



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem  
Oncológica  
Relatório de Estágio**

**A Teleconsulta como Intervenção de Enfermagem  
com a Pessoa em Situação Paliativa**

**Inês Filipa Martins Duarte**

---

**Lisboa  
2023**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem  
Oncológica**  
Relatório de Estágio

**A Teleconsulta como Intervenção de Enfermagem  
com a Pessoa em Situação Paliativa**

**Inês Filipa Martins Duarte**

---

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dra. Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

---

**Lisboa  
2023**

*As pessoas são solitárias porque constroem muros ao invés de pontes*

Antoine Saint-Exupery, O Príncipezinho

## **Agradecimentos**

À Professora Orientadora, Professora Doutora Eunice Sá, pela paciência e por acreditar em mim quando eu própria pensava já não ser possível.

Às Enfermeiras Orientadoras, Enf<sup>a</sup> Joana, Enf<sup>a</sup> Catarina e Enf<sup>a</sup> Dulce por partilharem comigo toda a vossa experiência.

À Enf<sup>a</sup> Amélia, à Dulce, à Dora P, à Clara, à Dora S e à Nídia pela amizade, pelo incentivo e por toda a resiliência.

A todos os meus colegas de equipa multidisciplinar pela partilha desde objetivo comum.

À minha família, em especial à filha Beatriz, à mãe Isabel e à avó Helena, por todo o tempo que não estive junto de vocês, mas que permaneceram sempre perto do meu coração.

A todos os doentes e famílias que acreditaram ser possível.

Obrigada.

## **Siglas e Abreviaturas**

APA - Associação Portuguesa de Psicologia

CDE – Código Deontológicos dos Enfermeiros

CP – Cuidados Paliativos

CT – Consulta Telefónica

ECCL – Equipa Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EONS - *European Oncology Nursing Society*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IPO-S – *Integrated Palliative Outcome Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

## **Resumo**

O presente Relatório de Estágio insere-se no plano curricular do Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção de Enfermagem Oncológica, e pretende descrever o percurso que se iniciou na unidade curricular de Opção II, com o planeamento de um projeto para implementação e que se deu continuidade com a Unidade Curricular Estágio com Relatório para aplicação do projeto e respetiva avaliação, culminando com a entrega deste relatório.

O Estágio foi dividido por três locais distintos, tendo iniciado o percurso por uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, tendo depois progredido para uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos de um Hospital Oncológico e de seguida para uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos de um Hospital Central de Lisboa. No decorrer do estágio, foi notório o papel fundamental desempenhado pelos enfermeiros no acompanhamento à distância do doente em fim de vida e sua família, quer no apoio emocional prestado durante esta fase, quer no controlo sintomático. A teleconsulta permite um aumento da eficácia da comunicação pela facilidade do contacto quando surge algum sintoma, uma poupança de custos monetários e uma maior qualidade dos cuidados de enfermagem no atendimento. Assim, evitam-se deslocações ao hospital, mantendo a proximidade da família, experienciando conforto e mantendo a dignidade e o respeito.

Para garantir uma prestação de cuidados de forma holística e individualizada, opta-se por utilizar como referencial teórico, a Teoria de Final de Vida Pacífico de Cornelia Ruland e Shirley Moore, como suporte à implementação da Teleconsulta de Enfermagem em Cuidados Paliativos. Foi construído um Manual de Boas Práticas da Teleconsulta de Enfermagem que permitiu a uniformização dos cuidados prestados neste âmbito, e inclui várias ferramentas como recomendações para a prática, fluxograma da teleconsulta, escala de avaliação de sintomas e algoritmo de agendamento da teleconsulta.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Cuidados Paliativos, Teleconsulta (DeCS)

## **Abstract**

The present Internship Report is part of the curricular plan of the Master's Course in the Specialization Area of Medical-Surgical Nursing, in the intervention area of Oncology Nursing, and aims to describe the path that began in the Curricular Unit of Option II with the project planning for implementation and which continues with the Curricular Unit of Internship with Report for the application of the project and respective evaluation, culminating in the delivery of this report.

The Internship was divided into three different locations, starting with a Community Support Team in Palliative Care, progressing to an Intra-Hospital Support Team in Palliative Care at an Oncology hospital and then to an Intra-Hospital Support Team in Palliative Care of a Lisbon Central Hospital. During the internship, the fundamental role played by the nurses in the remote monitoring of the patient at the end of life and his family was evident, both in the emotional support provided during this phase, but fundamentally, in the symptomatic control. Teleconsultation allows an increase in the effectiveness of communication due to the ease of contact when a symptom appears, savings in monetary costs and a higher quality of nursing care in attendance. Therefore, deslocations to the hospital are avoided, keeping the family close, experiencing comfort and maintaining dignity and respect.

In order to guarantee a holistic and individualized care, we chose to use Cornelia Ruland and Shirley Moore's Peaceful End-of-Life Theory as a theoretical framework to support the implementation of Nursing Teleconsultation in Palliative Care. A Manual of Good Practices of Nursing Teleconsultation was created, which allowed for the standardization of care provided in this area, and includes several tools such as recommendations for practice, teleconsultation flowchart, symptom assessment scale and teleconsultation scheduling algorithm.

**Keywords:** Nursing, Palliative Care, Teleconsultation (DeCS)

# Índice

Introdução .....	10
1. Enquadramento Conceptual.....	15
1.1 Teoria de Final de Vida Pacífico de Cornelia Ruland e Shirley Moore .....	15
1.2 A Teleconsulta de Enfermagem em Cuidados Paliativos.....	17
2. Execução Das Atividades Previstas .....	20
2.1 Diagnóstico da situação.....	20
2.2 Planeamento .....	21
2.3 Atividades realizadas .....	24
3. Avaliação.....	34
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	34
3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica à Pessoa em Situação Paliativa .....	37
3.3 Competências Específicas do Cancer Nursing Education Framework da European Oncology Nursing.....	38
3.4 Competências de Mestre.....	39
3.5 Pontos Fortes e Pontos Fracos.....	39
3.6 Contributos da Implementação do Projeto na Melhoria da Qualidade dos Cuidados Prestados .....	40
3.7 Considerações Éticas .....	41
4. Conclusões E Trabalho Futuro .....	42
Referências Bibliográficas .....	44
Apêndices.....	47
Apêndice I - Questionário de Diagnóstico dirigido à Equipa Multidisciplinares e Resultados	
Apêndice II Descrição das Tarefas e Resultados Esperados	

Apêndice III – Cronograma Geral e de Atividades

Apêndice IV - Descrição da Missão, Valores e Organização da ECSCP A

Apêndice V - Descrição da Missão, Valores e Organização da EIHSCP – Hospital B

Apêndice VI - Revisão *Scoping* da Literatura

Apêndice VII - Manual de Boas Práticas da Teleconsulta de Enfermagem

Apêndice VIII - Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs – ECSCP A

Apêndice IX - Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs – EIHSCP – Hospital B

Apêndice X - “Orientações Telefônicas” - ECSCP A

Apêndice XI - Poster apresentado no III Encontro Internacional de Cuidados de Enfermagem

Apêndice XII – Poster apresentado no 2º Webinar do Departamento Médico-Cirúrgico / Adulto e Idoso da ESEL

Anexos.....121

Anexo I - *Integrated Palliative Outcome Scale* – IPO-S

## Introdução

No âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi elaborado o presente relatório intitulado “A Teleconsulta como Intervenção de Enfermagem com a Pessoa em Situação Paliativa” decorrente da implementação de um projeto de intervenção. Este relatório tem assim como finalidade narrar de forma crítica o trabalho contínuo produzido durante os diferentes estágios, aliado à resolução de uma problemática previamente identificada.

Segundo Benner (2001), que aplicou à Enfermagem o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências, a enfermeira competente é aquela que se consegue aperceber da implicação a longo prazo da sua intervenção no plano de cuidados do doente. Patamar em que considero estar incluída a minha prática pela capacidade de estabelecer um plano de cuidados baseado na análise consciente da importância do envolvimento do doente em situação paliativa, da família que o acompanha e da situação social em que se insere. Partindo do reconhecimento da necessidade de uma intervenção especializada em cuidados paliativos (CP), passando para o controlo sintomático aliado à prestação de apoio emocional, e terminando em cuidados personalizados em fim de vida.

Assim, este projeto teve como objetivo desenvolver competências que me permitessem alcançar o patamar de enfermeira perita (Benner, 2001) e desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirurgia (EEEMC) na área clínica para a utilização das novas tecnologias em benefício do acompanhamento à distância do doente em situação paliativa, e no campo da investigação, para a pesquisa e utilização da mais recente evidência científica nos cuidados a prestar.

Assumi como prioridade a criação de uma estratégia sistemática para acompanhamento à distância dos doentes em situação paliativa e que ao mesmo tempo permitisse uma avaliação holística e o mais credível possível das suas necessidades. Esta intervenção é sustentada ainda pelos objetivos curriculares do curso, nas recomendações da *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018), nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de Bolonha (Decreto-Lei nº 107/2008) e nas competências

definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Tenho como objetivos gerais desenvolver competências do EEEMC na identificação das necessidades, planeamento dos cuidados e execução dos mesmos à pessoa em situação paliativa e sua família e promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa e sua família, acompanhados pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

Este projeto surgiu da minha própria dificuldade em sistematizar a minha intervenção numa consulta de enfermagem sem presença de utente já implementada na EIHSCP do Hospital C, e da necessidade de colher, analisar e obter indicadores de resultado da prática de enfermagem no acompanhamento à distância da pessoa em situação paliativa.

