofundando o conhecimento teórico adquirido no primeiro ciclo de estudos, e treino de novas habilidades que expandiram as competências adquiridas através da experiência profissional. A prestação de cuidados diretos a pessoas e famílias em situação paliativa, com ênfase nas intervenções direcionadas ao cuidado espiritual, proporcionou oportunidade de prática e treino continuado, permitindo o desenvolvimento de habilidades e domínio de técnicas interpessoais essenciais, destacando-se a escuta ativa, a observação e a presença compassiva. Para sustentar estas intervenções, a adoção de atitudes como a empatia, a sensibilidade e a humildade espiritual perante o outro, revelaram-se fundamentais na construção de relações terapêuticas profundas e eficazes.

O percurso foi suportado por uma prática reflexiva contínua, realizada de forma individual e com apoio e mentoria da Enfermeira Orientadora Clínica (EOC), bem como dos restantes elementos da equipa. Esta prática reflexiva consistiu na realização de esforços conscientes e intencionais para avaliar práticas desenvolvidas e integrar as aprendizagens experienciais, com o objetivo de melhorar o desempenho e aumentar a competência (Patel & Metersky, 2022). A reflexão contínua possibilitou também uma autoavaliação quanto a crenças e valores individuais, reconhecendo-se que o profissional também é dotado de identidade espiritual. Esta introspeção promoveu o desenvolvimento da autoconsciência, como fator essencial para a prática dos cuidados espirituais (Sansó et al., 2015), bem como o desenvolvimento de estratégias para gerir os desafios e prevenir as consequências associadas à exposição contínua a processos de morte e sofrimento, tal como determinado nos normativos para o desempenho da prática especializada (Regulamento n.º 429/2018).

Através do presente relatório pretende-se:

- Descrever as etapas seguidas no desenvolvimento e implementação do Projeto de Formação
- Analisar criticamente e de forma fundamentada na evidência e referenciais teóricos, as atividades realizadas em cada estágio
- Apresentar os resultados das aprendizagens durante o percurso, evidenciando a forma como elas contribuíram para a aquisição das competências de Mestre e Especialista
- Refletir sobre os resultados de aprendizagem e sobre a sua contribuição para a melhoria da prática clínica em cuidados paliativos.

Este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos principais. O primeiro capítulo compreende o enquadramento teórico, onde se descreve a base de conhecimento empírico que justifica e fundamenta o cuidado espiritual nos cuidados paliativos e na prática de enfermagem, bem como o referencial teórico utilizado para orientar a tomada de decisão e as atividades desenvolvidas na prática clínica. O segundo capítulo apresenta a descrição das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, e a reflexão crítica sobre as aprendizagens realizadas com base na evidência e no modelo teórico escolhido. O terceiro capítulo analisa a relação entre as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas, evidenciando a forma como estas contribuíram para a obtenção dos graus de Mestre e Especialista. Por fim, o quarto capítulo sintetiza o percurso realizado, discutindo o impacto deste processo no desempenho profissional atual e perspectivas futuras.

## 1. Enquadramento Teórico

A espiritualidade é reconhecida como um aspeto inerente à vida humana, que influencia a forma como as pessoas percebem a sua saúde e doença, conferindo-lhe um papel significativo nos cuidados de saúde (Puchalski, 2008). Apesar da sua importância, a espiritualidade em saúde tem sido difícil de definir pela sua natureza complexa e subjetiva, pelas diferentes perspetivas de várias disciplinas (Puchalski, 2008) e pela sua frequente associação à religiosidade. Estes fatores dificultam tanto a sua abordagem prática em contexto clínico, como o seu estudo através da investigação (Johnston Taylor & Taylor, 2003; Stephenson & Berry, 2015).

Embora frequentemente tratados como sinónimos, vários autores esclarecem quanto às diferenças entre religiosidade e espiritualidade. Enquanto a religiosidade se refere a sistemas de crenças organizadas baseadas em doutrinas específicas (Stephenson & Berry, 2015), a espiritualidade inclui a procura pessoal por significado e propósito na vida que pode ou não estar associada à religião (Balboni et al., 2022; Edwards et al., 2010; Puchalski et al., 2009). Por outras palavras, mesmo na ausência de crenças religiosas ou menor consciência sobre a sua dimensão espiritual (Lundberg et al., 2024), qualquer pessoa pode experienciar a espiritualidade (Balboni et al., 2022), de forma única, tanto através de práticas ou crenças religiosas, como de outras formas de conexão e significado (Govier, 2000; Lalani, 2020).

Sinclair & Chochinov (2012) propõem uma conceitualização da espiritualidade que separa a religiosidade das questões existenciais relacionadas com a natureza da existência humana, como a procura de sentido e significado na vida. Desta forma, estes autores defendem uma interpretação alargada da espiritualidade que engloba ambos os domínios, através de um enquadramento que pretende facilitar a sua abordagem prática nos cuidados de saúde.

## 1.1. Espiritualidade em contexto de cuidados paliativos

Apesar do caráter profundamente individual do significado e experiência da espiritualidade, a pertinência da sua consideração nos cuidados de saúde é justificada por vários pontos. Primeiro, pela influência que ela exerce no processo de tomada de decisão em saúde, uma vez que os indivíduos fazem escolhas de acordo com crenças e valores pessoais (Balboni et al., 2022; de Vries et al., 2019). Segundo, pelo seu papel como recurso no enfrentamento do sofrimento e adversidade inerentes à doença avançada e ao fim de vida (Lalani, 2020), facilitando a adaptação às limitações impostas pela doença (Hodge, 2015). Por fim, pela intensificação da procura de sentido, propósito e conexão que ocorrem frequentemente em contexto de doença grave e vulnerabilidade acrescida, resultando em necessidades espirituais, cuja desconsideração pode conduzir a sofrimento acrescido (Quinn & Connolly, 2023) e pior qualidade de vida (Balboni et al., 2022).

Apesar da visão biomédica ter marginalizado esta dimensão dos cuidados no passado (Dellenborg & Enstedt, 2023), o cuidado espiritual tem vindo a ser progressivamente valorizado e considerado como parte essencial dos cuidados paliativos, dado a sua influência na qualidade de vida e contributo para o alívio do sofrimento (Wittenberg et al., 2017). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a abordagem às questões de caráter espiritual como um dos domínios centrais do cuidado integral a pessoas em fim de vida (World Health Organization, 2002), sendo esta recomendação reforçada pelas diretrizes internacionais para a qualidade dos cuidados paliativos, estabelecidas pelo *National Consensus Project for Quality Palliative Care* (NCP) e pela *European Association for Palliative Care* (EAPC). As diretrizes do NCP recomendam explicitamente a inclusão dos aspetos existenciais e religiosos nos cuidados, e uma avaliação sistemática das necessidades espirituais em todos os contextos de cuidados paliativos, através de instrumentos padronizados e métodos de comunicação sensíveis (Ferrell et al., 2018). Sugerem também que todos os membros da equipa de saúde devem ser capacitados para reconhecer e responder a estas necessidades, garantindo a sua integração de forma holística no plano de cuidados.

A EAPC desenvolveu recomendações para a formação de profissionais no cuidado espiritual, colocando ênfase na necessidade de uma resposta colaborativa, que incluía

tanto os profissionais de saúde da equipa, como o apoio de capelães e outros especialistas em espiritualidade (Best et al., 2020). Dando resposta à necessidade de oferecer enquadramento para a sua implementação em contexto clínico, a EAPC define a espiritualidade como

a dimensão dinâmica da vida humana relacionada com a forma como as pessoas (indivíduos e comunidades) experienciam, expressam e / ou procuram sentido, propósito e transcendência, a forma como se conectam ao momento, a si mesmos, aos outros, à natureza, ao significado e / ou ao sagrado (Best et al., 2020, p.2)

Esta definição reconhece a espiritualidade como um conceito multidimensional e abrangente que inclui desafios existenciais, considerações religiosas e valores pessoais. Contudo, apesar desta visão ampla da espiritualidade e da orientação para a abordagem às necessidades espirituais de forma personalizada, a EAPC não fornece uma definição clara de necessidades espirituais ou de cuidado espiritual.

Neste campo, vários autores se referiram à natureza das necessidades espirituais através de termos comuns, que contribuem para a sua melhor compreensão. Narayanasamy (2007) descreve estas necessidades como expressões da procura de respostas a questões fundamentais sobre a vida e a existência, incluindo o desejo de compreender o seu significado, encontrar conforto em tempos de sofrimento e ligar-se a uma realidade maior. Nelas, o autor inclui a fé, a esperança, o amor, a confiança e o perdão, sugerindo que são essenciais para encontrar paz e significado. Por sua vez, Büssing et al. (2013) e Büssing (2021) propõem uma abordagem que enquadra as necessidades espirituais em quatro domínios principais:

- Conexão: Referente à necessidade de manter e fortalecer laços interpessoais significativos com outras pessoas ou com uma entidade ou força transcendente, que inclui a necessidade de amor, reconhecimento e valorização.
- Paz Interior: Referente à busca por serenidade perante os desafios da vida, muitas vezes associada ao desejo de aceitação da condição de saúde.
- Significado/Propósito: Domínio que diz respeito à compreensão do propósito da existência e das experiências que são vividas, e que é fundamental para lidar de forma contextualizada com a fragilidade e a doença.

- **Transcendência e Generatividade:** Referente ao desejo de conexão com algo maior, interpretado ou não de forma religiosa. Esta transcendência facilita a compreensão de si como parte de algo mais vasto, enquanto a generatividade se refere ao desejo de ser útil, contribuir para um bem maior, e deixar um legado positivo.

Este enquadramento facilita a compreensão das necessidades espirituais como multidimensionais, pois englobam diversos aspetos da existência humana, que apesar de variáveis entre cada pessoa, constituem de forma transversal preocupações centrais no fim da vida (Blaževičienė et al., 2020; Cobb et al., 2012). A evidência reforça que estas necessidades, quando não satisfeitas, contribuem para sentimentos de desespero, depressão e perda de significado (Pearce et al., 2012), pior qualidade de vida (Balboni et al., 2022) e menor satisfação com os cuidados de saúde.

Perante esta evidência, torna-se necessário ajudar os indivíduos a restabelecer o sentido de coerência na sua vida, mobilizar recursos que reforçam a sua resiliência, promover ajustes necessários nas suas vidas e redirecionar o foco da doença para o bem-estar (Puchalski, 2007), através de um esforço coletivo, em que todos os elementos da equipa multidisciplinar se devem envolver proactivamente (Lundberg et al., 2024; Puchalski et al., 2020).

## **1.2. O cuidado espiritual na prática de enfermagem**

O reconhecimento da espiritualidade como um conceito que vai além da religiosidade permite integrá-la numa abordagem holística e inclusiva das necessidades das pessoas em situação paliativa, às quais os enfermeiros devem dar resposta (Walker & Breitsameter, 2017). Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para identificar e responder às necessidades espirituais dos indivíduos, devido ao nível de proximidade e qualidade da relação estabelecida com os mesmos, como salientam Walker & Breitsameter (2017) e Ferrell et al. (2023). Pesut (2008) enfatiza a responsabilidade ética dos enfermeiros na prestação de cuidado espiritual, argumentando que uma vez que todos os indivíduos têm uma natureza espiritual, este tipo de cuidado têm o mesmo nível de prioridade que os cuidados físicos ou psicossociais.

No campo normativo, o Código Deontológico impõe a responsabilidade ética de uma prática de enfermagem sensível aos aspetos espirituais (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Para além da necessidade de resposta a problemas e necessidades de ordem espiritual, alguns autores defendem a compreensão da espiritualidade da pessoa como aspeto necessário ao planeamento holístico dos cuidados, (Graebe, 2024; Hodge, 2015), bem como pelo seu papel protetor perante a angústia que potencialmente antecede a morte (Taylor, 2015).

Também no campo dos referenciais teóricos da enfermagem, tem sido dada especial atenção à dimensão espiritual, referindo-se como exemplo a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Nesta teoria, Watson destaca a importância da espiritualidade ao incluir a prática da bondade e a busca pela harmonia nas necessidades humanas fundamentais. A mesma autora defende a abertura da prática de enfermagem para a transcendência, através da abordagem às questões espirituais contidas no mistério da vida e da morte (Willis & Leone-Sheehan, 2018).

### 1.3. Teoria da Auto-transcendência

Outra teoria que destaca a espiritualidade como elemento central do bem-estar dos indivíduos, e que suporta a intervenção do enfermeiro no cuidado espiritual é a Teoria da Auto-Transcendência de Pamela Reed. De acordo com Reed (1992), a espiritualidade pode ser definida como a capacidade do ser humano para transcender a própria individualidade e buscar significado através de conexões consigo mesmo, com outras pessoas e com a natureza ou com o divino. Neste enquadramento, a espiritualidade encontra-se relacionada com o crescimento pessoal e busca por um significado na existência dentro de um contexto amplo, que leva em consideração as interações entre o indivíduo e seu ambiente.

A teoria é desenvolvida em torno de quatro paradigmas centrais que se descrevem em seguida:

**Pessoa:** A pessoa é vista como um ser em constante desenvolvimento, inserido num ambiente que exerce influência positiva ou negativa sobre a sua saúde e bem-estar (Coward & Reed, 1996; Reed, 2018a).

**Ambiente:** O ambiente é referido como o contexto dinâmico onde o indivíduo se insere, e com o qual interage, tendo o potencial para afetar sua capacidade de adaptação e recuperação em situações adversas (Coward & Reed, 1996; Reed, 2018a).

**Saúde:** A saúde é compreendida como um processo de vivência que abrange desafios, como a doença e o envelhecimento, e que proporciona oportunidades de desenvolvimento pessoal (Coward & Reed, 1996)

**Enfermagem:** A função da enfermagem é facilitar o bem-estar, apoiando o indivíduo a expandir os próprios limites e recursos internos para se autocurar e adaptar ao ambiente (Coward & Reed, 1996; Reed, 2021).

A teoria compreende três conceitos centrais que se encontram em interação, e que se descrevem em seguida:

**Auto-Transcendência:** Refere-se à capacidade da pessoa em expandir os limites autoimpostos e abrir-se a novas perspectivas e propósitos. É um recuso interno para atingir o bem-estar, especialmente importante para pessoas em situações críticas, como o fim da vida, ao promover a aceitação e o significado (Reed, 1991, 2018a).

**Vulnerabilidade:** É entendida como a consciência sobre a própria mortalidade ou ameaça ao bem-estar, que atua como um gatilho para o desenvolvimento da auto-transcendência em momentos de adversidade, como as doenças graves ou envelhecimento (Reed, 2018a).

**Bem-Estar:** Definido como uma sensação de completude e harmonia pessoal, que abrange os domínios emocional, psicológico e espiritual, e que é reforçado pela auto-transcendência (Reed, 2018a, 2021).

Segundo Reed (1992) esta teoria oferece um enquadramento teórico pertinente para o cuidado espiritual, especialmente no contexto de cuidados paliativos, onde é vital lidar com a ansiedade e o desespero comuns no fim de vida. Neste contexto, os enfermeiros não criam experiências de auto-transcendência, mas atuam como facilitadores do bem-estar, apoiando os indivíduos na expansão dos seus limites em busca de sentido e aceitação, e em direção ao bem-estar (Coward & Reed, 1996). A teoria também destaca que a vulnerabilidade deve ser reconhecida e utilizada como uma oportunidade para promover a auto-transcendência, permitindo a adaptação e

manutenção do bem-estar, mesmo em contexto de grande adversidade (Reed, 2018a). Aos enfermeiros compete a promoção da auto-transcendência através de técnicas de comunicação terapêutica, presença compassiva e gestão ambiental (Reed & Haugan, 2021), dando destaque às competências interpessoais do enfermeiro na prestação de cuidado espiritual.

Sawatzky & Pesut (2005) consideram o cuidado espiritual em enfermagem como uma expressão da relação interpessoal, altruísta e de caráter integrador, que depende da intuição e sensibilidade do enfermeiro sobre a dimensão transcendente da vida, e que é contingente à realidade da pessoa.

Para Tavares et al. (2022) o cuidado espiritual é um processo relacional caracterizado pela confiança e intencionalidade terapêutica, o que coloca a relação entre enfermeiro e pessoa no âmago da sua natureza. Para estas autoras, o cuidado espiritual produz resultados positivos e importantes, como o conforto, dignidade, esperança, crescimento espiritual e qualidade de vida, extensíveis ao enfermeiro no que respeita à satisfação profissional (Tavares et al., 2022)

Essas perspetivas encontram-se alinhadas com as de outros autores, quanto á importância das competências interpessoais do enfermeiro neste domínio dos cuidados, incluindo a presença compassiva, o uso terapêutico de si, a capacidade de estabelecer uma relação de confiança e a intuição para reconhecer oportunidades de diálogo espiritual (Lundberg et al., 2024; Ramezani et al., 2014; Tavares et al., 2022). Competências como a comunicação empática e o domínio de habilidades interpessoais são desta forma vistas como essenciais para a prática do cuidado espiritual. Attard et al. (2014), argumentam que estas competências devem ser adquiridas através de educação formal, onde a prática reflexiva e a análise de casos desempenham papéis fundamentais, suportando este processo através do modelo de desenvolvimento de Benner. Os autores descrevem ainda, como estas práticas, que incluem discussões de grupo e a análise de incidentes críticos, ajudam a identificação e resposta às necessidades espirituais, mas também a transferência das aprendizagens para a prática clínica. Esse processo é desta forma considerado essencial para garantir uma resposta eficaz dos enfermeiros na prática de cuidado espiritual.

## **2. Execução das Atividades**

O presente capítulo descreve o percurso realizado ao longo dos dois estágios que compõem a componente prática do Curso. Esta formação prática em contexto real foi indispensável, pois permitiu não só a aplicação do conhecimento teórico adquirido previamente, como também o desenvolvimento de habilidades através da construção de respostas a situações reais e complexas.

Neste sentido, serão descritas as atividades realizadas em cada contexto de estágio, que no conjunto proporcionaram experiências de aprendizagem essenciais para o desenvolvimento das competências requeridas a uma prática especializada, e de mestre, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

No primeiro contexto, as atividades visavam dar resposta a objetivos estabelecidos no respetivo documento orientador, incluindo a elaboração do Projeto de Formação na área do cuidado espiritual. A implementação deste projeto, que decorreu durante o segundo momento de estágio, permitiu, não só dar continuidade à aprendizagem e treino iniciado anteriormente, como também realizar atividades que contribuíram para a aquisição de competências específicas para o cuidado espiritual, essenciais à prática de enfermagem holística e centrada nas necessidades da pessoa em situação paliativa e sua família.

### **2.1. Estágio realizado numa UCP**

O primeiro estágio, que decorreu entre 15 de maio de 2023 a 18 de julho de 2023, foi realizado numa UCP especializada na prestação de cuidados a pessoas em fase avançada de doenças crónicas e/ou limitadoras da vida, com ênfase na melhoria da qualidade de vida e alívio do sofrimento. Esta unidade integra vagas exclusivas para pessoas referenciadas através da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) ou Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A sua equipa multidisciplinar está estruturada de forma a cumprir os critérios definidos no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, assegurando as orientações quanto à abordagem holística e centrada na pessoa e família (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021).

### **1.1.1. Integração no ambiente, dinâmica e filosofia de cuidados da Equipa**

No início do estágio foi feita leitura dos documentos normativos do serviço e instituição, bem como recolha de informação sobre dinâmica de funcionamento da equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar. Foi iniciada a aprendizagem para utilização dos sistemas de informação, de forma a assegurar a realização de registos clínicos. A compreensão destas informações foi essencial para garantir um desempenho em estágio em conformidade com as normas institucionais e com os padrões de qualidade e segurança exigidos, apoiando uma tomada de decisão clínica de acordo com princípios éticos e científicos.

Durante o período de estágio a população internada apresentava uma ampla variedade de características sociodemográficas e clínicas e patologias diversas, nomeadamente doenças oncológicas, neurodegenerativas, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e falência de órgão. A maioria apresentava necessidades complexas e sintomas intensos de difícil controlo, exigindo abordagens multimodais, com constantes adaptações ao plano terapêutico estabelecido. Também desafiantes eram os casos de adultos jovens e pessoas e famílias com expectativas desajustadas quanto ao prognóstico. A gestão destas situações motivou pesquisa contínua sobre patologias clínicas, abordagens terapêuticas para controlo de sintomas geradores de grande sofrimento, emergências paliativas, técnicas de comunicação e instrumentos de avaliação clínica. Esta procura de conhecimento incluiu diálogos e reflexão conjunta com EOC e restante equipa, o que contribuiu ao longo do estágio para o desenvolvimento da capacidade de raciocínio clínico.

A equipa de enfermagem deste contexto adota método de trabalho individualizado, pelo que foi assumida a responsabilidade pela prestação integral de cuidados, em conjunto com EOC, a um conjunto de pessoas determinado semanalmente. Estas responsabilidades incluíram a prestação de cuidados globais que respondiam às necessidades identificadas, a colaboração com a restante equipa na gestão e controlo de sintomas, o apoio à família e a documentação das etapas do processo de enfermagem. O método de trabalho adotado foi facilitador da abordagem centrada na pessoa, reduzindo o risco de fragmentação dos cuidados e a melhor documentação dos mesmos, tal como suportando por Gonçalves et al. (2023).

### **2.1.2. Colaboração na prestação de cuidados a pessoa e família**

De forma a privilegiar a continuidade de cuidados foi assumida responsabilidade partilhada pelo acompanhamento de algumas pessoas e famílias durante a totalidade do estágio, o que facilitou a construção de relações terapêuticas. Esta organização permitiu uma melhoria progressiva da capacidade de identificar necessidades e suas mudanças ao longo do internamento, decorrentes da progressão de doença, mudança de objetivos ou transição entre contextos de cuidados, contribuindo também para melhorar a capacidade de personalização dos cuidados prestados. De igual forma, foi treinada a capacidade de identificação precoce de sinais de agravamento clínico, eventos agudos e complicações, o que facilitou a intervenção atempada na gestão destes eventos.

Apesar desta continuidade, foi necessário enriquecer as experiências quanto à diversidade de situações clínicas, reconhecendo o seu potencial contributo no desenvolvimento de novas habilidades e aumento da proficiência no desempenho prático (Benner, 1984). Desta forma, sempre que possível foram realizadas admissões de pessoas no internamento, contribuindo para o desenvolvimento crescente da capacidade de identificação e avaliação das necessidades existentes, através dos instrumentos de avaliação clínica adotados no serviço, e elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

Durante o estágio foi possível participar nas reuniões multidisciplinares onde os Planos Individuais de Cuidados, que continham os objetivos de intervenção multidisciplinar eram elaborados, discutidos e redefinidos, com base nas avaliações contínuas, evolução clínica e resultados das intervenções planeadas. Estas reuniões foram momentos importantes de aprendizagem, uma vez que promoveram uma visão integrada das necessidades e importância da abordagem multidisciplinar, oferecendo também oportunidade de treinar e desenvolver habilidades de comunicação interprofissional e adoção de atitude de cooperação.

A maioria das pessoas internadas encontrava-se em fase avançada da doença, e apresentava diminuição considerável da capacidade cognitiva e de comunicação, pelo que para além do treino de utilização de instrumentos padronizados para avaliação de sintomas, foi fundamental o desenvolver capacidade de observação e interpretação dos sinais subtis de sofrimento e seu impacto na qualidade de vida. Neste sentido, foram aprofundados conhecimentos sobre técnicas e abordagens terapêuticas para controlo de

sintomas de elevada intensidade, atendendo às especificidades clínicas e as preferências individuais. Foram aprofundados também conhecimentos no que respeita à intervenção no âmbito da gestão de feridas complexas, destacando-se as aprendizagens e treino de execução de técnicas, garantindo a personalização da intervenção.

Apesar da capacidade de participação das pessoas nos cuidados ser reduzida, pela grande limitação funcional e capacidade física que apresentavam, os cuidados eram planeados e executados promovendo a sua colaboração. Esta promoção da autonomia e respeito pela tomada de decisão, mesmo em pequenas atividades, assumia uma importância significativa, pois contribuía para a continuidade da identidade, autonomia e dignidade da pessoa. Também neste sentido foram aprendidas e aplicadas estratégias adaptativas e recursos que promoviam a manutenção da independência, e que incluíam a gestão do ambiente físico e utilização de recursos como as ajudas técnicas. Foram também implementadas intervenções para reduzir impacto do internamento, gerindo o ambiente físico de forma a torná-lo familiar, o que contribuía para o seu bem-estar.

Uma das aprendizagens mais relevantes durante o estágio foi o suporte à família em contexto de internamento. Foi reconhecido que a necessidade de informação e participação de cada família variava significativamente, tornando-se essencial avaliar e ajustar a informação e o nível de envolvimento nos cuidados, às suas necessidades, desejos e capacidade. Para isso, foi fundamental estar próximo dos familiares, compreender seu historial e dinâmica de funcionamento e avaliar continuamente as suas necessidades particulares, mediante habilidades de comunicação que foram sendo treinadas e desenvolvidas.

### **2.1.3. Participação em Conferências Familiares**

As participações em duas conferências familiares proporcionaram experiências de aprendizagem significativas. Elas foram realizadas pouco depois da admissão da pessoa no internamento, e em contexto de agravamento e entrada em fase de últimos dias ou hora de vida (UDHV). Através delas foi aprofundado conhecimento e treinadas técnicas de comunicação para transmissão de más notícias, ajuste de expectativas, e adaptação à progressão da doença. Permitiram também harmonizar objetivos de cuidados entre familiares e equipa de saúde, identificar as suas necessidades, e fortalecer a relação de confiança. Após estas conferências foi realizada reflexão conjunta sobre as dificuldades

na gestão dos cuidados perante admissões em fase avançada de doença, que exige um maior esforço da equipa no desenvolvimento de respostas eficazes a necessidades complexas (Müller et al., 2022), e uma potencial redução dos benefícios da intervenção da equipa especializada (Shen et al., 2021).

#### **2.1.4. Prática Reflexiva**

Para que os conhecimentos teóricos e atividades desenvolvidas fossem integradas de forma consistente na atuação profissional, levando ao desenvolvimento e consolidação de competências, foi necessário adotar um comportamento de reflexão crítica sobre as situações e desempenho prático. A análise das situações, da condução do processo de enfermagem, da tomada de decisão clínica e dos comportamentos profissionais, foi feita de forma individual, e também suportada por diálogos com a EOC.

Uma das reflexões realizadas, que resultou na elaboração de trabalho para resposta a um dos objetivos definidos para este estágio, permitiu uma análise mais aprofundada da intervenção e atitude profissional numa situação particular, incidindo sobre a importância das habilidades de observação e presença como estratégias que facilitam o cuidado centrado na pessoa com compromisso grave de comunicação verbal.

#### **2.1.5. Elaboração do desenho do Projeto de Formação**

Dando resposta a um dos objetivos estabelecidos para a Unidade Curricular de Estágio com Projeto, foi elaborado o desenho do Projeto de Formação segundo a MTP. De acordo com Leite et al. (2001), esta metodologia promove um ambiente em que o estudante é o principal agente do seu processo de aprendizagem, encorajando-o a tomar decisões informadas e a gerir o seu percurso formativo de forma proativa. A escolha do tema, emergiu do interesse prévio pelo tema da espiritualidade no contexto de cuidados paliativos, onde esta dimensão assume grande relevância, de acordo com as diretrizes para esta área de cuidados (World Health Organization, 2014), e com a evidência científica (Balboni et al., 2022). A realização deste estágio proporcionou oportunidade para uma exploração inicial do tema, que incluiu a observação das práticas realizadas nesta unidade, recolha de informação junto da EOC e restante equipa, e Assistente Espiritual que colabora com o serviço, bem como realização de pesquisa em evidência. Estas informações motivaram reflexão sobre o papel do enfermeiro e competências

necessárias para prestação de cuidado espiritual, dando origem à identificação das necessidades de aprendizagem sob a forma de problema. Foram posteriormente definidos objetivos e critérios de avaliação para a sua consecução, e planeadas as atividades a executar durante o Estágio com Relatório. A adoção desta metodologia para resolução de um problema oriundo da prática revelou-se apropriada, uma vez que segundo Castro & Ricardo (2002), ela promove uma aprendizagem mais significativa e facilitadora da transposição do conhecimento adquirido para o contexto prático. A elaboração da fundamentação teórica do Projeto motivou pesquisa em fontes de evidência, participação num Ciclo de Conversas sobre o Cuidado Espiritual em Cuidados Paliativos e dinamização de uma discussão de artigo científico sobre este tema junto da equipa de enfermagem.