Em Portugal, nos últimos anos temos assistido a uma mudança de paradigma no cuidar da pessoa, associado a uma sociedade cada vez mais envelhecida e a um aumento da esperança média de vida à nascença para 80,93 anos, aumento este de cerca de dois anos na última década. A esperança de vida aos 65 anos foi estimada em 19,61 anos, mas é necessário considerar a existência de limitações devido a problemas de saúde, a estimativa de anos de vida saudável aos 65 anos é de 7,3 anos (INE, 2020).

Este é o desafio a ser enfrentado pelas nossas instituições, proporcionando mais e melhores cuidados mesmo numa altura em que é transmitido ao doente “que não há mais nada a fazer”. Mas existe muito mais a fazer! O foco deixou de ser a doença, para passar a ser aquilo que o doente/família considerar importante e necessário para manter a sua vida, tendo em conta as complicações inerentes a um processo de doença.

A primeira definição de CP pela Organização Mundial de Saúde (OMS) surge em 1990, tendo sido reformulado em 2002, mas onde é desde logo estabelecida a necessidade de aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida do doente e da sua família, e deve ser aplicado o mais cedo possível no decurso de uma doença grave e incurável, através de uma identificação precoce, avaliação adequada e tratamento dos problemas físicos, psico-sociais e espirituais (World Health Organization, 2002).

A palavra paliar tem origem no latim *palliāre* que significa cobrir com capa, com um manto, o que faz a ponte para a proteção do doente, para o atenuar e aliviar o sofrimento sentido pelos mesmos e sua família (Infopédia Online).

Os princípios dos CP, segundo World Health Organization (2020), incluem reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural; prestar cuidados que não acelerem a chegada da morte, mas que também não prologuem a vida com medidas desproporcionais; aliviar a dor e outros sintomas que causem sofrimento; integrar aspetos psicológicos e espirituais nos planos de cuidados; oferecer apoio à família para que esta consiga enfrentar a doença e sobreviver ao período de luto.

Tendo em conta a génese dos CP, tornou-se fundamental o acompanhamento das pessoas em situação paliativa mesmo quando não se encontram de forma presencial juntos dos profissionais de saúde.

A consulta sem presença de utente da EIHS CP do Hospital C existe desde 2007, mas sempre funcionou de uma forma pouco estruturada, dependendo a avaliação dos doentes/família das diferentes competências dos enfermeiros que a realizavam. Porém, é reconhecida pela equipa de enfermagem a necessidade de desenvolver instrumentos para o desenvolvimento da prática de cuidados nesta área. Só em 2020, foram realizadas 2630 consultas de enfermagem sem presença de utente, número que acredito estar aquém da realidade, uma vez que no início desse mesmo ano foi iniciado o processo de informatização dos registos de enfermagem.

Atualmente, o horário de funcionamento da consulta telefónica (CT) vai desde as 8h até às 20h em dias úteis. Na primeira consulta presencial é explicada a existência de um número direto para o serviço e o horário em que o podem utilizar. Informação que se encontra no cartão entregue no final da consulta. É sempre entregue um cartão ao doente e outro ao familiar que o acompanha.

O atendimento telefónico é normalmente realizado por qualquer enfermeiro da EIHS CP disponível no momento para atender o telefone, em simultâneo com a realização de outras atividades, pelo que está sujeito a interrupções ou outras solicitações. Mesmo quando o telefonema parte da equipa de enfermagem, é necessário fazê-lo de forma muito sucinta e circunscrita por forma a ser capaz de responder da mesma forma à restante atividade da unidade. A inexistência de uma CT estruturada e organizada pode levar a uma prestação de cuidados sem garantia de qualidade e eficiência e à não identificação de necessidades importantes para a pessoa/família.

O modo habitual de funcionamento da CT, passa pela identificação do autor, do nome do doente (se não for este a realizar a chamada) e o motivo do telefonema. Deste contacto inicial decorre naturalmente uma intervenção, que é registada no processo informático do doente.

À auscultação da EIHSCP do Hospital C foi evidente a necessidade de inovação no acompanhamento dos doentes e famílias que se encontram no seu domicílio. É reconhecida a intervenção da equipa de enfermagem no contacto à distância pois garante a continuidade de cuidados, é uma fonte de suporte emocional, permite a identificação de novas necessidades, o que leva ao ensino e capacitação dos doentes e famílias, permite o esclarecimento de dúvidas, uma avaliação da situação clínica que proporciona um melhor controlo sintomático, através da gestão da terapêutica instituída. Mais segurança e confiança, menos ansiedade e medo (APÊNDICE I).

Falando de CP, e apesar de não serem sinónimos, é fundamental falar de últimos dias de vida. E também aqui, é essencial prestarmos mais e melhores e cuidados de enfermagem, apoiando doentes e famílias nesta fase. Assim, a equipa multidisciplinar considerou a intervenção de enfermagem como uma mais-valia na diminuição do sentimento de “abandono”, no aumento da sensação de segurança através da gestão de medos e incertezas, no apoio no controlo sintomático, no suporte emocional e na capacitação para a prestação de cuidados diretos ao doente, saber o que esperar e o que fazer.

Uma das formas para garantir a continuidade de cuidados após a consulta de CP presencial passa pela teleconsulta de enfermagem. Que pode ser uma intervenção autónoma ou interdependente conforme o objetivo da mesma ou do problema apresentado pelo doente ou família.

É, portanto, neste enquadramento que surge o presente projeto tendo como objetivo gerais a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE, de competências específicas do EEEMC e de mestre, bem como contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

De forma a atingir estes objetivos realizei estágios clínicos em três locais distintos, em contexto de cuidados à pessoa em situação paliativa e sua família, que posteriormente, mencionarei. Para a elaboração deste relatório defini como objetivos: descrever e analisar o resultado das atividades planeadas neste projeto; enunciar o

desenvolvimento de competências do EEEMC; e analisar os contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este relatório está organizado em quatro diferentes capítulos. O primeiro capítulo inicia-se com o enquadramento conceptual que serviu de base para o desenvolvimento do projeto juntamente com os contributos da Teoria de Final de Vida Pacífico de Cornelia Ruland e Shirley Moore, seguido da metodologia utilizada, que inclui o diagnóstico da situação, os objetivos e o planeamento das atividades para a concretização dos mesmos. No terceiro capítulo irei analisar de forma crítica as atividades realizadas e os resultados obtidos, focando a avaliação das competências de EEEMC, na área de especialização à Pessoa em Situação Paliativa e de mestre, que foram desenvolvidas, bem como os princípios éticos que foram tidos em consideração. Por último, o quarto capítulo será a conclusão de todo o trabalho desenvolvido, o contributo deste projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e a perspetiva futura da sua continuidade.

Este relatório foi elaborado segundo o manual para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2023) e como modelo de referências bibliográficas foi utilizada a norma da Associação Portuguesa de Psicologia (APA) 7ª edição.

# 1. Enquadramento Conceptual

Este capítulo centra-se nos conceitos enquadradores do projeto – **Teoria de Final de Vida Pacífico de Cornelia Ruland e Shirley Moore** e **A Teleconsulta de Enfermagem em Cuidados Paliativos** - que foi necessário aprofundar, por forma a permitir a implementação deste projeto.

## 1.1 Teoria de Final de Vida Pacífico de Cornelia Ruland e Shirley Moore

Para me auxiliar na intervenção e por forma a garantir uma prestação de cuidados holísticos e individualizados, tendo em conta a evidência científica, opto, numa perspetiva teórica, pela Teoria de Final de Vida Pacífica de Cornelia Ruland e Shirley Moore (1998).

Cornelia Ruland e Shirley Moore em 1998 desenvolveram a Teoria do Final de Vida Pacífica. Segundo os critérios de Fawcett (2005) esta é uma teoria de médio alcance preditiva, tornando-se numa forma prática dos enfermeiros interligarem as perspetivas filosóficas da disciplina com o mundo real e as aplicações da teoria à prática clínica, permitindo estabelecer relações precisas entre conceitos. A Teoria de Final de Vida Pacífica tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e atingir um fim de vida pacífico, relacionado com as intervenções de enfermagem e resultados específicos para este grupo de doentes. Esta teoria baseia-se na Teoria de Conforto de Kolcaba, mantendo os quatro contextos de experiência: físico, psicoespiritual, social e ambiental. Mas enquanto a teoria de conforto se concentra em ações para aumentar o nível de conforto para um resultado esperado positivo, a teoria de final de vida pacífico auxilia o doente e família a alcançar uma morte pacífica (Hansen, 2018).

A teoria de Ruland e Moore é assim sustentada por cinco conceitos fundamentais (Zaccara, Costa, Nóbrega, França, Morais, Fernandes, 2017):

- Não ter dor: evitar que o doente experimente sofrimento ou desconforto, pois a dor é uma experiência desagradável na sua totalidade;
- Experimentar conforto: o alívio do desconforto, o relaxamento e a satisfação fazem parte de uma vida prazerosa, proporcionando bem-estar;

- Dignidade e respeito: o doente é um ser com autonomia e merecedor de respeito, têm que se considerar as suas vontades, mesmo que este seja dependente; transmitir ao doente o seu próprio valor, que envolve ser reconhecido e respeitado como um igual e não ser exposta a algo que viole a sua integridade e os seus valores;

- Estar em paz: proporcionar maior tranquilidade nos aspetos físicos, psicológicos e espirituais; transmitir uma sensação de calma e harmonia, não dando espaço à ansiedade, ao nervosismo, ao medo e às preocupações;

- Proximidade com as pessoas importantes: permitir que o doente em fim de vida tenha uma maior proximidade com os seus familiares, amigos e/ou pessoas que cuidam dele; sentimento de ligação com os que o rodeiam.

As experiências do doente de não estar com dor, conforto, dignidade e respeito, estar em paz e próximo de quem lhe é importante contribui para um fim de vida pacífico.

No que diz respeito ao metaparadigma inerente à prática de enfermagem, e segundo os critérios de Fawcett, podem ser definidos como (Zaccara et al, 2017):

- Pessoa: ser único, cujos acontecimentos e sentimentos no processo de final de vida são pessoais e individuais em cada ser vivo;

- Enfermagem: tem o papel de proporcionar o melhor cuidado possível ao doente em fim de vida com recurso à tecnologia e medidas de bem-estar com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e alcançar uma morte tranquila;

- Saúde: a procura em minimizar a dor e o desconforto sofrido pelo doente em fim de vida;

- Meio Ambiente: o espaço que proporciona o melhor estado de harmonia e tranquilidade, junto da família e das pessoas que lhe são próximas.

Em suma, a Teoria Final de Vida Pacífico destaca-se na semelhança dos seus conceitos e pressupostos aos princípios dos Cuidados Paliativos. Nesta teoria o foco principal do cuidado de enfermagem não está na iminência do morrer, mas na possibilidade de contribuir para viver de forma pacífica e significativa no tempo que resta aos doentes. Propõe o alívio dos medos e ansiedades de pessoa e família. Desta forma, o enfermeiro deve promover um final de vida mais tranquilo, e não simplesmente completar rotinas da sua intervenção (Zaccara, Batista, Vasconcelos, Dias, Aguiar, Costa, 2020).

## 1.2 A Teleconsulta de Enfermagem em Cuidados Paliativos

A Ordem dos Enfermeiros (OE), impulsionada pela pandemia *COVID-19* que vivemos nos últimos tempos, pela necessidade de dar uma resposta à distância aos problemas identificados pelos doentes, e por forma a orientar a prática de todos os enfermeiros, emite o Parecer nº 53/2021 (OE, 2021) sobre a teleconsulta de enfermagem, distinguindo as várias respostas possíveis a serem dadas pelos enfermeiros. Analisando o documento, foi então possível identificar o que já era realizado, como a consulta de enfermagem não presencial, que ocorre sem a presença física do doente e que este contacto pode ser síncrono ao assíncrono. Já por outro lado, temos a teleconsulta de enfermagem que é uma consulta de enfermagem no âmbito da telessaúde, realizada à distância, com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente.

A telessaúde pode ser assim considerada como o aproveitamento dos recursos das tecnologias de informação e comunicação para apoiar à distância a saúde nas vertentes da prestação de cuidados, da organização dos serviços e da formação dos profissionais e cidadãos.

Ou seja, além da teleconsulta de enfermagem obrigar a uma interação em tempo real com os doentes e famílias, pode também ser um momento de partilha de informações e consultadoria junto de outros profissionais de saúde. O uso da telessaúde está a aumentar exponencialmente em vários serviços de saúde à volta do mundo (Funderskov, Danbjørg, Jess, Munk, Zwisler, Dieperink, 2019). A possibilidade de utilização de uma plataforma que permita a realização de uma videoconferência é uma mais-valia na avaliação clínica dos doentes e suas famílias em tempo real, que muitas vezes não era possível utilizando um telefone. Assim, é evidente que a teleconsulta permite um aumento da eficácia em termos clínicos, uma poupança em termos de custos monetários e uma maior qualidade no atendimento e na comunicação, evitando deslocações além do necessário.

Também Van Gurp, Van Selm, Vissers, Van Leeuwen, Hasselaar (2015) defendem os benefícios da telemedicina nos CP, como um recurso facilitador da comunicação

direta e centrada no doente, entre o doente e a sua família, os cuidados de saúde primários e as equipas especializadas em CP.

A utilização da telessaúde em CP é geralmente bem aceite, uma vez que tem vindo a ser da preferência dos doentes e famílias manterem-se no seu domicílio sempre que possível (Funderskov, Raunkiaer, Danbjørg, Zwisler, Munk, Jess, Dieperink, 2019).

Funderskov et al (2019) referem ainda o incremento da utilização da telemedicina nos cuidados paliativos uma vez que aumenta a eficácia nos cuidados aos doentes com necessidades paliativas.

Assim, os objetivos da teleconsulta passam por (Martins e Lopes, 2010):

- Garantir a continuidade de cuidados ao doente/família acompanhado pela EIHSCP;
- Identificar a necessidade de intervenção em algum problema identificado pelo doente/família ou pela equipa multidisciplinar;
- Promoção do conforto do doente, tendo em conta as alterações passíveis de ocorrer mediante a sua condição de doença;
- Prestar apoio emocional ao doente e família.

A possibilidade da utilização de video favorece a comunicação não verbal e a compreensão da linguagem corporal e das expressões faciais (Funderskov et al, 2019).

Cabe à equipa multidisciplinar que acompanha o doente certificar-se que é um “porto de abrigo” independentemente das dificuldades sentidas, permitindo uma articulação eficaz e eficiente quando a resposta dada não é suficiente.

A intervenção dos EE não passa então por proporcionar os melhores cuidados de acordo com as vontades e desejos dos doentes e famílias? E não poderá essa vontade passar por permanecer o máximo de tempo possível no seu domicílio, evitando deslocações ao hospital?

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 108.º - do respeito pela pessoa em situação de fim de vida: “O enfermeiro, ao acompanhar a pessoa nas diferentes etapas de fim de vida, assume o dever de: a) Defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida; b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela

pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (Lei nº 156/2015, 2015, p. 8103).

Em suma, a prestação de CP à distância auxilia a pessoa em situação paliativa a controlar sintomas, a estabelecer objetivos de cuidados realistas e a melhorar a sua qualidade de vida (Tan, Yamarik, Brody, Chung, Grudzen, The EMPallA Telephonic Working Group, 2021). Além disso, permite uma maior proximidade em fim de vida, o que por vezes não é possível pelas dificuldades existentes no transporte de doentes fráteis e pela distância que têm que percorrer (Dhiliwal et Salins, 2015; Samara, Wain-Man, Kroon, Harvie, Hingeley, 2021)

## 2. Execução Das Atividades Previstas

Por forma a dar resposta aos objetivos definidos, optou-se por seguir a metodologia de projeto. Esta metodologia é reflexiva e sustentada pela investigação de forma sistemática e participativa, visando a identificação de problemas e a sua resolução através da prática (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). O tiro de partida para o desenvolvimento do projeto é então a vontade de responder a determinada necessidade ou problema (Guerra, 2002).

Segundo Ruivo et al (2010), a metodologia de projeto desenvolve-se através de cinco fases: o diagnóstico da situação, a definição de objetivos, o planeamento, a execução/avaliação e a divulgação dos resultados, que neste caso em específico passa pela elaboração deste relatório de estágio. Começando então pela revisão da literatura, a sua análise e a conclusão da resolução de um problema, assumem-se os princípios da prática baseada na evidência.

### 2.1 Diagnóstico da situação

A primeira etapa, **identificação e diagnóstico da situação**, tem como objetivo primordial o entendimento dos motivos/características da realidade em que se pretende intervir. Assim, este capítulo incide sobre a reflexão necessária para a identificação do problema, incluindo a pertinência da existência da teleconsulta de enfermagem para doentes acompanhados em CP, tal como as intervenções de enfermagem a ter durante a implementação e execução dessa mesma teleconsulta.

Deste modo, o presente projeto de intervenção teve por base a complexidade em identificar as necessidades da pessoa em situação paliativa e sua família enquanto permanecem no seu domicílio. E a dificuldade em colher, analisar e obter indicadores de resultado da prática de enfermagem na EIHSCP do Hospital C.

Previamente à implementação deste projeto de intervenção apenas era possível a realização de CT para acompanhamento à distância, mas esta por si já trazia limitações na avaliação dos doentes. Além disso, apesar de existir o registo informático em campo próprio, não era muitas vezes agendado novo contacto que permitisse a avaliação dos resultados da intervenção realizada.

Assim, e já como referido anteriormente, a implementação da teleconsulta em CP permite uma comunicação direta com o doente/família e uma avaliação clínica em tempo real, levando a um aumento da eficácia no que toca à rapidez do diagnóstico e respetivo controlo sintomático.

A ausência de um plano individualizado de cuidados não permite avaliar a evolução sintomática da pessoa em situação paliativa, nem obter dados mensuráveis sobre os cuidados e práticas de enfermagem previamente implementadas.

Tornou-se assim pertinente a existência de um manual de boas práticas que englobasse recomendações a ter em conta durante a teleconsulta e um algoritmo de agendamento da teleconsulta.

## 2.2 Planeamento

Na fase do **planeamento** foi delineado um percurso com base num processo contínuo e dinâmico que possibilitou perceber a realidade. Nesta fase foi possível definir as atividades a desenvolver, os recursos necessários e ainda definir os resultados esperados, APÊNDICE II, de acordo com o desenvolvimento e integração das competências esperadas. Assim, com base nos objetivos do projeto, no conhecimento dos recursos e nas competências específicas do cuidado à pessoa em situação paliativa e família que se pretendiam desenvolver, foram definidas atividades explicitadas no cronograma em APÊNDICE III. Guerra (2002) refere que o planeamento das atividades é um documento estruturante da priorização sistematizada das atividades calendarizadas em função dos respetivos objetivos e de fácil consulta.

Torna-se assim importante o conhecimento dos diferentes contextos onde se desenvolveu este projeto e os recursos disponíveis para a execução dos mesmos.