#### **2.1.6. Dinamização de discussão de artigo científico entre a Equipa de Enfermagem**

Durante o estágio, foi dinamizado debate entre elementos da equipa de enfermagem do artigo da EAPC que apresenta diretrizes no âmbito da educação multidisciplinar para Cuidado Espiritual em Cuidados Paliativos. Esta atividade, cujo plano de sessão se apresenta no **Apêndice I**, teve como objetivo promover a disseminação de evidência e práticas recomendadas nesta área, contribuindo para a melhoria do conhecimento e desenvolvimento contínuo. Permitiu também partilha de experiência e conhecimentos dos participantes, enriquecendo a aprendizagem coletiva. Foram exploradas as conceções sobre a natureza e o papel do enfermeiro na prestação de cuidado espiritual e abordadas as principais dificuldades sentidas na sua aplicação prática, que se revelaram alinhadas com as barreiras descritas na literatura (Balboni et al., 2014). Foram também identificadas potenciais áreas de melhoria, nomeadamente investimento em formação específica e melhoria na comunicação e coordenação multidisciplinar nesta dimensão dos cuidados. Os elementos presentes consideraram a atividade pertinente e esclarecedora, referindo uma maior consciencialização sobre a relevância do tema, e sobre potenciais estratégias para facilitar a melhoria da sua aplicação prática.

### **2.1.7. Participação na 2ª Sessão do Ciclo de Conversas do Centro de Medicina Paliativa da Universidade Nova de Lisboa**

Esta iniciativa intitulada “À conversa com... Espiritualidade e Cuidados Paliativos” foi promovida no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos da Universidade de Lisboa e ocorreu por videoconferência no dia 30 de junho de 2023. A sessão contou com a participação de especialistas de diferentes grupos profissionais em Cuidados Paliativos, nomeadamente enfermeiros e médicos, e assistente espiritual.

Durante esta sessão, foram abordados diversos temas no âmbito da espiritualidade em contexto de cuidados paliativos, realçando o seu potencial papel na superação das dificuldades decorrentes da vulnerabilidade e sofrimento em fim de vida.

Foi também discutida a distinção entre religiosidade e espiritualidade, assim como a natureza do apoio espiritual a pessoas não religiosas, destacando a necessidade de abordagens personalizadas e respeitosas para todos os indivíduos em fim de vida.

Foi feita também apresentação e esclarecimentos sobre o papel das Doulas da Morte, realçando a sua intervenção na satisfação das necessidades espirituais, emocionais e sociais das pessoas em fim de vida e suas famílias, em colaboração com os profissionais de saúde. Foi enfatizada a necessidade de respeitar a morte como processo natural, durante o qual é imprescindível providenciar o suporte integral, incluindo o espiritual. Por fim, foi salientada a importância da preparação pessoal para os profissionais que oferecem apoio espiritual, através de uma jornada de autoconhecimento visando a melhoria da sua capacidade no acompanhamento à pessoa e família.

### **2.1.8. Relação entre as atividades desenvolvidas e os objetivos do Estágio**

De seguida apresenta-se de forma articulada os resultados das aprendizagens adquiridas através das atividades previamente descritas, com os objetivos propostos para este estágio, de forma a fundamentar a sua consecução.

## **1º Objetivo - Demonstrar conhecimentos e capacidades para a condução do processo de aprendizagem, do desenvolvimento profissional e de uma prática de cuidados baseada no conhecimento e em princípios e valores profissionais da enfermagem**

A leitura, compreensão e cumprimento das diretrizes contidas nos documentos normativos garantiram o alinhamento do desempenho profissional com os padrões éticos e legais da profissão. Foi demonstrado esforço contínuo em garantir que a tomada de decisão clínica refletisse os valores e preferências das pessoas e famílias, harmonizando os objetivos de cuidados com as suas expectativas. Foi evidenciada capacidade de mobilizar conhecimentos adquiridos previamente, e no decorrer do estágio, através da prática, da pesquisa e junto da equipa, integrando-os e aplicando-os para melhorar a resposta à gestão das situações desafiantes e de maior complexidade. Este processo foi essencial para garantir que as decisões e intervenções em sustentadas em evidência científica, e contribuía para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas e famílias acompanhadas. Destaca-se a atitude de reflexão crítica individual e sob mentoria, sobre as experiências e atividades desenvolvidas, que facilitaram a identificação e resolução de aspetos onde era necessária melhoria. A participação ativa nas reuniões multidisciplinares e conferências familiares revelou desenvolvimento de habilidades de comunicação e colaboração interdisciplinar, bem como raciocínio clínico, essenciais para a prática baseada em princípios éticos e deontológicos.

O registo e documentação dos dados clínicos, intervenções e resultados nesta área específica de cuidados, contribuiu para a continuidade de cuidados através de linguagem uniformizada, e participação ativa nas áreas de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados nesta área especializada. Também neste domínio se enquadra a disseminação de conhecimento na equipa através da discussão e reflexão em equipa sobre o artigo científico, que contribuiu para o desenvolvimento profissional contínuo, e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

## **2º Objetivo - Participar no cuidar a pessoa em situação paliativa e seu cuidador/familiar, num contexto de prática clínica, melhorando o conforto, maximizando o bem-estar e qualidade de vida.**

As atividades que contribuíram para a consecução do segundo objetivo, incluem a adoção de um método de trabalho que facilitou a construção de relações terapêuticas com as pessoas e famílias e contribuiu na personalização dos cuidados prestados. Este investimento foi fundamental para assegurar capacidade de identificação precoce de mudanças e intervenção atempada, bem como suporte em momentos de grande vulnerabilidade. A aprendizagem quanto à promoção da autonomia, mesmo em fases avançadas da doença, foi também fundamental para garantir o respeito pela dignidade e autodeterminação das pessoas acompanhadas, contribuindo para o cuidado centrado na pessoa e família. Adquiriram-se conhecimentos sobre técnicas e abordagens terapêuticas, e postas em prática intervenções direcionadas à gestão de sintomas geradores de sofrimento, adaptando-os à sua individualidade e contribuindo para o alívio de sofrimento e obtenção de bem-estar global. A aprendizagem foi progressiva, e o domínio destas habilidades foi demonstrada, como exemplo, em situações em que apesar de aparente estabilidade da pessoa, foram detetadas mudanças subtis, que permitiram antecipar sinais de agravamento e intervir de forma atempada.

A oportunidade de assistir e participar em conferências familiares ajudou a desenvolver habilidades de comunicação, essenciais na transmissão de más notícias, promoção da adaptação à progressão da doença e perdas, e às suas necessidades emocionais e psicológicas. A criação de um espaço de confiança e diálogo aberto com as famílias foi essencial para fornecer o suporte necessário em momentos críticos.

Durante o estágio considera-se que houve um aumento progressivo da autonomia no desempenho prático, o que revelou a integração das aprendizagens, num processo proativo de busca por experiências que contribuíram para o desenvolvimento de habilidades essenciais a uma prática especializada e de mestre em enfermagem.

## **3º Objetivo - Elaborar um projeto de formação utilizando a MTP.**

Após a escolha da área de intervenção a desenvolver através do Projeto de Formação foi feito investimento na procura de conhecimento, através de observação em

contexto prático, pesquisa bibliográfica e participação em atividades formativas como o Ciclo de Conversas e a discussão do artigo científico. Estas atividades, que esclareceram quanto à relevância do tema, contribuíram também para a fundamentação do Projeto de Formação. De igual forma, as experiências práticas vividas em contexto de estágio, onde a necessidade de intervenção nesta área era evidente, reforçaram a sua relevância e consciência sobre a necessidade de desenvolver competências específicas nesta área de intervenção, contribuindo para o desenvolvimento profissional e melhoria contínua dos cuidados.

De forma retrospectiva identificam-se atividades que poderiam ter sido desenvolvidas para enriquecer o conhecimento sobre o tema, nomeadamente a procura de informação junto do Assistente Espiritual da unidade. Esta oportunidade, que não se concretizou por constrangimentos na compatibilização de horários e disponibilidades.

Não obstante, considerando as atividades desenvolvidas e descritas, bem como o seu contributo para as aprendizagens face aos objetivos delineados, considera-se que estes foram atingidos.

## **2.2. Estágio realizado numa ECSCP**

O segundo momento de estágio decorreu entre 27 de setembro de 2023 e 9 de fevereiro de 2024 numa ECSCP, inicialmente integrada num Agrupamento de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e transferida durante o processo de reorganização dos cuidados de saúde para a alçada de uma Unidade Local de Saúde.

### **2.2.1. Apresentação do contexto de estágio**

Esta equipa tem como principal objetivo a prestação de cuidados especializados em contexto domiciliário a pessoas em situação paliativa e famílias, na sua área de abrangência. Os cuidados prestados são personalizados e destinados à melhoria da qualidade de vida e alívio do sofrimento, durante o contínuo de progressão de doença, e promovem sempre que possível e desejado, a sua manutenção em ambiente domiciliário, reduzindo internamentos. A sua atividade é desenvolvida em estreita colaboração com diversas equipas da área de abrangência, nomeadamente as Unidades de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados da RNCCI,

a quem presta consultoria. Esta equipa mantém também uma estreita articulação com a Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital de referência para essa área, promovendo a continuidade de cuidados nos vários níveis de intervenção e uma abordagem paliativa integrada.

A atividade clínica da equipa é predominantemente realizada em contexto domiciliário, por equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista.

Para além das atividades clínicas, a equipa desenvolve também ações de apoio e formação a cuidadores informais, no âmbito da sua capacitação e suporte, e atividades de investigação e disseminação de conhecimento científico, através da organização de encontros e publicações na área dos cuidados paliativos.

As referenciações para a equipa são feitas mediante transmissão de informação clínica detalhada, o que permite realizar uma triagem quanto à prioridade atribuída para início e tipo de acompanhamento efetuado, uma vez que existe diferenciação, de acordo com os níveis de complexidade clínica apresentada.

A acessibilidade da pessoa e família à equipa é garantida através de telemóvel ou correio eletrónico, garantindo resposta atempada no período de funcionamento, e facilitando um ambiente de maior segurança e proximidade entre as pessoas e famílias e a equipa.

Durante o decorrer do estágio a intervenção foi maioritariamente orientada para as pessoas com maior nível de complexidade clínica e de necessidades, cujas patologias clínicas eram predominantemente do foro oncológico e neurodegenerativo, em fase avançada de doença e com níveis de funcionalidade reduzida. Desta forma, pretendia-se garantir um contacto mais regular e maior continuidade de acompanhamento, facilitando uma melhor compreensão sobre a sua situação clínica e necessidades, bem como a construção de relação terapêutica, essencial para a implementação do projeto de aprendizagem na área do cuidado espiritual.

Os casos das pessoas acompanhadas eram discutidos semanalmente numa reunião interdisciplinar, durante a qual se debatiam os planos de intervenção com base nas avaliações clínicas mais recentes. As diferentes perspetivas profissionais contribuíram para uma compreensão mais profunda e completa das necessidades

multidimensionais de cada pessoa e família, facilitando a determinação mais eficiente dos objetivos e estratégias de intervenção.

A dinâmica de trabalho instituída era caracterizada por espírito colaborativo, e integração e valorização do contributo de cada profissional para a prossecução de objetivos comuns, orientados por princípios dos cuidados holísticos e centrados na pessoa. Estas características facilitaram a aprendizagem e a implementação do projeto de aprendizagem no âmbito do cuidado espiritual, promovendo uma maior compreensão sobre a importância e demonstração da sua integração na prática clínica diária, tal como suportado por (Ross et al., 2022).

### **2.2.2. Implementação do Projeto de Formação**

O Projeto de Formação concebido e delineado durante o primeiro estágio foi implementado no decorrer deste estágio, e tinha como objetivo geral:

**Desenvolver competências para o cuidado espiritual de enfermagem à pessoa em situação paliativa.**

Descrevem-se em seguida os objetivos específicos delineados, bem como as atividades realizadas para a sua consecução, seguindo o planeamento contido no Projeto de Formação.

#### **1º Objetivo específico – Desenvolver capacidade de compreensão sobre a espiritualidade da pessoa em situação paliativa.**

Atividades desenvolvidas:

- I. Reflexão sobre autoconsciência espiritual
- II. Pesquisa sobre a espiritualidade da pessoa em situação paliativa

A capacidade de intervir no cuidado espiritual exige que o enfermeiro desenvolva consciência sobre si próprio enquanto pessoa e profissional, e sobre a forma como se relaciona com as pessoas a quem presta cuidados, e com os outros profissionais. Para o desenvolvimento destas habilidades fundamentais que contribuem para o crescimento profissional, a auto-transcendência do enfermeiro assume papel fundamental. Segundo (Reed, 2018a) ela é definida como um recurso humano para expandir as fronteiras pessoais, focando-se em objetivos e perspetivas que vão além de si, através de atividades

como a introspeção, a preocupação com o bem-estar dos outros, e a integração de experiências passadas e perspectivas futuras para melhorar o seu presente. No desempenho profissional do enfermeiro, esta habilidade é desenvolvida quando ele assume desafios e sai da sua zona de conforto em termos de comportamentos, atitudes, valores e crenças, encontrando-se intimamente associada à sua autoconsciência, empatia e capacidade de regulação emocional (Graebe, 2024).