Este projeto, na sua componente prática, desenvolveu-se ao longo de 18 semanas, repartidas por três instituições distintas. A escolha dos locais de estágio recaiu sobre a contribuição dos mesmos para a delineação de um plano estratégico de atuação na realização da teleconsulta de enfermagem, permitindo o desenvolvimento das atividades propostas. Ou seja, todos os locais de estágio se complementavam na aquisição de diferentes competências para a finalização deste projeto.

Para evitar repetição, os objetivos e atividades planeadas serão elencadas no

subcapítulo seguinte.

## **1 ° ENSINO CLÍNICO - ECSCP A**

A primeira referência à prática de medicina paliativa em Portugal remonta ao ano de 1992. Mas apenas em 1997 é criada a primeira Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Esta equipa surgiu de um projeto piloto e foi inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Em 2006 é regulada a atividade da equipa, enquanto equipa de cuidados e ações paliativas, através do decreto-lei nº 101/2006. Onde a prestação de CP centra-se no alívio do sofrimento das pessoas, na provisão de conforto e qualidade de vida e no apoio às famílias, segundo os níveis de diferenciação consignados no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, do Plano Nacional de Saúde. Passando a nomear-se ECSCP em 2009, e fica no ativo juntamente com a Equipa de Cuidados Continuados e Integrados (ECCI).

Em 2018, existe então a separação entre a RNCCI e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), e passam a estar sob diferentes alçadas.

A ECSCP onde desenvolvi o meu estágio é uma unidade funcional de um ACES da periferia de Lisboa, que presta cuidados de uma forma integrada e de grande proximidade à população, em articulação com as restantes unidades funcionais e em parceria com estruturas da comunidade local.

É formada por uma equipa multidisciplinar que, de acordo com a especificidade de cada área de intervenção e as competências pessoais, técnicas e científicas dos seus elementos, procura dar resposta às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida.

A ECSCP é constituída por doze enfermeiros, três assistentes operacionais, três médicos, uma assistente social (tempo parcial), psicóloga (tempo parcial), fisioterapeuta e assistente técnica, que se encontram partilhados por dois polos.

Esta ECSCP, em particular, funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 17h, sábados e feriados das 8h às 15h e ao domingo apenas são realizadas visitas programadas de acordo com as necessidades identificadas. Além disso, é garantido o acompanhamento à distância através do atendimento telefónico e correio eletrónico de segunda a sexta-feira das 8h às 17h, sábados e feriados das 8h às 15h.

A prestação de cuidados tem por base a metodologia de “gestão de caso”, sendo este um processo colaborativo no âmbito do qual se executa uma avaliação diagnóstica, planeamento, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços, com vista a responder, em momento oportuno, com qualidade, às necessidades e potencialidades do indivíduo, de modo a garantir a eficiência e eficácia na prestação de cuidados (Martins e Fernandes, 2010). Assim, a admissão de um utente na ECSCP é efetuada com o enfermeiro “gestor de caso” e um médico, sendo depois articulado com os restantes membros da equipa multidisciplinar, assistente social e psicóloga (que trabalham a tempo parcial na equipa), conforme as necessidades identificadas. A partir daí, o acompanhamento é realizado pelo enfermeiro “gestor de caso”, e se necessário, é solicitada a intervenção do médico.

Já em relação ao apoio telefónico, é assegurado de segunda a sexta-feira, das 8h às 15h, ficando um dos membros da equipa de enfermagem responsável por esta atividade.

## **2º ENSINO CLÍNICO - EIHSCP - HOSPITAL B**

A par com a criação de ECSCP foram-se desenvolvendo EIHSCP.

A EIHSCP onde realizei o meu segundo ensino clínico desenvolve a sua atividade num hospital de cuidados diferenciados no centro de Lisboa. Tem como objetivo a prestação de CP de forma integrada com os tratamentos dirigidos a uma doença oncológica, em toda a sua trajetória, e são extensíveis à família.

A EIHSCP funciona de 2ª a 6ª feira das 8h às 16h e é constituída por três médicos, sete enfermeiras, uma assistente operacional, duas assistentes sociais e uma psicóloga a tempo parcial. Repartindo-se por diferentes valências, de forma rotativa, tais como a consulta externa, o apoio ao internamento, o apoio telefónico e o apoio domiciliário (este último, funciona 365 dias por ano).

A EIHSCP é ainda responsável pela referenciação de doentes à RNCP.

O trabalho da equipa multidisciplinar permite que os doentes possam permanecer na sua residência com acompanhamento médico, de enfermagem e social adequados. As visitas regulares de médico, enfermeiro e assistente social são programadas de acordo com as necessidades dos doentes e permitem adequar a

medicação e os cuidados, melhorando o conforto das pessoas e vigiando a evolução da doença, de forma a adequar os cuidados aos objetivos dos doentes e das famílias.

Quando surge uma situação que não possa ser resolvida no domicílio, por necessidade de tratamentos mais complexos ou por outra razão, a equipa entra em contacto com o médico de referência do doente e promove-se uma solução mais adequada – em internamento ou outra.

Os elementos da equipa de enfermagem são distribuídos diariamente pelas diferentes funções anteriormente descritas, ficando habitualmente o enfermeiro responsável pelo apoio telefónico também responsável pelo apoio ao internamento.

### **3º ENSINO CLÍNICO - EIHS CP – HOSPITAL C**

A EIHS CP do Hospital C foi fundada no ano de 2007, com uma pequena equipa de médico, enfermeira, psicóloga e assistente social, que ao longo do tempo foi crescendo, contando agora com o trabalho de três médicos, 6 enfermeiros, 3 psicólogos e 3 assistentes sociais. Dá resposta às necessidades dos doentes tanto a nível da consulta externa como ao nível do apoio ao internamento, funcionando todos os dias úteis das 8h às 20h. Tal como descrito nos contextos anteriores o apoio telefónico é permanente e fundamental, mas acredito existirem outras formas de auxiliar os doentes mais e melhor.

Neste contexto o acompanhamento à distância é realizado através do telefone, não havendo distribuição de um enfermeiro específico para esta função, cabendo a toda a equipa a resposta a esta atividade, gerando uma dificuldade na sistematização da intervenção e registo da mesma.

## **2.3 Atividades realizadas**

A fase de **execução da metodologia de projeto** assume uma particular importância uma vez que possibilita a concretização do projeto que tinha vindo a ser delineado, colocando em prática tudo o que foi planeado nos pontos anteriores (Ruivo et al, 2010). De seguida apresento a descrição e análise reflexiva dos objetivos traçados, tendo em conta as atividades implementadas e os resultados alcançados. Optei por, de

forma subsequente, proceder à descrição das atividades realizadas e à discussão dos resultados obtidos durante o seu desenvolvimento.

Os objetivos gerais descrevem as linhas de trabalho e assumem-se como orientações para a intervenção na resolução do problema previamente identificado. Que, por sua vez, levam à construção de objetivos específicos que vão exprimir os resultados que se pretendem atingir. Estes, devem ser operacionais, claros, precisos e mensuráveis dado que são a base para a avaliação do projeto (Guerra, 2002).

Surgiram assim dois objetivos gerais: desenvolver competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da identificação das necessidades, planeamento dos cuidados e execução dos mesmos junto da pessoa em situação paliativa e sua família; e promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa e sua família, acompanhados pela EIHSCP. Tal como já anteriormente apresentados.

A definição dos objetivos específicos reflete a evolução pretendida ao longo do tempo de ensino clínico. Em comum, todos serviços mencionados anteriormente têm como estratégia a manutenção do apoio telefónico aos doentes no horário estabelecido, esclarecendo dúvidas e prevenindo o aparecimento de complicações.

Deste modo, para os estágios realizados na ECSCP A e na EIHSCP – Hospital B estabeleci os mesmos objetivos específicos e respetivas atividades para os atingir refletindo-se a evolução entre os locais nos indicadores de resultados, que passo agora a descrever.

O primeiro objetivo específico foi **descrever a dinâmica da organização e gestão de cuidados do serviço, integrando a equipa multidisciplinar**, estabelecendo como atividades a consulta de protocolos e *guidelines* do serviço e da instituição e a observação das dinâmicas da equipa multidisciplinar, incluindo reuniões multidisciplinares.

Ao longo do tempo de ensino clínico tanto na ECSCP A e na EIHSCP – Hospital B, foi possível o acesso aos protocolos já instituídos nos serviços, bem como toda a documentação que regem as práticas das equipas multidisciplinares. Além disso, foi permitida a minha presença nas reuniões multidisciplinares efetuadas diariamente em ambas as equipas, permitindo-me uma reflexão crítica mais abrangente dos cuidados

prestados à pessoa em situação paliativa e sua família. Estas reuniões multidisciplinares conciliavam a avaliação presencial com a avaliação à distância de grande parte dos doentes.

Por forma a consolidar este objetivo específico foi elaborado um documento com a descrição da missão e valores do serviço e dinâmicas da equipa multidisciplinar na ECSCP A (APÊNDICE IV) e na EIHSCP – Hospital B (APÊNDICE V).

O segundo objetivo específico foi **identificar as estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem quando o contacto é realizado à distância**, estabelecendo como atividades a observação dos cuidados de enfermagem e a identificação da programação efetuada e da estrutura da teleconsulta.

O resultado destas atividades foi agregado ao documento anteriormente descrito, que incluiu a descrição da organização da teleconsulta de enfermagem na ECSCP A (APÊNDICE IV) e na EIHSCP – Hospital B (APÊNDICE V).

Além disso, aproveitei o 1º local de ensino clínico para elaborar o relatório da revisão *scoping* realizada previamente ao início do ensino clínico, sobre as intervenções de enfermagem na realização da teleconsulta em CP.

Esta revisão *scoping*, de acordo com a metodologia de Joanna Briggs Institute (JBI, 2015) permitiu a criação de uma base de evidência científica para este projeto de investigação. A revisão da literatura teve como objetivo identificar e mapear os estudos existentes na literatura focados na teleconsulta em CP (APÊNDICE VI), tendo como questão: Quais as intervenções de enfermagem já implementadas para a realização da teleconsulta em CP?

Desta revisão *scoping* emergiram três áreas temáticas centrais – o enquadramento da utilização teleconsulta, o que me permitiu compreender a necessidade de colmatar falhas na comunicação e a avaliação à distância da pessoa em situação paliativa; a estrutura da teleconsulta, incluindo os recursos utilizados, a organização e o agendamento do seguimento; e por último, os *outcomes* da teleconsulta, e as vantagens/desvantagens da utilização desta ferramenta.

O terceiro objetivo específico definido para o 1º e 2º ensino clínico foi **desenvolver um manual de boas práticas da teleconsulta de enfermagem**, sendo a atividade fundamental para a implementação do projeto.

Para esta atividade mobilizei todos os recursos disponíveis, desde a revisão *scoping*, à observação da prática das enfermeiras orientadoras, juntando as normas e recomendações das entidades da área da saúde de Portugal.

O resultado desta atividade culminou no Manual de Boas Práticas (APÊNDICE VII), que elenca conceitos, recomendações e tomadas de decisão para a promoção, desenvolvimento e uniformização das consultas de enfermagem à distância, tendo em conta as particularidades da pessoa em situação paliativa, e que foi utilizado à posteriori como guia da intervenção de enfermagem no 3º ensino clínico.

Apesar da teleconsulta não substituir a consulta presencial e a observação física do doente, na grande maioria das situações minimiza a necessidade de transporte dos doentes, os custos e toda a logística associada. Dando a possibilidade de uma rápida partilha de informação, reduz o tempo de espera e facilita o início do tratamento adequado à situação (Dhiliwal et Salins, 2015).

Por forma a obter uma avaliação sistematizada das necessidades do doente, foi selecionada a *Integrated Palliative Outcome Scale* (IPO-S), traduzida e validada para a população portuguesa por Antunes e Ferreira (2017) (ANEXO I), por permitir uma avaliação precoce, preventiva e mais precisa das necessidades, identificando sintomas, medo e problemas sentidos pelos doentes (Ciobotaru et Grigorescu, 2021). Possibilita a avaliação de sintomas físicos, bem como as suas necessidades psicológicas, emocionais e espirituais, fornecendo informações e suporte para os doentes e os seus cuidadores.

Após a avaliação sintomática é necessária a intervenção de enfermagem (autónoma ou interdependente) nos problemas identificados. Em caso de dúvida na identificação das necessidades do doente ou na compreensão da informação transmitida pelo profissional de saúde, é imprescindível a consulta presencial.

Por forma a uniformizar os cuidados a ter durante a realização da teleconsulta foram definidas algumas recomendações (OE, 2020):

A. O enfermeiro e o doente, num processo de decisão partilhada, devem decidir quais as ferramentas mais adequadas, entre as existentes, a utilizar na teleconsulta - tanto o enfermeiro como o doente/família devem ser capazes de partilhar informações e preferências por forma a alcançarem o melhor plano terapêutico em conjunto. Este é um processo de tomada de decisão partilhada, em que o doente e o enfermeiro são

peças fundamentais. A teleconsulta terá início com recurso à plataforma *WhatsApp*, utilizando para este efeito o contacto telefónico já existente da unidade e um tablet cedido previamente à EIHS CP.

B. O enfermeiro deve informar o doente, em contato prévio, do objetivo e do modo de funcionamento da consulta à distância e obter o seu consentimento informado - é essencial que o doente consinta expressamente na consulta à distância, antes de esta acontecer. Para isso, na primeira consulta presencial será oferecida a possibilidade de seguimento em teleconsulta, se estiverem reunidos todos os meios necessários, será enviada uma mensagem à posteriori, por via *WhatsApp*, para o doente, para este confirmar o seu livre consentimento e para o lembrar do direito de o revogar e desistir da teleconsulta a qualquer momento. No início da teleconsulta é aconselhável uma referência expressa ao objetivo da teleconsulta e como esta irá decorrer, especialmente se for a primeira. No caso de doentes incapazes de dar o seu consentimento, a responsabilidade passa para a família, devendo existir uma conversa sobre os desejos do doente.

C. Sempre que o enfermeiro considere que a informação fornecida pelo doente não é clara ou suficiente para a tomada de decisão clínica, deve encaminhar para outra forma de cuidado - todos os atos de enfermagem, incluindo a teleconsulta têm por base o Código Deontológico dos Enfermeiros, e por esse motivo a intervenção de enfermagem através da teleconsulta deve obedecer aos princípios do cuidado, da confiança, da beneficência e da não maleficência (Lei nº 156/2015, 2015). Cada profissional é livre para decidir se utiliza ou não a teleconsulta, em cada situação. Da mesma forma, que o enfermeiro que realiza a teleconsulta não é obrigado a emitir juízo profissional e a intervir na situação sem fundamento para a decisão clínica. Assim, ao não observarmos presencialmente o doente temos de avaliar a veracidade da informação transmitida, e caso existam dúvidas, agendar consulta presencial para o doente. Esta decisão e o motivo para tal tem de ser registado no processo do doente.

D. Todos os cuidados de enfermagem à distância devem ser devidamente documentados no processo do doente, de acordo com o modelo de registo da instituição - deve ser selecionado o ato de "*consulta de enfermagem sem presença de utente*" e descrito em notas livres a teleconsulta. Não esquecendo o registo da tipologia da teleconsulta (programada ou urgente) e o motivo da mesma. Registrar ainda a

avaliação efetuada durante a teleconsulta através da *IPO-S* (após autorização da Enfermeira Chefe), e a intervenção de enfermagem na resolução dos problemas/diagnósticos identificados, intervenção esta que pode ser autónoma ou interdependente. Mencionar o encaminhamento realizado, marcação de nova teleconsulta ou de consulta presencial.

E. Após a teleconsulta deve ser enviado o plano terapêutico para o doente ou familiar, utilizando o meio previamente acordado - no final da teleconsulta é necessário enviar ao doente, via e-mail, o plano terapêutico atualizado acompanhado por folhetos informativos de assuntos abordados durante a teleconsulta. Além disso, desta forma é possível o envio de vídeos de interesse que complementem a informação transmitida.

F. O enfermeiro deve atender ao valor terapêutico da comunicação com o doente e recriar o ambiente propício para a sua concretização - a postura a adotar deve ir de encontro aquela que já é mantida presencialmente. Devemos ser empáticos e compreensivos, colocando de lado julgamentos e mantendo sempre contacto visual através do ecrã. É de extrema importância dar espaço ao doente para ele verbalizar os seus sentimentos e pensamentos e colocar as questões ou as dúvidas que possam surgir. É assim possível a criação de um vínculo entre o enfermeiro e o doente, aliando a competência técnica à relação humana, compreendendo o ser humano em todas as suas dimensões.

O quarto objetivo específico foi **desenvolver um algoritmo que permita a programação da teleconsulta de enfermagem**, estabelecendo como atividade a elaboração de um algoritmo de agendamento de teleconsulta.

O resultado desta atividade foi agregado ao da atividade anterior, sendo um dos capítulos do Manual de Boas Práticas elaborado (APÊNDICE VII).

O algoritmo de agendamento só foi possível tendo em conta a experiência da prática, a melhor evidência científica disponível e a utilização de uma escala de avaliação sintomática.

Assim, o seguimento em teleconsulta será programado conforme os resultados obtidos da avaliação sintomático na *IPO-S*. Esta escala será utilizada em todas as consultas e se existir descontrolo sintomática, é promovida a intervenção de enfermagem no controlo sintomático e fica agendada re-avaliação após 3/4 dias. Mas,

se pelo contrário, o doente estiver controlado sintomaticamente, a re-avaliação em teleconsulta será após 7/8 dias.

O quinto e último objetivo específico, transversal aos ensinamentos clínicos na ECSCP A e na EIHSCP – Hospital B, foi **participar nos cuidados de enfermagem prestados ao doente e à família, no âmbito da teleconsulta.**

Apesar de identificar que nestes dois locais de estágio era inexistente a teleconsulta com recurso à videochamada, foi possível, através da CT identificar estratégias na avaliação sintomática dos doentes acompanhados.

Desta forma uma das atividades definidas, passou pela realização de 10 teleconsultas no 1º ensino clínico e 15 teleconsultas no 2º ensino clínico, todas elas com a supervisão das enfermeiras orientadores e com registo em sistema próprio. Além disso, foi possível a aplicação da IPO-S, e a utilização, em forma de teste, do algoritmo de agendamento.

A segunda atividade definida foi a reflexão sobre a minha prática clínica, em particular sobre a minha intervenção na teleconsulta. Como indicador de avaliação resultou a elaboração de uma reflexão, com recurso ao Ciclo de Gibbs sobre uma experiência significativa (APÊNDICE VIII e IX).

Nesta reflexão, em ambos os contextos, foi evidente a importância da existência de uma linha telefónica direta para a equipa de enfermagem, por forma a dar resposta às questões/dúvidas que surgem aos familiares mais próximos. Mas também foi evidente a necessidade de intervir junto da família mais alargada que acaba por suportar o familiar cuidador.