A realização deste estágio, proporcionou um contacto contínuo com situações de fim de vida e sofrimento, particularmente desafiantes quando se referiam a pessoas em idade jovem e com filhos pequenos. Estas experiências motivaram uma reflexão contínua, orientada pelo modelo teórico da Auto-transcendência (Reed, 2018b), sobre a própria terminalidade, valores pessoais, e sobre o que significa ser enfermeiro nesta área específica de cuidados. Neste sentido foram desenvolvidas atividades como a escrita de diários, prática reflexiva e reminiscência, identificadas como promotoras da auto-transcendência dos enfermeiros (Palmer et al., 2010), uma vez que estas contribuem para a atribuição de significado positivo às experiências de prestação de cuidados, integração das aprendizagens para melhoria do desempenho, e aumento da resiliência e dedicação profissional. O resultado destas reflexões individuais e em conjunto com a equipa, esplanadas na elaboração de instrumentos pedagógicos escritos, permitiram a análise crítica das respostas emocionais e comportamentais durante a prestação de cuidados, identificando os fatores que as influenciaram. Como resultado, foi melhorada capacidade de autoavaliação e autocorreção em tempo real, e aprofundada capacidade de empatia na prestação de cuidados, o que, segundo Graebe (2024), contribui para a melhoria da prestação de cuidados. As atividades desenvolvidas para autocuidado também facilitaram a autorregulação emocional e tolerância a situações e eventos emocionalmente desgastantes, o que segundo Wasner et al. (2005) é promotor da saúde psicológica e espiritual do enfermeiro, e melhora a sua capacidade de chegar aos outros.

Tal como previsto no Projeto de Formação, foi necessária realização de uma extensa pesquisa bibliográfica e em fontes de evidência, para apropriação de conceitos sobre a espiritualidade em contexto de saúde, essencial para a intervenção clínica. Foi considerado pertinente de assistir ao IX Simpósio Internacional de Espiritualidade no Campo da Saúde promovido pela Universidade Federal Fluminense no dia 5 de dezembro de 2023 (**Anexo I**) e ao 5º Encontro de Cuidados Paliativos promovido pela ECSCP Sintra,

realizado no dia 13 de dezembro de 2023 (**Anexo II**). Nestes eventos foram abordados e discutidos temas relevantes, que contribuíram para a aquisição de conhecimentos relevantes no âmbito do desenvolvimento de competências para cuidado espiritual, e contribuíram para a melhoria dos cuidados prestados em contexto clínico na área do cuidado espiritual durante o decorrer do estágio.

Com base nas atividades descritas, e resultados de aprendizagens apresentados, considera-se que foi demonstrada capacidade de compreensão sobre a espiritualidade da pessoa em situação paliativa, bem como de autoconsciência no desempenho profissional, o que permite afirmar a consecução do objetivo proposto.

## **2º Objetivo específico - Desenvolver capacidade de identificar necessidade de cuidado espiritual da pessoa em situação paliativa**

O segundo objetivo específico do projeto compreendeu o planeamento e execução das seguintes atividades:

- I. Reflexão sobre estratégias e habilidades comunicacionais que facilitam a identificação de necessidades espirituais na pessoa em situação paliativa.
- II. Observação participante das visitas de acompanhamento e consultas da equipa às pessoas em situação paliativa em acompanhamento.
- III. Discussão de casos de pessoas em situação paliativa em acompanhamento com o orientador clínico e restante equipa multidisciplinar.
- IV. Elaboração de protocolo de *scoping review* para mapear evidencia sobre necessidades espirituais identificadas em pessoas adultas em situação paliativa.

De acordo com as diretrizes para prática de qualidade em cuidados paliativos, a identificação das necessidades espirituais deve ser realizada a par com a determinação das preferências, crenças, valores, rituais e práticas espirituais da pessoa (Ferrell et al., 2018). Esta avaliação de carácter abrangente transcende por isso a exclusiva aplicação de instrumentos padronizados para identificar necessidades espirituais (Pesut, 2008), e depende fortemente de competências na área da comunicação (Ferrell et al., 2023). Neste sentido, foi realizada uma pesquisa e síntese de conhecimento sobre as técnicas de comunicação e a sua importância no cuidado espiritual, apresentado no **Apêndice II**, que foram aplicadas e treinados de forma contínua em contexto prático. Também nesta área,

destaca-se a participação num *workshop* sobre comunicação de más notícias, incluído na participação no 5º Encontro de Cuidados Paliativos promovido pela ECSCP Sintra (**Anexo II**). Embora o tema não tenha incidido especificamente sobre a comunicação no âmbito do cuidado espiritual, foram debatidas técnicas de comunicação centrada na pessoa, cujos princípios fundamentais são aplicáveis neste domínio.

Respeitando as normas estabelecidas na equipa onde decorreu o estágio, a avaliação espiritual inicial, baseada nas diretrizes que indicam a necessidade de triagem de eventuais necessidades (Ferrell et al., 2018) foi conduzida através do modelo baseado no acrónimo HOPE (Anandarajah & Hight, 2001). Este método constituiu uma forma flexível de recolha de informação através de questões abertas e inclusivas, abrangendo as fontes de esperança, força, conforto e paz que constituem recursos espirituais; a importância e influência da religião na vida da pessoa, se aplicável; práticas espirituais importantes que podem ou não incluir religião organizada; e a potencial influência destas crenças nas decisões sobre cuidados de saúde (Anandarajah & Hight, 2001). Dada o descontrolo sintomático ou instabilidade clínica frequente verificada na admissão, foi necessário determinar os momentos adequados para realizar esta avaliação, tendo sido sendo aprimorada a sensibilidade para não a reduzir a um processo rotineiro (Sawatzky & Pesut, 2005).

Embora as questões sobre a espiritualidade fossem geralmente bem aceites, existia uma expectativa inicial focada na resolução dos problemas físicos, e dificuldade na expressão de aspetos espirituais para além da religião. A reflexão sobre estas dificuldades conduziu a aprendizagem sobre a importância de tomar a iniciativa da discussão destes aspetos, normalizando-a, uma vez que a evidência realça que nem sempre existe esta expectativa por parte da pessoa e família (Fitch & Bartlett, 2019). Ficou também destacada a importância de utilizar linguagem alinhada com as preferências e crenças individuais (Fitch & Bartlett, 2019) de forma a promover um ambiente de confiança e favorável à livre expressão. Outro desafio encontrado na avaliação e identificação de necessidades espirituais decorreu da subjetividade do tema, o que se traduzia em manifestações por vezes implícitas em expressões de desconforto, medo ou sintomas físicos. Esta dificuldade inicial foi superada através de treino de técnicas de comunicação, que compreendiam a exploração das mensagens verbais das pessoas, nomeadamente paráfrase e devolução, tal como sugerido por (Taylor, 2015). Também a demonstração de

interesse genuíno na pessoa e sua narrativa, tal como suportado por (Isaacson & Minton, 2018), e treino de observação quanto às sutilezas nas mensagens verbais e não verbais como fontes de informação valiosa (Baird, 2015), foram essenciais no processo de aprendizagem. Apesar deste processo ter sido moroso, implicando a construção de relação de confiança, revelou-se enriquecedor, pois permitiu uma compreensão mais profunda da dimensão espiritual da pessoa e família, e uma melhor adaptação dos cuidados às mudanças ocorridas durante o acompanhamento, como realçado por Miller et al. (2023).

Na sequência da avaliação espiritual inicial, e de forma a desenvolver capacidade de identificar eventuais necessidades espirituais, foi realizada pesquisa em evidência sobre necessidades espirituais identificadas em adultos em situação paliativa, bem como métodos de identificação. Esta pesquisa, iniciada com a elaboração de um protocolo de *scoping review* (**Apêndice III**), resultou na compreensão que estas necessidades são identificadas mediante a aplicação de instrumentos focados em domínios específicos (Selman et al., 2011).

Durante o estágio, e mediante as técnicas e instrumentos acima descritos, foi adquirida capacidade de identificar e documentar as necessidades espirituais das pessoas acompanhadas durante o estágio, destacando-se a aprendizagem quanto à importância da sua consideração de forma integrada com as restantes dimensões da pessoa, o que contribui para a intervenção segundo uma abordagem holística (Rego et al., 2018). A realização destas avaliações foi orientada segundo o modelo de Reed & Rousseau (2007), que particulariza a Teoria da Auto-transcendência aos cuidados espirituais, e propõe a exploração das necessidades e recursos espirituais que facilitam a sua satisfação através da auto-transcendência.

Como resultado foi adquirida compreensão que as necessidades são profundamente pessoais, dinâmicas e influenciadas pela história de vida e situação clínica. Embora alguns casos evidenciassem necessidade de ligação de carácter religioso, os aspetos existenciais ligados à identidade, relações significativas e esperança foram predominantes, evidenciando que não é necessário que a pessoa tenha crenças religiosas para ter necessidades desta natureza, tal como sustentado por (Balboni et al., 2022).

Em suma, considera-se que estas atividades contribuíram para a aquisição dos conhecimentos e habilidades necessárias à identificação de necessidades espirituais

forma integrada, desenvolvidos através de treino e experiência em contexto prático, tal como defendido por Benner (1984). Considera-se, portanto, que este objetivo específico foi atingido.

### **3º Objetivo específico - Intervir na promoção da satisfação das necessidades espirituais da pessoa em situação paliativa**

Para alcançar o terceiro objetivo específico foram planeadas e executadas as seguintes atividades:

- I. Pesquisa em documentos orientadores e normativos sobre cuidado espiritual à pessoa em situação paliativa.
- II. Integração das necessidades espirituais nos planos de cuidados das pessoas em situação paliativa em acompanhamento.
- III. Prestação de cuidados globais às pessoas em situação paliativa, englobando as intervenções promotoras da satisfação das necessidades espirituais.
- IV. Reflexão sobre o cuidado espiritual efetuado e o impacto sobre o bem-estar da pessoa em situação paliativa.

A pesquisa realizada em diretrizes emitidas para o cuidado espiritual resultou na compreensão sobre os princípios subjacentes a uma prática de qualidade em matéria de cuidados espirituais, e sua aplicação no campo prático. Através deles foi compreendida a necessidade de adotar uma abordagem multidisciplinar que pode envolver recursos que vão além da equipa de saúde (Ferrell et al., 2018; World Health Organization, 2002); a importância de garantir a sua adaptação à diversidade cultural e religiosa (Best et al., 2020; NICE, 2019); e a necessidade de reavaliação regular, quer das necessidades espirituais, quer dos resultados das intervenções, permitindo os ajustes necessários e a monitorização da eficácia das intervenções (Ferrell et al., 2018; NICE, 2019).

A definição de espiritualidade da EAPC, que a concebe nas expressões de ligação da pessoa a si, aos outros e ao transcendente (Best et al., 2020), encontra-se alinhada com a definição proposta por (Reed, 1992). Esta autora define a espiritualidade como uma forma de desenvolvimento humano, e ampliação da consciência e destas conexões, através de um processo que ocorre internamente, procurando significado e aceitação; externamente, através da ligação com os outros, o ambiente e a natureza; em direção a algo superior; e temporalmente, integrando o passado e o futuro na experiência presente

(Reed, 1991). Neste contexto, o bem-estar obtido pela auto-transcendência pode ser facilitado através de intervenções de enfermagem que a influenciam de forma direta, ou através de fatores contextuais (Reed & Haugan, 2021), nos quais se inclui a condição física.

Dado que a auto-transcendência é processo intelectual que requer capacidade de questionamento, consciência e introspeção (Reed, 1991) infere-se que a presença de sofrimento físico intenso e descontrolado pode inibir esse processo. Esta ideia é suportada por Damen et al. (2021), que argumenta que as mudanças decorrentes da doença e sofrimento físico podem não só amplificar o sofrimento existencial, como impedir o foco em questões mais elevadas de significado e propósito. A relação estreita entre o domínio físico e o espiritual é também realçada por Benito & Barbero (2014), ao afirmarem que embora a espiritualidade seja cultivada facilitando a experiência humana para além do domínio físico, o corpo atua como mediador desta experiência. Neste sentido, foram desenvolvidas, em colaboração com a equipa multidisciplinar, intervenções direcionadas à identificação, avaliação e controlo dos sintomas físicos, sem os quais seria impossível a criação de espaço mental para a introspeção e envolvimento da pessoa em questões mais profundas de domínio espiritual. Desta forma, foi compreendida a importância do controle da dor e de outros sintomas físicos, desenvolvendo intervenções autónomas e em colaboração com a restante equipa, não só como um aspeto fundamental para o alívio do sofrimento multidimensional, como também como uma etapa necessária para a promoção da auto-transcendência.

Para melhor enquadramento das principais intervenções desenvolvidas, dirigidas à expansão das perspetivas e comportamentos da auto-transcendência nas pessoas e famílias em acompanhamento, elas são de seguida apresentadas de forma estruturada de acordo com os domínios propostos pela teoria que lhes deu suporte.

### **Domínio intrapessoal**

A auto-transcendência intrapessoal envolve aceitação pessoal, adaptação às mudanças nas habilidades físicas e aceitação da morte como parte da vida, processos estes que estão ligados à autoconfiança e autoestima. Nesta abordagem enquadram-se as intervenções que tiveram como objetivo ajudar a reconhecer, integrar e aceitar as perdas e limitações, facilitando a busca de sentido e propósito de vida (Reed, 2014). Para algumas pessoas acompanhadas durante o estágio, o percurso de doença era já longo e

implicava deterioração física, dependência e dificuldade em manter hábitos e estilo de vida. A perda de autonomia e sensação de ser um fardo, avaliadas de forma objetiva através de instrumentos usados nesta equipa, é referida como um potencial contributo para a perda de sentido de si (Martins et al., 2024) e diminuição do bem-estar (Paal & Lorenzl, 2020). Algumas pessoas verbalizaram sentimento de tristeza porque a sua doença passou a ser a característica definidora perante os outros. Dada a importância de promover a autoestima como fator promotor da auto-transcendência (Norberg et al., 2015), juntamente com a autonomia e dignidade como elementos essenciais para o bem-estar (Holmberg & Godskenen, 2022), foram implementadas intervenções em colaboração com a equipa multidisciplinar e cuidadores familiares. Essas intervenções visaram promover o autocuidado e manter a capacidade física e funcional, necessárias para participação em atividades significativas, desempenho de papéis sociais e atividades de lazer. Estas intervenções contribuíram para a preservação do sentido de identidade, que vai além da condição de doença (Baird, 2015; Voetmann et al., 2022).

Outra intervenção desenvolvida durante o estágio foi a promoção da reminiscência. Esta atividade consistiu em incentivar ou criar espaço para que a pessoa refletisse sobre a sua vida, utilizando questões que abordavam temas como conquistas pessoais, momentos positivos e episódios de superação. Esta abordagem não seguiu um guião pré-estabelecido, e foi emergindo das necessidades individuais e ao ritmo da pessoa, aproveitando as oportunidades e as recordações que surgiram de forma espontânea nos diálogos, facilitando a sua adaptação às necessidades e preferência individuais. Estas memórias, revividas muitas vezes de forma emotiva, focavam momentos de alegria e superação de dificuldades passadas, o que, segundo a literatura, pode ser um importante estímulo à resiliência perante as adversidades do fim de vida (Trueman & Parker, 2006), e que contribuem para a autoestima e preservação da identidade (Xiao et al., 2022).

### **Domínio interpessoal**

No que respeita ao domínio interpessoal da auto-transcendência, Reed (2014) descreve a sua abordagem baseada em intervenções que promovem ligações significativas com outras pessoas, através de contacto direto ou mediadas por tecnologia. Neste domínio, as intervenções focaram três aspetos principais: a promoção de laços e

conexões familiares, a conexão com grupos comunitários e a construção de uma relação terapêutica com o enfermeiro. O foco no fortalecimento dos laços com a família nuclear foi baseado na evidência de que a proximidade da família em contexto domiciliário é uma importante fonte de apoio, dignidade e significado (Cardoso et al., 2023). Adicionalmente, as pessoas em situação paliativa expressam frequentemente a espiritualidade por meio dessas relações (Rego et al., 2020). Durante as visitas domiciliárias efetuadas, era promovida a participação e envolvimento dos familiares presentes no planeamento e execução dos cuidados de conforto, como aspeto importante do cuidado espiritual (Giske & Cone, 2015). Foi incentivada a livre expressão de emoções, preocupações e problemas, de carácter existencial ou religioso, facilitando a criação de um ambiente favorável à sua valorização e discussão. Segundo Hunnibell et al. (2008), esta prática não só facilita o diálogo com os profissionais de saúde, mas também o incentiva entre a própria família, facilitando o processo auto-transcendência. Estes diálogos permitiram também a abordagem às necessidades espirituais dos cuidadores, considerando o seu risco de vulnerabilidade acrescida (Reed, 2021), exaustão e perda de sentido (Chua et al., 2020), o que evidencia a necessidade de apoio para além da gestão dos cuidados físicos. Neste sentido, foram exploradas e integradas as necessidades espirituais dos cuidadores nos planos de cuidados, e promovido o suporte necessário para as satisfazer.

Em situações em que existia distância física entre a pessoa em situação paliativa e familiares, amigos ou outras pessoas significativas, foram sugeridas estratégias de aproximação através de tecnologia. Este tipo de intervenção assumiu particular relevância na promoção do bem-estar espiritual em situações de UDHV, pois permitiu momentos de despedida, essenciais para o processo de conclusão, essencial para uma “boa morte” (Steinhauser et al., 2000). Destaca-se como exemplo uma situação em que foi utilizada mensagem gravada para promover contacto da pessoa em situação de UDHV com uma pessoa muito significativa, mas incapaz de estar fisicamente presente. Esta intervenção, que deu resposta a um desejo expresso da pessoa em fase terminal, permitiu uma expressão de amor perante a iminência morte, o que pode segundo Cardoso et al. (2023), ajudar no processo de aceitação da morte.

Para além das ligações a família e amigos, foi também promovida a manutenção da participação de pessoas acompanhadas pela equipa em grupos comunitários de carácter religioso e social, que eram para elas relevantes. Como exemplo, destaca-se o

caso de uma pessoa que tinha manifestado durante a fase de avaliação a importante ligação que tinha com um grupo social, construída ao longo de décadas de participação. Através de intervenções que permitiram controlo de dor, cansaço e garantia de conforto físico, foi facilitada a sua participação num evento que a homenageava como membro honorário. Este conjunto de intervenções, promoveu a conexão interpessoal da pessoa com esta comunidade, contribuindo para o sentimento de pertença e continuidade, essenciais para a dignidade em fim de vida (Chochinov & Cann, 2005).

Também enquadrado no domínio interpessoal, encontra-se a relação de cuidados estabelecida entre pessoa e enfermeiro. Quando esta é caracterizada por confiança e intencionalidade terapêutica na promoção da paz, esperança, conforto e qualidade de vida, é também ela promotora de bem-estar espiritual (Tavares et al., 2022). Para a construção destas relações, foi necessário encontrar o equilíbrio entre a quantidade dos casos acompanhados e a qualidade das interações desenvolvidas. Embora fosse desejável uma grande diversidade de situações e oportunidades de aprendizagem, tornou-se evidente que a construção de relações de maior qualidade, com um grupo menor de pessoas, iria permitir melhor compreensão sobre as suas necessidades e uma intervenção mais personalizada. Este investimento na relação terapêutica é defendido por Steinhauer et al. (2017), ao argumentarem que a qualidade e o impacto do cuidado espiritual dependem da durabilidade da relação e nível de confiança estabelecida.

O treino para construir estas relações envolveu prática de técnicas de comunicação, nomeadamente escuta ativa. Mostrar disponibilidade para ouvir sem pressa, utilizando linguagem não verbal concordante, que demonstrava interesse genuíno na narrativa e histórias de vida partilhada, facilitou a criação de ambientes favoráveis à partilha de aspetos da sua vida onde estavam patentes questões, necessidades e recursos de natureza espiritual. Estas oportunidades de diálogo são referidas como intervenções de cuidado espiritual que podem em si mesmo ter carácter terapêutico (Walker & Breitsameter, 2017). Embora numa fase inicial do estágio, estes momentos implicassem um esforço consciente no que respeita à abstração dos “ruídos” circundantes, foi desenvolvida capacidade de entrega intencional e foco no momento, que sublinharam a importância de ser “testemunha” respeitosa da vida destas pessoas.

Um aspeto importante da aprendizagem nestas interações foi o respeito e valorização do silêncio como parte integral do processo de escuta ativa. Os respetos por

estes espaços no diálogo permitiam que ambos os intervenientes, pessoa e profissional de saúde, processassem e refletissem sobre as mensagens e seu significado, o que foi identificado como tendo maior eficácia terapêutica que o preenchimento de lacunas com respostas prontas ou chavões (Walker & Breitsameter, 2017).

Tanto nestes momentos, como na prestação de cuidados físicos, foi treinada autoconsciência durante a ação no que se refere à comunicação não verbal e paraverbal, que incluiu especial atenção ao toque, à postura corporal, à proximidade física e ao nivelar do olhar com o da pessoa, uma vez que, tal como suportado pela evidência, estes aspetos são valorizados pelas pessoas, e integram de igual forma o cuidado espiritual (Viftrup et al., 2021). Os cuidados espirituais, como referem Sawatzky & Pesut (2005), são uma expressão integradora de cuidados que reflete a realidade da pessoa e a consciência do enfermeiro sobre a dimensão transcendente da vida, que presta apoio espiritual de forma interligada com as suas intervenções diárias.

No que respeita à dimensão ética, foi essencial aprender a reconhecer os limites profissionais, mantendo uma prática em conformidade com os princípios éticos. Tornou-se claro que era imperativo a abstenção de aconselhamento ou orientação teológica, uma vez que esse não é o papel do enfermeiro, mas sim facilitar o espaço e a reflexão da pessoa para encontrar respostas no âmbito das suas crenças e perceção da realidade.

### **Domínio transpessoal**

A conexão transpessoal refere-se à relação entre a pessoa e algo maior, como Deus ou uma força universal. Esta ligação constitui uma componente crítica do bem-estar, relevante em contexto de cuidados paliativos, pois através dela é proporcionado um sentido de pertença e propósito que transcende os aspetos da vida quotidiana (Reed, 1992), facilitando a paz e a aceitação em fim de vida.

Durante o estágio, as intervenções realizadas neste domínio procuraram criar um ambiente propício à exploração desta conexão, através de intervenções específicas que facilitavam e integravam práticas e rituais significativos nos cuidados, garantindo que estes se encontravam alinhados com as crenças manifestadas, e valorizando o seu potencial contributo para o bem-estar.

Um exemplo foi a inclusão de orações e rituais religiosos, meditação e terapias complementares baseadas em crenças populares, integrando-as nos planos de cuidados,

de forma a respeitar as convicções individuais sobre o seu potencial contributo no alívio de sintomas presentes e melhoria do bem-estar, uma vez que a espiritualidade desempenha um papel importante na forma como as pessoas lidam com sua dor e sofrimento (Siler et al., 2019). Embora o benefício destas práticas não esteja empiricamente comprovado no controlo de sintomas, elas foram suportadas e integradas na facilitação do domínio transpessoal da auto-transcendência, de forma a promover a conexão das pessoas com algo maior que elas mesmas (Reed, 2014; Thomas et al., 2010).

Também incluído nesta abordagem se incluem as intervenções para facilitar *hobbie* de expressão criativa junto de uma pessoa que interrompeu esta prática devido ao agravamento de sintomas em contexto de progressão de doença. Com ajustes na terapêutica medicamentosa e adaptação do ambiente domiciliário foi possível criar as condições necessárias à continuação desta prática de expressão criativa, reconhecidas como facilitadores da auto-transcendência (Walsh et al., 2007) e do bem-estar (Jaman-Mewes et al., 2024).

Dada a inexistência de profissional especializado em apoio espiritual religioso afeto à equipa, tronou-se essencial a mobilização de recursos externos no âmbito da comunidade. Num caso específico, foi necessário mobilizar apoio religioso para um cuidador de uma pessoa em situação de UDHV, o que se revelou um contributo particularmente relevante no enfrentamento e adaptação ao agravamento clínico e perdas sucessivas. A sua expressão de reconhecimento sobre o impacto positivo que tiveram estes momentos de oração e comunhão com membros da sua comunidade religiosa, encontra-se fundamentado nas referências ao papel destes rituais na promoção conforto (O'Callaghan et al., 2019), facilitação de respostas a questões fundamentais relacionadas com a vida e a morte (Govier, 2000), e impacto positivo no bem-estar (Balboni et al., 2022; Miller et al., 2023).

Durante o estágio, foi aprofundada a compreensão sobre a importância de manter as intervenções em conformidade com as crenças e preferências das pessoas cuidadas, garantindo o cumprimento dos princípios éticos. Neste sentido, não foram incentivadas práticas de oração ou outros rituais religiosos, sem que as pessoas manifestassem que estes eram significativos para si, ou desejados, mesmo quando enquadrados no sistema de crenças religiosas que partilhavam. Este cuidado decorreu da compreensão que a intervenção espiritual deve ser personalizada, e não deve presumir que a pertença a um

grupo religioso ou cultural específico garante que todas as práticas religiosas ou rituais sejam valorizados e significativos para aquele determinado indivíduo (Sawatzky & Pesut, 2005). As intervenções realizadas foram orientadas segundo a vontade e necessidades expressas, respeitando os limites profissionais e excluindo qualquer imposição de crenças pessoais do enfermeiro.

Estas linhas orientadoras asseguraram o respeito pelas pessoas que foram acompanhadas, garantindo que as relações estabelecidas se mantivessem dentro dos parâmetros éticos, conforme reforçado por Sawatzky & Pesut (2005).

### **Domínio temporal**

No contexto das fronteiras temporais, Reed (2018a) destaca a importância da sua expansão através da integração das experiências passadas e das expectativas futuras, de forma a colocar o presente em perspectiva. Este processo envolve a capacidade de refletir sobre momentos significativos de vida, permitindo que a pessoa encontre sentido de continuidade nas suas experiências. A reminiscência previamente descrita, também encorajou a recordação e reflexão sobre eventos e fases importantes da vida, ajudando a contextualizar e significar esses momentos na trajetória de vida. Esta intervenção em algumas situações, não só ajudou a revisitar momentos de felicidade, promovendo satisfação e bem-estar, mas também ajudou a refletir sobre aprendizagens adquiridas, abrindo espaço para a partilha da sabedoria acumulada como forma de legado, o que é sustentado por Bozkurt & Yildirim (2024).

Também nesta abordagem, se inclui o incentivo realizado para comemorações de datas especiais, como aniversários, proporcionando momentos de celebração e reconexão no seio da família, que contribuiram para a valorização do momento presente e criação de memórias para o futuro. As intervenções que promoveram condições físicas e ambientais propícias à participação em atividades de lazer e manutenção de rotinas diárias também foram parte importante neste processo, pois permitiram alívio e distração, bem como um sentido de normalidade, tal como argumentado por Siler et al. (2019) e Walker & Breitsameter (2017). No conjunto, as intervenções descritas facilitaram a integração mais harmoniosa do passado e expectativas em relação ao futuro, criando

um fio condutor de significado, que promoveu a auto-transcendência e consequentemente o bem-estar.

Estes resultados de aprendizagens foram adquiridos ao longo do processo de prestação de cuidados às pessoas em acompanhamento, bem como pela elaboração de trabalhos de análise reflexiva sobre as intervenções realizadas que contribuíram para o cuidado espiritual às pessoas e famílias sob acompanhamento.

O objetivo do cuidado espiritual compreende a satisfação das necessidades identificadas nesta área, contribuindo para o alívio do sofrimento da pessoa em situação paliativa (Jaman-Mewes et al., 2024). Não obstante a avaliação da eficácia destas intervenções ser uma etapa fundamental no processo, ela apresenta desafios inerentes à natureza subjetiva da espiritualidade e dos resultados esperados (Puchalski et al., 2009). Sawatzky & Pesut (2005) referem que a avaliação focada exclusivamente em parâmetros quantificáveis pode ser redutora face à complexidade da experiência espiritual das pessoas cuidadas.

Tavares et al. (2022) sugerem que os resultados do cuidado espiritual têm um impacto positivo na percepção de conforto, na melhoria da adesão ao tratamento, na qualidade das relações interpessoais e na promoção de um ambiente de dignidade e esperança. Govier (2000) refere que a eficácia destas intervenções pode ser avaliada por expressões de bem-estar e sentido de controlo manifestadas pelas pessoas, o que sugere que os relatos na primeira pessoa são essenciais para compreender a sua eficácia.