Em ambas as situações a minha reflexão incidiu em momentos de fim de vida, e tendo em conta a Teoria de Final de Vida Pacífico de Ruland e Moore (Zaccara et al, 2017), permitindo a proximidade com as pessoas que lhe são importantes, mantendo um sentimento de ligação com eles; estar em paz, proporcionando maior tranquilidade nos aspetos físicos, psicológicos e espirituais, transmitindo uma sensação de calma e harmonia; dignidade e respeito, transmitindo ao doente o seu próprio valor, que envolve ser reconhecido e respeitadas as suas vontades; experienciar conforto, proporcionando bem-estar, aliviando o desconforto; não ter dor, evitando que o doente sinta dor.

Assim, é visível a necessidade de um acompanhamento de proximidade numa altura de intenso sofrimento familiar e por vezes de muitas dúvidas. Não sendo possível a nossa presença física, é necessário um acompanhamento à distância, sendo a teleconsulta um recurso facilitador para tal.

Durante o ensino clínico na ECSCP foi ainda solicitada a minha colaboração para a redação de uma norma intitulada “Orientações Telefónicas” o que me permitiu deixar o meu contributo para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem naquele serviço (APÊNDICE X).

Para o último ensino clínico, na EIHSCP – Hospital C, foram definidos três objetivos específicos.

O primeiro objetivo específico definido foi **promover o envolvimento da equipa multidisciplinar no projeto**, estabelecendo como atividade a apresentação do projeto à equipa multidisciplinar.

O sucesso da implementação de um projeto passa pela identificação deste como uma necessidade para toda a equipa. Então, e após a auscultação de toda a equipa na fase de diagnóstico da situação, foi apresentado este projeto a 100% da equipa de enfermagem e a 100% da equipa multidisciplinar, sendo considerado por todos uma mais-valia para o acompanhamento da pessoa em situação paliativa e sua família. Tal como eu, a equipa de enfermagem já teria identificado a dificuldade na avaliação sintomática dos doentes, não existindo uniformização da intervenção de enfermagem.

O segundo objetivo específico foi **implementar a teleconsulta nos doentes e família com primeira consulta presencial efetuada após o início do ensino clínico**, estabelecendo cinco atividades essenciais.

O projeto foi divulgado a todos os doentes e famílias que tiverem consulta de primeira vez, mas ao longo da primeira semana de ensino clínico apercebi-me da existência de doentes já acompanhados que apresentavam um maior descontrolo sintomático, apesar das medidas instituídas presencialmente.

Assim, e com a aprovação da enfermeira orientadora, passei a aplicar a IPO-S em todas as consultas, sendo de primeira vez ou de seguimento, e se fosse evidente a existência de descontrolo sintomático, era apresentado o projeto ao doente e família e aí validado o consentimento informado oral. Foi então possível, ao longo de 6 semanas,

o acompanhamento de 4 doentes no âmbito deste projeto, num total de 5 consultas presenciais e 10 consultas à distância. Dois dos doentes em situação de últimas semanas de vida, um doente com quadro de dor descontrolada, sendo até necessário o seu internamento para controlo sintomático à posterior, e um doente que acabei por referenciar para a ECSCP da sua área de residência, por permitir uma avaliação presencial sem a necessidade de deslocação ao hospital.

Todas as teleconsultas foram registadas na plataforma *Glinntt*®, utilizando o ato “consulta de enfermagem sem presença de utente” e descrito em notas livres a teleconsulta. Neste ato é ainda possível registar os interlocutores, o motivo de contacto, e o encaminhamento efetuado. Por outro lado, esta plataforma não abrange qualquer escala de avaliação sintomática, sendo necessário descrever em notas livres os sintomas avaliados e a intervenção realizada.

O terceiro e último objetivo para o ensino clínico realizado na EIHS CP – Hospital C foi **demonstrar a importância da teleconsulta nos cuidados paliativos na instituição, por forma a ser facilitadora na aquisição dos equipamentos necessários e adequação dos recursos humanos**, estabelecendo como atividades a aplicação da IPO-S, que foi realizado em todas as consultas presenciais e em todas as teleconsultas, o que permitiu verificar a melhoria de pelo menos um sintoma avaliado pela IPO-S entre teleconsultas.

Em todas as consultas realizadas existiu um sintoma descontrolado, como a dor, eu intervimos então para o controlo da dor, e apesar de na teleconsulta seguinte a dor estar controlada, surgiu um novo sintoma descontrolado, como as náuseas ou a obstipação.

Além disso, a IPO-S permitiu a avaliação de outras áreas, como a dependência para o auto-cuidado, o défice de apoio sócio-familiar, a depressão, a espiritualidade, o que levou à articulação ou encaminhamento para a restante equipa multidisciplinar (assistente social, psicóloga, padre).

Uma outra atividade desenvolvida foi a auditoria aos processos clínicos dos doentes seguidos em teleconsulta nos dois meses antes da implementação do projeto e no período presente, e em todos eles foi evidente a diminuição da necessidade de recorrência ao serviço de urgência. Todos os quatro doentes recorreram pelo menos

uma vez por mês ao serviço de urgência, por descontrolo sintomático, previamente à utilização da teleconsulta como recurso.

Após o início do acompanhamento através da teleconsulta, não se verificaram idas ao serviço de urgência, sendo possível um contacto de proximidade e atempado com os doentes e famílias, prevenindo o descontrolo de sintomas, ou o encaminhamento para outras alternativas, como uma ECSCP ou mesmo o serviço de internamento por impossibilidade de controlo sintomático no domicílio.

Como última atividade foi estabelecida a apresentação do projeto e resultados da aplicação do mesmo à Direção de Enfermagem, com recurso a uma apresentação powerpoint. Apesar de todos os esforços, foi necessária uma adaptação desta atividade, tendo resultado numa apresentação informal a uma das enfermeiras adjuntas da Direção de Enfermagem.

Por forma a dar visibilidade aos resultados obtidos com este projeto, surgiu a possibilidade de participação no III Encontro Internacional de Cuidados de Enfermagem (outubro 2022) e no 2º Webinar do Departamento Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso da ESEL (novembro 2022) com um poster (APÊNDICE XI e XII).

### 3. Avaliação

Segundo Ruivo et al (2010), a avaliação final de um projeto assegura a verificação da realização dos objetivos definidos inicialmente. Esta avaliação deve ser global e preponderante para prática de cuidados. Assim, é necessário analisar as várias vertentes de reflexão, questionando a relevância do projeto apresentado.

Assim, este capítulo centra-se numa análise reflexiva sobre os contributos do projeto desenvolvido para a aquisição de competências para a obtenção do título de EE na área de especialização à Pessoa em Situação Paliativa, e do grau de Mestre, tal como os seus contributos para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Ao longo do percurso de aprendizagem e dos três ensinamentos clínicos foi realizada uma avaliação contínua em conjunto com a professora orientadora da ESEL e das orientadoras clínicas.

#### 3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Todos os EE, independentemente da área de especialidade, partilham competências comuns, aplicáveis a qualquer contexto de trabalho que exige uma intervenção avançada na identificação de necessidades, planeamento dos cuidados e execução dos mesmos, incluindo a responsabilidade de promover e disseminar investigação relevante que permita melhorar a prática de enfermagem (OE, 2010).

Assim, segundo o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista da OE (2010), o EE é aquele com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Desta forma, o artigo 4º do mesmo regulamento (OE, 2010) define quatro domínios de competências comuns, sobre os quais passo a refletir.

No domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal** foi possível ao longo dos três ensinamentos clínicos aproveitar diferentes oportunidades de aprendizagens

na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa e sua família. Além disso, enquadrar os cuidados prestados com a Teoria de Final de Vida Pacífico de Ruland e Moore permitiu-me integrar conhecimentos numa diferente perspetiva de cuidados de enfermagem em que é fundamental o respeito pelo direito à escolha de acordo com as suas crenças e valores do doente, artigo 102º do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) (Lei nº 156/2015, 2015).

Foi sempre respeitado o direito à privacidade, artigo 107º do CDE, da pessoa em situação paliativa e sua família, tendo isso em consideração aquando da explicação do meu projeto e solicitação do consentimento, artigo 105º do CDE (Lei nº 156/2015, 2015). Tendo em conta a menor familiarização nos cuidados à distância assumi a responsabilidade de ser impreterível o consentimento para prosseguir com a teleconsulta

O acompanhamento à distância pode ainda gerar algumas dúvidas em relação à privacidade. Esta terá sido a minha maior dificuldade, pela dificuldade em encontrar um local tranquilo e sem outros profissionais para proceder à teleconsulta, mas a verdade é que com a capacidade de adaptação e a flexibilidade de toda a equipa multidisciplinar sempre foi possível a realização da teleconsulta.

Foi ainda necessário garantir a confidencialidade da informação, artigo 106º do CDE (Lei nº 156/2015, 2015), na continuidade de cuidados, e a existência de um registo informático ajudou, apenas tive que adaptar o registo da minha intervenção ao campo previamente existente – *consulta de enfermagem sem presença de utente*.

No domínio da **melhoria contínua da qualidade**, sem dúvida que este projeto traz mais valias no acompanhamento dos doentes à distância, promovendo uma prática de enfermagem segura e que assegura a excelência dos cuidados prestados. Numa fase da vida em que todos parecem “desistir”, o acompanhamento em Cuidados Paliativos é realizado de forma individual, tendo em conta as características próprias da pessoa em situação paliativa e a sua família. E se isto é possível à distância só torna este projeto ainda mais pertinente, dando resposta às necessidades dos doentes a partir de casa.