Desta forma, durante o estágio, foi adotada a avaliação de resultados baseada na discussão dos resultados das intervenções diretamente com as pessoas e famílias acompanhadas, dados provenientes da observação e da avaliação objetiva de indicadores clínicos, como a depressão, ansiedade, desejo de antecipação de morte, sensação de ser um fardo, vontade de viver, e monitorização da intensidade dos sintomas físicos. No seu conjunto, estes dados permitem identificar melhorias clínicas globais, demonstrando que a abordagem holística, onde se inclui o cuidado espiritual contribuiu para a melhoria do bem-estar, o que é suportado por (Monareng, 2012). Um dos indicadores avaliado foi o impacto do cuidado sobre o desejo de antecipação de morte, uma vez que este se encontra, a par com a sensação de ser um fardo, frequentemente associado ao sofrimento existencial e à perda de sentido na vida (Monforte-Royo et al., 2011). O mesmo

autor destaca o papel do suporte espiritual, e da abordagem a questões de sentido e propósito como uma forma de aliviar o sofrimento e diminuir o desejo de antecipação de morte (Monforte-Royo, et al., 2011). Ao procurar realizar avaliações abrangentes e contínuas, baseadas não só em resultados mensuráveis, mas também nas experiências e percepções dos indivíduos, foi possível uma melhor compreensão sobre os resultados das intervenções, e a necessidade de ajustes contínuos, atendendo às mudanças ao longo da trajetória da doença.

Ao longo da prática clínica, foi compreendido o impacto que os resultados alcançados apresentavam, refletindo melhorias a nível do conforto, satisfação, adaptação à situação atual, bem como melhoria da adesão aos tratamentos propostos. No entanto, foi compreendido que a perspetiva do profissional de saúde pode não conseguir captar toda a profundidade da jornada espiritual da pessoa, pois tal como referido por Sawatzky & Pesut (2005), os resultados observados são apenas uma visão ténue do significado e transcendência experienciada pela pessoa, devendo ser valorizado o relato da experiência individual. As análises e reflexões produzidas durante o decorrer do estágio resultaram na compreensão sobre o potencial impacto do cuidado espiritual na melhoria do bem-estar global desta população.

Durante o estágio foi compreendida a importância da abordagem multidisciplinar na prestação de cuidado espiritual. A participação em reuniões formais para discussão dos casos permitia que os vários profissionais contribuíssem com perspetivas complementares sobre os casos em acompanhamento, o que possibilitava uma avaliação mais abrangente e objetiva destas necessidades. A aprendizagem através da observação e partilha da experiência dos profissionais desta equipa, contribuiu para aumentar a sensibilidade e capacidade de avaliação, planeamento e intervenção, que foram sendo desenvolvidas ao longo do estágio.

Também importantes foram as reuniões informais realizadas após as visitas domiciliárias. Durante estas reuniões onde foi possível discutir com os outros elementos as observações e intervenções realizadas, contribuindo para a sua análise e melhor compreensão, bem como a adaptação dos planos de intervenção. Esta necessidade e importância da abordagem colaborativa ao cuidado espiritual são destacadas na literatura, que refere a importância de mobilizar os profissionais de acordo com as

competências específicas necessárias a cada situação (Baird, 2015), e que contribui para uma abordagem holística, que contempla todas as necessidades identificadas (Caldeira & Timmins, 2017).

A reflexão contínua ao longo do estágio, de forma individual e em conjunto com a EOC e restante equipa, foram estímulos essenciais para a aprendizagem e reflexão crítica sobre a prática clínica desenvolvida. Através dela, foi sendo desenvolvida a capacidade de raciocínio clínico e construção de conhecimento para adaptar em situações futuras, tal como referido por (Dreifuerst, 2012). O momento de partilha entre a equipa, contribuíram de igual forma para o desenvolvimento de estratégias de superação dos desafios emocionais decorrentes das experiências vividas, tal como referido por Sinclair et al. (2006).

### 3. Avaliação

A realização das atividades descritas no capítulo anterior representou contributo fundamental para o desenvolvimento das competências comuns e específicas esperadas de um enfermeiro especialista e mestre na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Essas atividades permitiram a integração prática dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, ampliando-os no desenvolvimento de respostas a novas situações em contexto real, mediante atitude de pesquisa, treino e reflexão crítica contínua. Ambos os estágios proporcionaram situações de aprendizagem diversificada, que no seu conjunto permitiram o treino das habilidades essenciais para uma prática clínica especializada e de mestre nesta área do cuidado de enfermagem. Benner descreve esta forma de construção do conhecimento como um processo que ocorre através da aprendizagem experiencial em contexto clínico, e que atua como motor de desenvolvimento e crescimento profissional (Brykczynski, 2022).

A experiência profissional anterior nesta área de cuidados foi uma mais-valia, pois providenciou uma base de conhecimentos e habilidades em diversos domínios de competências, que foram alargadas e aprofundadas ao longo do percurso. Também a familiaridade com o contexto de cuidados onde decorreu o segundo estágio, foi considerada facilitadora do crescimento, permitindo atingir mais facilmente um melhor nível de desempenho. Adicionalmente, considera-se que as características do contexto domiciliário facilitaram a implementação do Projeto de Formação na área do cuidado espiritual, pois ele oferece um ambiente propício à conexão da pessoa com a sua história, relações e práticas, reforçando o seu sentido de pertença e identidade, tal como referido por Nyatanga (2023).

Um aspeto desafiante sentido no primeiro estágio foi o desenvolvimento de capacidade de gestão do tempo e prioridades na prestação de cuidados. A experiência profissional prévia em ambiente domiciliário, permitia atenção a cada pessoa e família de forma exclusiva. Neste contexto foi necessário atender a múltiplas pessoas com situações clínicas complexas em simultâneo, mantendo a qualidade dos cuidados e das relações estabelecidas. Com o tempo, houve uma melhoria gradual destas capacidades, obtida através do desenvolvimento de compreensão holística das situações e sua integração

intuitiva nos cuidados, que Brykczynski (2022) refere como fundamental para a transição a um nível superior de desempenho.

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

De acordo com o disposto no Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista detém competências científicas técnica e humanas reconhecidas, que lhe permite a prestação de cuidados numa área especializada de enfermagem.

Considerando os domínios de competências definidos, importa refletir sobre as atividades desenvolvidas e forma como estas contribuíram para o seu desenvolvimento.

#### **A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Durante a realização dos estágios, foi demonstrada uma atuação enquadrada em princípios éticos, deontológicos e científicos. A leitura e compreensão das normas das instituições onde decorreram os estágios, bem como com as diretrizes para cuidados paliativos e em particular para o cuidado espiritual, foram essenciais para a orientação de uma prática segura e em conformidade com os padrões de qualidade estabelecidos.

Os planos de cuidados foram desenvolvidos de forma adaptada à pessoas e famílias, considerando não só as necessidades identificadas, como também as suas preferências e expectativas. Este cuidado tornou-se evidente nas intervenções previamente descritas, direcionadas à promoção da autonomia, autodeterminação e dignidade, e na especial atenção à valorização e promoção das crenças e práticas espirituais da pessoa e família, de acordo com o projeto de formação desenvolvido.

A discussão de casos de forma sistemática em reuniões multidisciplinares, junto das EOC e restantes profissionais, bem como a constante busca de conhecimento, em pesquisas e eventos científicos, contribuiu para a capacidade de fundamentar as decisões em evidência e experiência, bem como para a construção de planos terapêuticos multidisciplinares.

#### **B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

Esta responsabilidade foi assumida através dinamização da discussão do artigo científico durante o primeiro estágio, que contribuiu para a disseminação de conhecimento e partilha de experiências sobre práticas baseadas na evidência, bem

como para incentivo à melhoria da abordagem às necessidades da pessoa em situação paliativa, especificamente na área do cuidado espiritual. Também a participação em simpósios e eventos formativos proporcionou oportunidade para adquirir e partilhar conhecimentos com outros profissionais, potenciando a aplicação de abordagens dirigidas à melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias. A participação nas reuniões multidisciplinares, onde de forma colaborativa com a equipa se realizou avaliação contínua da eficácia das intervenções e consequente revisão dos planos de cuidados, permitiu identificar áreas de potencial melhoria e ajustar estratégias para aumentar a eficácia das intervenções.

Ainda neste domínio, destaca-se a elaboração e posterior divulgação do Projeto de Formação mediante MTP. Através dele, foi possível aprofundar o conhecimento sobre o cuidado espiritual em cuidados paliativos, bem como integrar esse conhecimento em contexto prático e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

### **C - Domínio da Gestão dos Cuidados**

Durante os estágios realizados foram desenvolvidas habilidades que contribuem para a gestão eficiente dos cuidados de enfermagem, e que contribuiriam também para otimizar as respostas das equipas na articulação com os restantes profissionais, de forma adaptada em cada contexto. Destaca-se no primeiro estágio as estratégias que permitiram gerir tempo e recursos de forma adequada às necessidades complexas que as pessoas internadas apresentavam, priorizando as intervenções e atividades em concordância com o grau de urgência e complexidade. No segundo estágio houve contributo para a coordenação entre os elementos da equipa multidisciplinar, também na gestão dos recursos e tempo disponíveis, com especial atenção para a facilitação da acessibilidade e resposta atempada às pessoas e famílias em acompanhamento. A supervisão, orientação e suporte aos cuidadores familiares, permitiu que estes dessem continuidade aos planos terapêuticos instituídos, mantendo a segurança e viabilidade do cuidar em contexto domiciliário, sempre que possível e desejável.

A participação ativa em reuniões multidisciplinares demonstrou capacidade de articulação com os restantes membros da equipa, colaborando na tomada de decisão conjunta e alinhada com os objetivos da intervenção. Esta colaboração, bem como a documentação de todas as informações clínicas referentes à etapa do processo de

enfermagem, contribuiu para a partilha de informações, garantindo o seu acesso por parte de toda a equipa. As situações em que as pessoas e famílias apresentavam necessidades específicas, fora da sua área de intervenção ou competência, foram devidamente sinalizadas e referenciadas para os profissionais ou recursos comunitários capacitados para a sua resposta.

#### **D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Neste domínio, destaca-se o trabalho realizado para aprofundar o autoconhecimento como aspeto fundamental para o desenvolvimento de competência específica no âmbito do cuidado espiritual. Através dele, foi possível reconhecer as suas próprias crenças, atitudes e comportamentos, reconhecendo a sua influência no desempenho e ajustando-o em conformidade. Como resultado do desenvolvimento de uma melhor consciência de si, foi possível melhorar de forma progressiva e contínua a qualidade da comunicação e relações estabelecidas, tanto com as pessoas e famílias cuidadas, bem como com os restantes elementos da equipa.

Foi procurada a de forma consistente uma fundamentação teórica e científica da sua atuação ao longo dos estágios no conhecimento atual sobre cuidados paliativos, com especial atenção à área do cuidado espiritual. A leitura e análise sistemática de artigos, bem como a participação nos eventos científicos contribuíram para a aquisição de novo conhecimento, que foi sendo aplicado de forma adaptada a cada situação nova experienciada em contexto prático.

A elaboração, divulgação e implementação do Projeto de Formação nos contextos clínicos de estágio contribuíram para a facilitação de um ambiente de aprendizagem, mediante a partilha dos conhecimentos que foram sendo adquiridos.

Também foi possível durante a realização do segundo estágio, colaborar como coautora, em conjunto com os restantes elementos da equipa, na produção e publicação de um artigo científico, o que reforçou o compromisso com a disseminação de conhecimento sobre práticas inovadoras em contexto de cuidados paliativos.

### **3.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista**

No que respeita às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, o

Regulamento n.º 429/2018, define o conjunto de competências clínicas que acrescem à comuns, regulando e orientando a sua prática especializada.

Em ambos os estágios foram realizadas avaliações contínuas através de métodos e instrumentos padronizados, permitindo a identificação de necessidades globais, e a construção de planos de cuidados individualizados. No segundo estágio, foi dada especial relevância, à identificação de necessidades espirituais, no âmbito do Projeto de Formação, sustentando esta avaliação em evidência e de forma estruturada segundo o modelo teórico utilizado.

As intervenções para cuidado espiritual, em resposta às necessidades identificadas foram incluídas de forma integrada nos planos de cuidados, garantindo que os mesmos refletissem a singularidade de cada pessoa, e o respeito pelas suas crenças e valores. Atividades como a facilitação do diálogo sobre preocupações ou necessidades de carácter espiritual, em conjunto com as intervenções terapêuticas para controlo dos sintomas, contribuiram para o alívio do sofrimento, promoção da dignidade em fim de vida e bem-estar global. Neste aspeto, o treino e apreensão de técnicas de comunicação terapêutica e centrada na pessoa, constituiu um dos maiores contributos para o desenvolvimento profissional e das competências necessárias à intervenção nesta área de especialidade. Estas técnicas, permitiram também a construção de relações terapêuticas, através das quais se apoiou o processo de cuidado espiritual, a adaptação às perdas sucessivas e a harmonização dos planos de cuidados com a pessoa e família.

A colaboração com a equipa multidisciplinar, em momentos de reunião e reflexão conjunta, permitiram o desenvolvimento de uma intervenção de carácter integral e atempada, de acordo com uma perspetiva interdisciplinar.

Por fim, a prática reflexiva demonstrada através da elaboração dos trabalhos apresentados, e a constante procura de conhecimento, bem como os contributos para a sua disseminação, demonstraram o compromisso para com a melhoria contínua da prática baseada na evidência.

### **3.3. Competências de Mestre**

No que respeita às competências requeridas para grau de Mestre, de acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006, foram aprofundados os conhecimentos adquiridos durante o primeiro ciclo de estudos, expandindo-os mediante a sua aplicação e treino em contexto

prático. Este desenvolvimento, evidencia a capacidade de resposta a situações novas e de complexidade crescente, bem como a capacidade de reflexão crítica para o desenvolvimento de soluções eficazes aos problemas que emergem na prática profissional.

Tanto a elaboração e implementação do Projeto de Formação, como o desempenho prático em estágio exigiram procura e mobilização de conhecimento em áreas de conhecimento distintas, mas complementares, especialmente nas respostas a situações de maior complexidade. As aprendizagens e treino de técnicas de comunicação, às quais foi dada especial atenção durante o percurso, permitiram uma comunicação clara, técnica e adaptada aos diferentes contextos e intervenientes.

A elaboração de um protocolo de *scoping review* demonstrou capacidade de compreensão e aplicação desta metodologia para a síntese de conhecimento, bem como realização de etapas críticas, como a definição clara do problema, objetivos de revisão e construção de uma estratégia de pesquisa.

A coautoria de um artigo e sua publicação foi uma atividade relevante que demonstra capacidade de contribuir para a produção de conhecimento científico na área de especialização e sua disseminação, refletindo também habilidade na colaboração com a equipa na comunicação de informação cientificamente relevante.

A participação em eventos formativos, a reflexão crítica sobre si, sobre os desafios que emergiram na prática clínica, e sobre a sua intervenção contextualizada na equipa multidisciplinar, demonstraram compromisso para com a aprendizagem contínua necessária ao desempenho de uma prática avançada de enfermagem na sua área de especialidade.

## Conclusão

O presente relatório teve como objetivo descrever o percurso percorrido com vista à obtenção das competências requeridas à prática de enfermagem especializada na área Médico-cirúrgica, na vertente da enfermagem à pessoa em situação paliativa. Através da análise crítica das atividades desenvolvidas durante os estágios, foi desenvolvida capacidade de compreensão aprofundada, teórico-científica e prática, que permite uma prestação de cuidados holística e centrada na pessoa, onde se insere o cuidado espiritual à pessoa em situação paliativa e família.

A utilização da MTP permitiu planear e desenvolver estratégias específicas de intervenção nesta área dos cuidados, que promoveram a integração dos conhecimentos fundamentais para o saber e saber fazer em contexto clínico. A aplicação prática desta metodologia nos contextos clínicos apresentados permitiu um desenvolvimento gradual e estruturado das competências, criando oportunidades diversificadas para explorar e aprofundar habilidades técnicas essenciais na prestação de cuidados paliativos, com destaque para o cuidado espiritual, que constitui um aspeto desafiante e sensível dos mesmos.

O diagnóstico das necessidades formativas realizado no primeiro estágio, somado à motivação intrínseca, constituíram ponto de partida, para a elaboração do projeto nesta área, facilitando a compreensão das lacunas no conhecimento, bem como das barreiras que atuavam como limitadores à abordagem espiritual em fim de vida. Destaca-se também a compreensão sobre a importância da autoconsciência espiritual e da prática reflexiva no desempenho profissional do enfermeiro, proporcionando uma base sólida para as atividades subsequentes.

Durante este estágio foram adquiridas competências que permitem gerir situações grande complexidade clínica, antecipar e atuar perante situações agudas e emergentes, mantendo sempre intervenção dirigida à preservação da autonomia e dignidade da pessoa em situação de extrema vulnerabilidade. Foram também desenvolvidas habilidades que permitem um suporte eficaz à família, fortalecendo habilidades como a comunicação compassiva, suporte emocional e envolvimento no processo de cuidados.

Foi também dada iniciada a exploração e busca por conhecimento em diversas fontes, permitindo construir uma base sólida para a compreensão da espiritualidade da pessoa em situação paliativa e importância da sua abordagem em contexto de cuidados paliativos.

A implementação do projeto no segundo estágio foi, por sua vez, fundamental para desenvolver habilidades interpessoais, necessárias à consecução dos objetivos propostos. Neste campo foi essencial o treino de técnicas de comunicação, que em conjunto com as estratégias adotadas para manter a continuidade da interação com as pessoas e famílias, permitiram a construção de relações significativas, tanto para a identificação das necessidades que contribuíam para o bem-estar espiritual, como para a sua satisfação. As experiências práticas foram ricas e diversificadas, permitindo o desenvolvimento de capacidade de adaptação ao contexto e às especificidades de cada família. Como resultado, foi desenvolvida capacidade de atuar como facilitadora de conforto e bem-estar global, e promoção da harmonia entre corpo, mente e espírito.

A prática reflexiva intencional e sistemática, desenvolvida de forma individual e sob mentoria, constituiu uma ferramenta essencial a todo o processo de aprendizagem. Ela contribuiu para o desenvolvimento contínuo de competências, através da análise crítica do desempenho, ajudando a adaptar e melhorar de forma constante as intervenções e a tomada de decisão clínica fundamentada.

A aplicação prática deste projeto formativo e das intervenções de cuidado espiritual durante o estágio, contribuiu de forma global para a criação de um ambiente de cuidados humanizado e holístico, que tem em conta a profunda interconexão entre as várias dimensões da vida. Foi adquirida compreensão sobre a importância do cuidado espiritual neste contexto, como contributo essencial para o alívio global do sofrimento, melhoria da qualidade das relações estabelecidas, dignidade e satisfação das pessoas e famílias. Desta forma se viu reforçada a importância de abordar a espiritualidade da pessoa de forma integrada e sistemática, através de um esforço colaborativo de toda a equipa de saúde, para em conjunto proporcionar uma experiência de cuidados sensível e respeitosa.

Estes resultados práticos alcançados, evidenciam a importância quer da formação específica neste aspeto dos cuidados, como da sua aplicação prática em todos os contextos clínicos. Ao integrar o cuidado espiritual como aspeto essencial dos cuidados,

foi reafirmado o papel do enfermeiro como facilitador dos processos que apoiam o potencial de desenvolvimento e superação humana em situações de fim de vida, e que proporcionam à pessoa uma experiência de cuidados completa e centrada na melhoria do seu bem-estar integral

Embora este percurso formativo tenha ficado completo em termos curriculares, ele marca apenas o início de uma jornada contínua de aperfeiçoamento profissional. As ferramentas e métodos de desenvolvimento profissional utilizadas neste processo serão fundamentais contributos para sustentar e expandir a prática especializada neste domínio dos cuidados. Adicionalmente, o compromisso com a disseminação do conhecimento adquirido através das atividades realizadas, da colaboração em atividade de investigação, e através da publicação deste relatório, são contributos para a melhoria contínua da profissão e qualidade da prática profissional.

Com esta visão de continuidade e aperfeiçoamento, pretende-se manter o compromisso de aprofundar as competências adquiridas e contribuir para o avanço do conhecimento e prática de enfermagem nesta área de especialidade, com vista à promoção da qualidade, dignidade e bem-estar desta população.

## Referências Bibliográficas

- Anandarajah, G., & Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American family physician*, 63(1), 81–89. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11195773>
- Attard, J., Baldacchino, D. R., & Camilleri, L. (2014). Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: a focus on education. *Nurse education today*, 34(12), 1460–1466. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.015>
- Baird, P. (2015). Spiritual Care Intervention. Em B. R. Ferrell, N. Coyle, & J. Paice (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (4.<sup>a</sup> ed., pp. 546–553). Oxford University Press. [https://stikeskeluargabunda.ac.id/app\\_other/file/buku/materi\\_1614913129.pdf](https://stikeskeluargabunda.ac.id/app_other/file/buku/materi_1614913129.pdf)
- Balboni, M. J., Sullivan, A., Enzinger, A. C., Epstein-Peterson, Z. D., Tseng, Y. D., Mitchell, C., Niska, J., Zollfrank, A., VanderWeele, T. J., & Balboni, T. A. (2014). Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *Journal of pain and symptom management*, 48(3), 400–410. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020>
- Balboni, T. A., Fitchett, G., Handzo, G. F., Johnson, K. S., Koenig, H. G., Pargament, K. I., Puchalski, C. M., Sinclair, S., Taylor, E. J., & Steinhauser, K. E. (2017). State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 441–453. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.029>
- Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N. G., Ferrell, B. R., Fitchett, G., Koenig, H. G., Bain, P. A., Puchalski, C., Steinhauser, K. E., Sulmasy, D. P., & Koh, H. K. (2022). Spirituality in Serious Illness and Health. *JAMA*, 328(2), 184. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>
- Baldacchino, D. R. (2008). Spiritual care: is it the nurse's role? *Spirituality and Health International*, 9(4), 270–284. <https://doi.org/10.1002/SHI.363>

- Benito, E., & Barbero, J. (2014). EL SUFRIMIENTO EN CLÍNICA Incorporando las tradiciones de sabiduría. Em E. O. Benito, J. G. Barbero, & M. S. Dones (Eds.), *Espiritualidad en Clínica Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos* (pp. 45–58). SECPAL.
- Benner, P. (1984). From Novice To Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. *AJN, American Journal of Nursing*, *84*(12), 1479.  
<https://doi.org/10.1097/00000446-198412000-00025>
- Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care*, *19*(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>
- Blaževičienė, A., Laurs, L., & Newland, J. A. (2020). Attitudes of registered nurses about the end - of - life care in multi-profile hospitals: a cross sectional survey. *BMC Palliative Care*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00637-7>
- Bozkurt, C., & Yildirim, Y. (2024). The effectiveness of reminiscence therapy on the symptom management, the life satisfaction, and the self-transcendence in palliative care patients: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, *32*(7).  
<https://doi.org/10.1007/s00520-024-08626-9>
- Brykczynski, K. A. (2022). Patricia Benner: Caring, Clinical Wisdom, and Ethics in Nursing Practice. Em M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (10.<sup>a</sup> ed., pp. 101–116). Elsevier.
- Büssing, A. (2021). The Spiritual Needs Questionnaire in Research and Clinical Application: a Summary of Findings. *Journal of Religion and Health*, *60*, 3732–3748.  
<https://doi.org/10.1007/s10943-021-01421-4>
- Büssing, A., Janko, A., Baumann, K., Christian Hvidt, N., & Kopf, A. (2013). Spiritual Needs among Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer Living in a Secular Society. *Original Research Article Pain Medicine*, *14*, 1362–1373.  
<https://academic.oup.com/painmedicine/article/14/9/1362/1878760>

- Caldeira, S., & Timmins, F. (2017). Implementing spiritual care interventions. *Nursing Standard*, 31(34), 54–60. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10313>
- Cardoso, A. R., Remondes-Costa, S., Veiga, E., Almeida, V., Rocha, J., Teixeira, R. J., Macedo, G., & Leite, M. (2023). Meaning of Life Therapy: A Pilot Study of a Novel Psycho-Existential Intervention for Palliative Care in Cancer. *Omega (United States)*. <https://doi.org/10.1177/00302228231209654>
- Castro, L. B., & Ricardo, M. M. C. (2002). *Gerir o Trabalho de Projecto - Guia para a flexibilização e revisão curriculares* (Texto Editora, Ed.; 7.<sup>a</sup> ed.). Texto Editora.
- Chochinov, H. M., & Cann, B. J. (2005). Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *Journal of palliative medicine*, 8 Suppl 1, S103-15. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-103>
- 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). <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07239-9>
- Cobb, M., Dowrick, C., & Lloyd-Williams, M. (2012). What can we learn about the spiritual needs of palliative care patients from the research literature? *Journal of pain and symptom management*, 43(6), 1105–1119. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.06.017>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022*. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021\\_2022.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf)
- Coward, D. D., & Reed, P. G. (1996). Self-Transcendence: A Resource For Healing At The End Of Life. *Issues in Mental Health Nursing*, 17(3), 275–288. <https://doi.org/10.3109/01612849609049920>
- Damen, A., Exline, J., Pargament, K., Yao, Y., Chochinov, H., Emanuel, L., Handzo, G., Wilkie, D. J., & Fitchett, G. (2021). Prevalence, Predictors and Correlates of Religious

- and Spiritual Struggles in Palliative Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), e139–e147. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.04.024>
- de Vries, K., Banister, E., Dening, K. H., & Ochieng, B. (2019). Advance care planning for older people: The influence of ethnicity, religiosity, spirituality and health literacy. <https://doi.org/10.1177/0969733019833130>, 26(7–8), 1946–1954.  
<https://doi.org/10.1177/0969733019833130>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março: Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, Diário da República n.º 60/2006, Série I-A, de 24 de março de 2006 2242 (2006). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Dellenborg, L., & Enstedt, D. (2023). Balancing hope at the end of life organisational conditions for spiritual care in palliative homecare in Sweden. *Social science & medicine (1982)*, 331, 116078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116078>
- Dreifuerst, K. T. (2012). Using debriefing for meaningful learning to foster development of clinical reasoning in simulation. *Journal of Nursing Education*, 51(6), 326–333. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120409-02>
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative medicine*, 24(8), 753–770. <https://doi.org/10.1177/0269216310375860>
- Ferrell, B. R., Buller, H., Paice, J. A., Glajchen, M., & Haythorn, T. (2023). Interprofessional communication training to address spiritual aspects of cancer care. *Journal of health care chaplaincy*, 29(4), 399–411. <https://doi.org/10.1080/08854726.2022.2097781>
- Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A., & Meier, D. E. (2018). National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. *Journal of Palliative Medicine*, 21(12), 1684–1689. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>

- Fitch, M. I., & Bartlett, R. (2019). Patient Perspectives about Spirituality and Spiritual Care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 111–121.  
[https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_62\\_18](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_62_18)
- Giske, T., & Cone, P. H. (2015). Discerning the healing path - how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19–20), 2926–2935. <https://doi.org/10.1111/jocn.12907>
- Gonçalves, I., Mendes, D. A., Caldeira, S., Jesus, É., & Nunes, E. (2023). The Primary Nursing Care Model and Inpatients' Nursing-Sensitive Outcomes: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3).  
<https://doi.org/10.3390/IJERPH20032391>
- Govier, I. (2000). Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 14(17), 32–36.  
<https://doi.org/10.7748/ns2000.01.14.17.32.c2744>
- Graebe, J. (2024). Humanness in Learning: Nurturing the Human Spirit in Accredited Nursing Continuing Professional Development. *Journal of continuing education in nursing*, 55(2), 53–56. <https://doi.org/10.3928/00220124-20240109-05>
- Hodge, D. R. (2015). Administering a two-stage spiritual assessment in healthcare settings: A necessary component of ethical and effective care. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 27–38. <https://doi.org/10.1111/jonm.12078>
- Holmberg, B., & Godskesen, T. (2022). Dignity in bodily care at the end of life in a nursing home: an ethnographic study. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03244-8>
- Hunnibell, L. S., Reed, P. G., Quinn-Griffin, M., & Fitzpatrick, J. J. (2008). Self-Transcendence and Burnout in Hospice and Oncology Nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 10(3), 172–179.  
<https://doi.org/10.1097/01.NJH.0000306742.95388.80>