Mas qualidade nos cuidados tem que ter por base a melhor evidência científica, o que foi permitido alcançar a partir da revisão *scoping* elaborada. A partir daí a

elaboração do manual de boas práticas e o algoritmo de agendamento são agora recursos disponíveis para uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Não esquecendo a necessidade de uma análise reflexiva da prática de forma constante, permitindo trazer os meus contributos pessoais da experiência vivida para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Além disso, a intervenção de enfermagem teve por base o Manual de Boas Práticas desenvolvido e a Teoria de Final de Vida Pacífico que serviu de suporte teórico a este. Assim parte do foco na avaliação sintomática passava, inevitavelmente pelos cinco conceitos fundamentais da Teoria de Final de Vida Pacífico: não ter dor, experienciar conforto, dignidade e respeito, estar em paz e próximo de quem lhe é importante. A forma de compreender estes conceitos no dia-a-dia dos doentes e família apenas foi possível pela experiência vivida ao longos dos três locais de ensino clínico, e reflexão sobre a mesma.

O Manual de Boas Práticas da Teleconsulta de Enfermagem permitiu uma uniformização dos cuidados de enfermagem e uma comunicação de proximidade com aqueles que se encontram mais fragilizados, contribuindo desta forma para a melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Passando ao domínio da **gestão de cuidados**, e apesar da inovação na utilização da teleconsulta de enfermagem em todos os locais de estágio, entendo que a aquisição de competências nesta área decorreu numa linha evolutiva, em que procurei aprofundar conhecimentos e munir-me de todas as ferramentas possíveis para terminar o último ensino clínico capaz de gerir de forma autónoma cuidados de enfermagem de qualidade através de um recurso que permite a comunicação à distância.

Apesar de ser uma intervenção de enfermagem a realizar de forma autónoma, é importante demonstrar a pertinência da mesma a toda a equipa multidisciplinar e à instituição onde exerço funções, articulando com os profissionais de saúde quando imprescindível para responder às necessidades do doente/família. Além disso, é sem dúvida uma mais-valia na perspetiva do doente e família por permitir o seu acompanhamento sem necessidade de se deslocarem. E isso apenas foi possível através

da introdução sistematizada da intervenção de enfermagem através da teleconsulta de enfermagem.

Por último, no domínio do **desenvolvimento de aprendizagens profissionais**, foi apenas possível pelo desenvolvimento de uma consciência de mim própria enquanto pessoa e enfermeira, que permitiu um aprofundamento do autoconhecimento e de um ser assertivo. Competência desenvolvida principalmente no segundo ensino clínico e após a elaboração da revisão *scoping* no primeiro ensino clínico que permitiu a reflexão de uma práxis clínica especializada com recurso à melhor evidência científica.

Também aqui a professora orientadora e enfermeiras orientadoras dos diferentes locais de ensino clínico tiveram um papel fulcral no encontro de mim própria enquanto EEEMC, guiando-me no caminho da excelência na prestação de cuidados de enfermagem, através da reflexão da minha própria prática.

### **3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Paliativa**

No âmbito do curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica na vertente de enfermagem oncológica, passo a refletir sobre as competências específicas do EE no contexto de cuidados à pessoa em situação paliativa.

Todos os locais de ensino clínico permitiram a prestação de cuidados à pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, e aos seus familiares, tendo como principal objetivo o seu acompanhamento à distância, e tendo sempre em conta as suas escolhas quanto ao local de cuidados mais apropriado - **cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Um grande contributo para a aquisição destas competências passou pela utilização da Teoria de Final de Vida Pacífico de Ruland Moore na minha intervenção diária. Assim, e por forma a manter a proximidade as pessoas que lhe são importantes, foi possível manter os doentes no seu domicílio e ao mesmo tempo garantir o seu acompanhamento por profissionais de saúde especializados. Mas o acompanhamento à

distância apenas é possível após uma avaliação presencial do doente e família, por forma a facilitar o estabelecimento de uma relação terapêutica - **estabelece relação terapêutica com pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Além disso, e indo novamente de encontro à Teoria de Final de Vida, apenas faz sentido a minha intervenção se responder às necessidades dos doentes – não ter dor, experienciar conforto, dignidade e respeito. O que faz sentido juntando às competências já referenciadas anteriormente. O manual de boas práticas desenvolvido durante os ensinamentos clínicos refletiu então a sistematização da prática de enfermagem na teleconsulta, por forma a diminuir o sofrimento através da maximização do bem-estar e conforto da pessoa em situação paliativa.

### **3.3 Competências Específicas do Cancer Nursing Education Framework da European Oncology Nursing**

Com este projeto foram ainda adquiridas competências específicas definidas no *Cancer Nursing Education Framework* da *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018) e competências de mestre.

Da EONS (2018) é possível destacar competências como **apoiar as pessoas que vivem com e depois do cancro; apoiar pessoas com doença avançada e em fim de vida; comunicação no tratamento do cancro e utilização da melhor evidência científica no tratamento do cancro** que foram desenvolvidas ao longo de todos os ensinamentos clínicos. São competências que contemplam a maioria das particularidades da pessoa em situação paliativa, acompanhando-os ao longo do seu trajeto de doença. Os locais de ensino clínico escolhidos são ricos em experiências que permitiram alargar o meu leque de competências já desenvolvidas, além de todo o trabalho de pesquisa/investigação ao longo de todo o trajeto que permitiu aperfeiçoar a minha prática e culminar no Manual de Boas Práticas da Teleconsulta.

Além disso o último local de ensino clínico permitiu a aquisição de competências na área da **liderança e gestão na enfermagem oncológica**, pela implementação da

teleconsulta de enfermagem como uma ferramenta uniformizada na avaliação de sintomas, através da IPO-S, e controlo dos mesmos.

### 3.4 Competências de Mestre

No que diz respeito à obtenção do **grau de mestre**, é evidente a necessidade de possuir conhecimentos ao nível do 1º ciclo de estudos e a partir daí aprofundá-los em conjunto com a investigação necessária para o desenvolvimento deste projeto. Passando depois à integração destes conhecimentos já aprofundados na minha prática diária, lidando com questões complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos.

O conhecimento produzido deve ser difundido, sendo também esta uma das competências de mestre. Esta comunicação deve transmitir as conclusões, os conhecimentos e os raciocínios do projeto instituído, de uma forma clara e sem ambiguidades. Esta transmissão de conhecimentos foi feita de forma informal, junto dos membros da equipa multidisciplinar, e de uma forma mais formal, com a apresentação de um poster no III Encontro Internacional de Cuidados de Enfermagem e no 2º Webinar do Departamento Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso da ESEL.

Por último, a possibilidade de uma análise da prática regularmente permitiu uma reflexão aprofundada da minha prática de cuidados, alcançando competências na área da aprendizagem ao longo da vida de uma forma auto-orientada e autónoma. E que concretizo na realização deste relatório que pretendo apresentar em discussão pública.

### 3.5 Pontos Fortes e Pontos Fracos

No início do desenvolvimento deste projeto realizei uma análise SWOT daquilo que eu previa vir a encontrar ao longo do caminho. A verdade é que a estrada é longa e fui encontrando sempre novas oportunidades e/ou constrangimentos.

Como **fraquezas** e **ameaças** à concretização do projeto identifiquei a necessidade de mobilizar um elemento para a realização da teleconsulta e com isso a

dificuldade em existir disponibilidade para algo mais; a necessidade de acompanhamento de um número elevado de doentes; o espaço físico sendo necessário conjugar com as consultas presenciais pela existência apenas de um gabinete de consulta; e por último, os recursos materiais existentes, tanto na instituição para a realização da teleconsulta, como também daqueles que os doentes e famílias possuíam. Algo ainda fundamental era a disponibilidade de rede de internet, que por vezes não era possível.

Por outro lado, as **oportunidades** e as **forças**, passaram pela motivação de toda a equipa multidisciplinar, uma vez que os elementos identificavam o projeto como uma mais-valia nos cuidados ao doente e sua família. Além disso, este projeto foi ainda impulsionado pela pandemia COVID, com a cedência de um tablet com o objetivo de ser utilizado na comunicação entre doentes internados e família e passou também a ser utilizado no acompanhamento dos doentes à distância por forma a superar as restrições em vigor.

### **3.6 Contributos da Implementação do Projeto na Melhoria da Qualidade dos Cuidados Prestados**

A implementação deste projeto permitiu a sistematização e uniformização da intervenção de enfermagem no que diz à teleconsulta. Assim, a intervenção que antes podia ser desorganizada e sem um fio condutor passou a ser estruturada e possibilitando a avaliação sintomática a partir de uma escala já traduzida e validada junto da população portuguesa. Apenas desta forma é possível melhorar a qualidade dos cuidados prestados e dar a visibilidade adequada à nossa profissão de enfermagem, que em múltiplos contextos pode ser praticada.

É ainda pertinente ter em conta que apenas é possível melhorar a qualidade dos cuidados prestados se for possível avaliar os mesmos através da criação de instrumentos de avaliação da nossa própria prática e se nos for dado o espaço e a possibilidade de refletir sobre a nossa intervenção em conjunto com a equipa multidisciplinar.

### 3.7 Considerações Éticas

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 108.º - do respeito pela pessoa em situação de fim de vida: “O enfermeiro, ao acompanhar a pessoa nas diferentes etapas de fim de vida, assume o dever de: a) Defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida; b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (Lei nº 156/2015, 2015, p. 8103). Correlacionando diretamente com as competências específicas do EEEMC, que nos indica que o EE “cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; e estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/ familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19360).