- Isaacson, M. J., & Minton, M. E. (2018). End-of-life communication nurses cocreating the closing composition with patients and families. *Advances in Nursing Science*, 41(1), 2–17. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000186>
- Jaman-Mewes, P., Caetano da Silva de Oliveira, M., Regina Mazotti, M., & Salvetti, M. de G. (2024). Spiritual care interventions for palliative care patients: A scoping review. *Palliative and Supportive Care*, 1–20. <https://doi.org/10.1017/S1478951524000592>
- Johnston Taylor, E., & Taylor, E. J. (2003). Spiritual Needs of Patients With Cancer and Family Caregivers Spirituality Religion Cancer Family Caregiver Patient. Em *Cancer Nursing™* (Vol. 26, Número 4).
- Lalani, N. (2020). Meanings and interpretations of spirituality in nursing and health. *Religions*, 11(9), 1–14. <https://doi.org/10.3390/rel11090428>
- Leite, E., Malpique, M., & Santos, M. R. dos. (2001). *Trabalho de Projeto 1. Aprender por Projectos Centrados em Problemas* (E. Leite, M. Malpique, M. R. dos Santos, & Edições Afrontamento, Eds.; 4.<sup>a</sup>, Vol. 1). Edições Afrontamento.
- Lundberg, E., Öhlén, J., Dellenborg, L., Ozanne, A., & Enstedt, D. (2024). Deconstructing spiritual care: Discursive underpinnings within palliative care research. *Nursing Inquiry*. <https://doi.org/10.1111/nin.12622>
- Martins, H., Silva, R. S., Bragança, J., Romeiro, J., & Caldeira, S. (2024). Spiritual Distress, Hopelessness, and Depression in Palliative Care: Simultaneous Concept Analysis. Em *Healthcare (Switzerland)* (Vol. 12, Número 10). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/healthcare12100960>
- Miller, M., Addicott, K., & Rosa, W. E. (2023). Spiritual Care as a Core Component of Palliative Nursing. *American Journal of Nursing*, 123(2), 54–59. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000919748.95749.e5>
- Monareng, L. V. (2012). Spiritual nursing care: A concept analysis. *Curationis*, 35(1), 28. <https://doi.org/10.4102/curationis.v35i1.28>

- Monforte-Royo, C., Villavicencio-Chávez, C., Tomás-Sábado, J., & Balaguer, A. (2011). The wish to hasten death: a review of clinical studies. *Psycho-oncology*, *20*(8), 795–804. <https://doi.org/10.1002/pon.1839>
- Müller, S., Fink, M., Hense, J., Comino, M. R. S., Schuler, M., Teufel, M., & Tewes, M. (2022). Palliative care outpatients in a German comprehensive cancer center—identifying indicators for early and late referral. *BMC Palliative Care*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01114-z>
- Narayanasamy, A. (2007). *Palliative care and spirituality* (Vol. 13).
- NICE. (2019). *End of life care for adults: service delivery (NG142)*. [www.nice.org.uk/guidance/ng142](http://www.nice.org.uk/guidance/ng142)
- Norberg, A., Lundman, B., Gustafson, Y., Norberg, C., Fischer, R. S., & Lövheim, H. (2015). Self-transcendence (ST) among very old people - Its associations to social and medical factors and development over five years. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *61*(2), 247–253. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.04.003>
- Nyatanga, B. (2023). Attending to the spiritual needs of dying patients. *British Journal of Community Nursing*, *28*(9), 428–428. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2023.28.9.428>
- O’Callaghan, C., Brooker, J., de Silva, W., Glenister, D., Melia, Cert, A., Symons, X., Kissane, D., & Michael, N. (2019). Patients’ and Caregivers’ Contested Perspectives on Spiritual Care for Those Affected by Advanced Illnesses: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, *58*(6), 977–988. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.004>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Paal, P., & Lorenzl, S. (2020). Patients with Parkinson’s disease need spiritual care. *Annals of Palliative Medicine*, *9*(2), 144–148. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.11.24>

- Palmer, B., Quinn Griffin, M. T., Reed, P., & Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-transcendence and Work Engagement in Acute Care Staff Registered Nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(2), 138–147. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181d912d8>
- Patel, K. M., & Metersky, K. (2022). Reflective practice in nursing: A concept analysis. *International journal of nursing knowledge*, 33(3), 180–187. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12350>
- Pearce, M. J., Coan, A. D., Herndon, J. E., Koenig, H. G., Abernethy, A. P., Pearce, M. J., Koenig, H. G., Coan, A. D., Herndon, J. E., & Abernethy, A. P. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*, 20, 2269–2276. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1335-1>
- Pesut, B. (2008). Spirituality and Spiritual Care in Nursing Fundamentals Textbooks. *Journal of Nursing Education*, 47(4), 167–173. <https://doi.org/10.3928/01484834-20080401-05>
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., & Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885–904. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>
- Puchalski, C., Jafari, N., Buller, H., Haythorn, T., Jacobs, C., & Ferrell, B. (2020). Interprofessional Spiritual Care Education Curriculum: A Milestone toward the Provision of Spiritual Care. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 777–784. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0375>
- Puchalski, C. M. (2008). Spirituality and the care of patients at the end-of-life: an essential component of care. *Omega*, 56(1), 33–46. <https://doi.org/10.2190/om.56.1.d>
- Quinn, B., & Connolly, M. (2023). Spirituality in palliative care. *BMC Palliative Care*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01116-x>

- Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: A concept analysis. *International Nursing Review*, 61(2), 211–219.  
<https://doi.org/10.1111/inr.12099>
- Reed, P. G. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science*, 13(4), 64–77.
- Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in nursing & health*, 15(5), 349–357.  
<https://doi.org/10.1002/nur.4770150505>
- Reed, P. G. (2014). Theory of Self-Transcendence. Em M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing: Third Edition* (3.<sup>a</sup> ed., pp. 109–139). Springer Publishing Company.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=nlebk&AN=581499&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Reed, P. G. (2018a). Self-Trancendence Theory. Em M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work* (9.<sup>a</sup> ed., pp. 463–475). Elsevier.
- Reed, P. G. (2018b). *Self-Transcendence: Scale and Theory*. <https://nursology.net/wp-content/uploads/2018/10/sts-2018.pdf>
- Reed, P. G. (2021). Self-Transcendence: Moving from Spiritual Disequilibrium to Well-Being Across the Cancer Trajectory. *Seminars in Oncology Nursing*, 37(5), 151212.  
<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151212>
- Reed, P. G., & Haugan, G. (2021). Self-transcendence: A salutogenic process for well-being. Em *Health Promotion in Health Care - Vital Theories and Research* (pp. 103–115). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_9)
- Reed, P. G., & Rousseau, E. (2007). Spiritual inquiry and well-being in life-limiting illness. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, 19(4), 81–98.  
[https://doi.org/10.1300/J496v19n04\\_06](https://doi.org/10.1300/J496v19n04_06)

- Rego, F., Pereira, C., Rego, G., & Nunes, R. (2018). The Psychological and Spiritual Dimensions of Palliative Care: A Descriptive Systematic Review. *Neuropsychiatry*, 08(02). <https://doi.org/10.4172/neuropsychiatry.1000370>
- Rego, F., Rego, G., & Nunes, R. (2020). Moral agency and spirituality in palliative care. *Annals of Cardiothoracic Surgery*, 9(4), 2286–2293. <https://doi.org/10.21037/apm-19-436>
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No. Regulamento n.º 140/2019, Diário da República n.º 26, Série II de 6 de fevereiro de 2019 4744 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica., Diário da República n.º 135, Série II de 16 de julho de 2018 19359 (2018). ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ross, L., Giske, T., Boughey, A. J., van Leeuwen, R., Attard, J., Kleiven, T., & McSherry, W. (2022). Development of a spiritual care education matrix: Factors facilitating/hindering improvement of spiritual care competency in student nurses and midwives. *Nurse Education Today*, 114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105403>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–37. [https://doi.org/https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](https://doi.org/https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *Journal*

*of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200–207.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>

Sawatzky, R., & Pesut, B. (2005). Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 23(1), 19–33. <https://doi.org/10.1177/0898010104272010>

Selman, L., Cert, P. G., Care, P., Harding, R., Gysels, M., Speck, P., & Higginson, I. J. (2011). The Measurement of Spirituality in Palliative Care and the Content of Tools Validated Cross-Culturally: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(4), 728–753. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.06.023>

Shen, V. W. C., Yang, C., Lai, L. L., Chen, Y. J., Huang, H. H., Tsai, S. H., Hsu, T. F., & Yen, D. H. T. (2021). Emergency department referral for hospice and palliative care differs among patients with different end-of-life trajectories: A retrospective cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph18126286>

Siler, S., Borneman, T., & Ferrell, B. (2019). Pain and Suffering. *Seminars in oncology nursing*, 35(3), 310–314. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.04.013>

Siler, S., Mamier, I., Winslow, B. W., & Ferrell, B. R. (2019). Interprofessional Perspectives on Providing Spiritual Care for Patients With Lung Cancer in Outpatient Settings. *Oncology nursing forum*, 46(1), 49–58. <https://doi.org/10.1188/19.ONF.49-58>

Sinclair, S., & Chochinov, H. M. (2012). Communicating with patients about existential and spiritual issues: SACR-D work. *Progress in Palliative Care*, 20(2), 72–78. <https://doi.org/10.1179/1743291X12Y.0000000015>

Sinclair, S., Raffin, S., Pereira, J., & Guebert, N. (2006). Collective soul: The spirituality of an interdisciplinary palliative care team. *Palliative and Supportive Care*, 4, 13–24. <https://doi.org/10.10170S1478951506060032>

Steinhauser, K. E., Alexander, S., Olsen, M. K., Stechuchak, K. M., Zervakis, J., Ammarell, N., Byock, I., & Tulsky, J. A. (2017). Addressing Patient Emotional and Existential

- Needs During Serious Illness: Results of the Outlook Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(6), 898–908.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.06.003>
- Steinhauser, K. E., Clipp, E. C., McNeilly, M., Christakis, N. A., McIntyre, L. M., & Tulsky, J. A. (2000). In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Annals of internal medicine*, 132(10), 825–832. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-132-10-200005160-00011>
- Stephenson, P. S., & Berry, D. M. (2015). Describing Spirituality at the End of Life. *Western Journal of Nursing Research*, 37(9), 1229–1247.  
<https://doi.org/10.1177/0193945914535509>
- Tavares, A. P., Martins, H., Pinto, S., Caldeira, S., Pontífice Sousa, P., & Rodgers, B. (2022). Spiritual comfort, spiritual support, and spiritual care: A simultaneous concept analysis. *Nursing forum*, 57(6), 1559–1566. <https://doi.org/10.1111/nuf.12845>
- Tavares, P., Santos Silva, R., & Magalhães, B. (2022). Fatores determinantes na transição para cuidados paliativos: Perspetiva de enfermeiros peritos. *Onco.News*, 45, e058.  
<https://doi.org/10.31877/on.2022.45.01>
- Taylor, E. J. (2015). Spiritual Assessment. Em B. R. Ferrell, N. Coyle, & J. Paice (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (4.<sup>a</sup> ed., pp. 531–545). Oxford University Press.  
[https://stikeskeluargabunda.ac.id/app\\_other/file/buku/materi\\_1614913129.pdf](https://stikeskeluargabunda.ac.id/app_other/file/buku/materi_1614913129.pdf)
- Thomas, J. C., Burton, M., Quinn Griffin, M. T., & Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-Transcendence, Spiritual Well-Being, and Spiritual Practices of Women With Breast Cancer. *Journal of Holistic Nursing*, 28(2), 115–122.  
<https://doi.org/10.1177/0898010109358766>
- Trueman, I., & Parker, J. (2006). Exploring community nurses' perceptions of life review in palliative care. *Journal of clinical nursing*, 15(2), 197–207.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01244.x>

- Van Meurs, J., Smeets, W., Vissers, K. C. P., Groot, M., & Engels, Y. (2018). Nurses Exploring the Spirituality of Their Patients with Cancer: Participant Observation on a Medical Oncology Ward. *Cancer Nursing, 41*(4), E39–E45.  
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000526>
- Viftrup, D. T., Laursen, K., & Hvidt, N. C. (2021). Developing an Educational Course in Spiritual Care: An Action Research Study at Two Danish Hospices. *Religions, 12*(10), 827. <https://doi.org/10.3390/rel12100827>
- Voetmann, S. S., Hvidt, N. C., & Viftrup, D. T. (2022). Verbalizing spiritual needs in palliative care: a qualitative interview study on verbal and non-verbal communication in two Danish hospices. *BMC Palliative Care, 21*(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00886-0>
- Walker, A., & Breitsameter, C. (2017). The Provision of Spiritual Care in Hospices: A Study in Four Hospices in North Rhine-Westphalia. *Journal of Religion and Health, 56*, 2237–2250. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0396-y>
- Walsh, S. M., Radcliffe, R. S., Castillo, L. C., Kumar, A. M., & Broschard, D. M. (2007). A pilot study to test the effects of art-making classes for family caregivers of patients with cancer. *Oncology nursing forum, 34*(1), 38. <https://doi.org/10.1188/07.ONF.E9-E16>
- Wasner, M., Longaker, C., Fegg, M. J., & Borasio, G. D. (2005). Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliative Medicine, 19*(2), 99–104.  
<https://doi.org/10.1191/0269216305PM995OA>
- Willis, D. G., & Leone-Sheehan, D. M. (2018). Watson's Philosophy and Theory of Transpersonal Caring. Em M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work* (9.<sup>a</sup> ed., pp. 66–79). Elsevier.
- Wittenberg, E., Ragan, S. L., & Ferrell, B. (2017). Exploring Nurse Communication About Spirituality. *The American journal of hospice & palliative care, 34*(6), 566–571.  
<https://doi.org/10.1177/1049909116641630>

World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes : policies and managerial guidelines*. (Health & Development Networks, Ed.; 2.<sup>a</sup> ed.).

World Health Organization. (2014). Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. Em *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy* (Vol. 28, Número 2).

<https://doi.org/10.3109/15360288.2014.911801>

Xiao, J., Chow, K. M., Choi, K. C., Ng, S. N. M., Huang, C., Ding, J., & Chan, W. H. C. (2022). Effects of family-oriented dignity therapy on dignity, depression and spiritual well-being of patients with lung cancer undergoing chemotherapy: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 129.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104217>