Ao longo deste projeto foi ainda respeitado o seu direito à informação, tendo informado todos os doentes e famílias com quem contactei da finalidade e objetivos deste projeto, obtendo sempre o seu consentimento para os contactos efetuados – artigo 104º do Código Deontológicos dos Enfermeiros (Lei nº 156/2015, 2015).

É ainda necessário ressaltar que toda a minha intervenção teve em conta as escolhas e valores dos doentes e suas famílias, e respeitando sempre os princípios éticos da não maleficiência, da beneficência, da autonomia e da justiça (Artigo 99º, Lei nº 156/2015, 2015).

## 4. Conclusões E Trabalho Futuro

A elaboração deste relatório deu resposta aos objetivos previamente definidos, através da análise crítica e reflexiva do percurso desenvolvido no diagnóstico, planeamento e execução do projeto de intervenção, a par com a reflexão sobre as competências adquiridas ao longo deste percurso, obrigatórias para a obtenção do título de EEEMC à pessoa em situação paliativa e de Mestre.

Este relatório reflete ainda, a aquisição de competências na área da análise e reflexão, da investigação e do raciocínio crítico que vão de encontro às competências do EE, às competências de Mestre, e ainda às competências definidas pela EONS.

Além do aprofundamento dos conhecimentos na área dos CP foi possível a busca por uma solução que se adequasse aos doentes a quem habitualmente presto cuidados tendo em conta as suas particularidades. Apesar do meu conhecimento prévio para uso pessoal da tecnologia para manter uma conversa, foi sem dúvida um desafio transformar este recurso em algo que podia ser benéfico para o acompanhamento dos doentes à distância.

A procura pela Teoria de Enfermagem que se adequasse à minha intervenção e que fundamentasse a minha prática permitiu-me abranger um leque variado de correntes do pensamento de enfermagem e conseqüentemente chegar àquela que fazia todo o sentido, a Teoria de Final de Vida Pacífico de Cornelia Ruland e Shirley Moore. Os contributos que trouxeram ao meu projeto foram tão valiosos que permitiu dar a visibilidade aos cuidados necessários para aqueles que são os desejos da pessoa em fim de vida, respeitando as suas diferenças e ao mesmo tempo semelhanças com aqueles que não padecem de uma doença terminal.

Por último, quero apenas referir que este projeto foi apenas o “levantar do véu” de uma área com uma potencialidade infinita – a aplicação da tecnologia na saúde, e que apesar de começarem a existir esforços neste sentido, ainda existe um longo caminho a percorrer, desde a investigação, à criação de ferramentas ou até mesmo à adaptação das instituições a este tipo de serviço.

O meu papel passou por dar a conhecer à minha equipa e aos doentes que acompanho uma alternativa àquilo que é o cuidado “tradicional”, mas que espero que vejam como um futuro de fácil alcance. O trabalho junto da instituição ainda está longe

de estar concluído. Porque apesar de tanto o tema dos CP, como das tecnologias em saúde, serem cada vez mais discutidos na sociedade, são muitas vezes colocados de parte nas discussões da própria instituição, onde para além de influenciar mentalidades é necessário alargar horizontes no paradigma de cuidar.

Por ser uma mais valia reconhecida pelos doentes e famílias, torna-se necessário que este seja um recurso à disposição de mais pessoas e de acordo com aquilo que para elas é uma necessidade. Para isto ser uma realidade são necessários mais recursos, humanos e materiais. Uma possibilidade de demonstrar a eficiência desta medida pode passar por uma análise aprofundada da experiência dos doentes e famílias e dos próprios profissionais, tal como a eficácia no controlo sintomático. Pode ainda ser analisada a necessidade de hospitalização dos doentes acompanhados em teleconsulta ou a recorrência dos mesmos ao serviço de urgência, podendo considerar parte destes dados como ferramentas para a formalização de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Apenas posso concluir, que apesar de todas as dificuldades por mim sentidas, em termos pessoais e profissionais e de todas as condicionantes vividas, foram sem dúvida dois anos de muito trabalho, muita aprendizagem e acima de tudo muito crescimento profissional e pessoal.

## Referências Bibliográficas

- Antunes B., Ferreira P.L., (2017). Escala integrada de necessidades paliativas: protocolo de validação para a população portuguesa. *Cuidados Paliativos*. 4 (1). 65-102
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto
- Ciobotaru C., Grigorescu A.C. (2021). Importance of palliative care in medical oncology – the use of IPOS scale. *Oncolog-hematolog.ro*. Vol. 54 (nº 1). P. 8-10
- Dhiliwal S.R., Salins N. (2015). Smartphone applications in palliative homecare. *Indian Journal of Palliative Care*. 21 (1). 88-91
- Decreto-Lei nº 107/2008 (2008). Alteração dos Decretos-Leis nº 74/2006, de 24 de Março, 316/76, de 29 de Abril, 42/2005, de 22 de Fevereiro, e 67/2005, de 15 de Março. *Diário da República*, I Série (Nº 121 de 25-06-2008), 3835-3853
- EONS Cancer Nursing Education Framework (2018)
- Fawcett, J. (2005). Criteria for evaluation of theory. *Nursing Science Quarterly*. 18 (2). 131-135
- Funderskov KF, Danbjørg DB, Jess M, Munk L, Zwisler ADO, Dieperink KB (2019). Telemedicine in specialised palliative care: healthcare professionals' and their perspectives on video consultations—A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 28. 3966-3976
- Funderskov KF, Raunkiaer M, Danbjørg DB, Zwisler AD, Munk L, Jess M, Dieperink KB (2019). Experiences with video consultations in specialized palliative home-care: qualitative study of patient and relative perspectives. *Journal of Medical Internet Research*. 21 (3). 1-10
- Godinho, N. (2023). Manual para a Elaboração de Trabalhos Académicos e Referenciação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal
- Guerra, I. (2002). Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais. 2ª Edição. Principia. Cascais
- Hansen D.M. (2018). Peaceful end-of-life theory. In Alligood, MR (Org), *Nursing Theorists and Their Work* (pp. 564-571). Missouri: Elsevier

- Hoek P.D., Schers H.J., Bronkhorst E.M., Vissers K.C.P., Hasselaar J.G. (2017). The Effect of weekly specialist palliative care teleconsultations in patients with advanced cancer – a randomized clinical trial. *BMC Medicine*. 15 (119). 1-10
- INE (2020). Tábuas de mortalidade para Portugal 2017-2019. *Destaque: Informação à Comunicação Social*
- JBI (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers Manual: Edition/Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews
- Lei nº 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013. Assembleia da República. *Diário da República, I Série* (Nº 181 de 16-09-2015), 8059-8105
- Martins, M.C.A., Fernandes, P.F.C. (2010). O gestor de caso: aplicabilidade do conceito. Castelo Branco: IPCB. ESALD. 1-7
- Martins, M., Lopes, M.A.P. (2010). A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente e família com dor crónica, numa Unidade de Dor. *Pensar Enfermagem*. 14 (1). 39-57
- OE (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista
- OE (2020). Guia de recomendações para as consultas de enfermagem à distância/telenfermagem
- OE (2021). Parecer sobre consulta e teleconsulta de enfermagem. Parecer nº 53/2021
- Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assembleia da República. *Diário da República, II Série* (Nº 135 de 16-07-2018), 19359-19370
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15. 1 – 37
- Samara J., Wain-Man L., Kroon W., Harvie B., Hingeley R (2021). Telehealth palliative care needs rounds during a pandemic. *The Journal of Nurses Practitioners*. 17. 335-338
- Tan A.J., Yamarik R., Brody A.A., Chung F.R., Grudzen C., The EMPallA Telephonic Working Group (2021). Development and protocol for a nurse-led telephonic palliative care program. *Nursing Outlook*. 69. 626-631
- Van Gurp, J., Van Selm M., Vissers K., Van Leeuwen E., Hasselaar J. (2015). How outpatient palliative care teleconsultation facilitates empathic patient-professional relationships: a qualitative study. *PLoS ONE*. 10 (4). 1-13

- Watanabe S.M., Fairchild A., Pituskin E., Borgersen P., Hanson J., Fassbender K. (2013). Improving access to specialist multidisciplinary palliative care consultation for rural cancer patients by videoconferencing: report of a pilot project. *Support Care Cancer*. 21. 1201-1207
- World Health Organization (2002). National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. WHO 2002
- World Health Organization. (2020) *Global Atlas of Palliative Care*. 2ª Edição. Londres: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance
- Zaccara A.A.L., Costa S.F.G., Nóbrega M.M.L., França J.R.F.S., Morais G.S.N., Fernandes M.A. (2017). Análise e avaliação da teoria final de vida pacífico segundo critérios de Fawcett. *Texto Contexto Enfermagem*. 26 (4). 1-6
- Zaccara A.A.L, Batista P.S.S., Vasconcelos M.F., Dias K.C.C.O., Aguiar P.K.F., Costa S.F.G. (2020). Contribuições da teoria de final de vida pacífico para assistência de enfermagem ao paciente em cuidados paliativos. *Revista Cuidado Fundamental Online*. 12. 1247-1252
- <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/paliar>

## **Apêndices**

**Apêndice I** - Questionário de Diagnóstico dirigido à  
Equipa Multidisciplinares e Resultados

# Apêndice I - Questionário de Diagnóstico dirigido à Equipa Multidisciplinares e Resultados

## CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM

No âmbito do 12º Mestrado com Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na opção de Enfermagem Oncológica proponho a utilização da teleconsulta pelos enfermeiros. Com o objetivo de compreender a perceção dos profissionais da unidade sobre a utilização da consulta telefónica pelos enfermeiros e de outras estratégias para colmatar as necessidades dos doentes e famílias acompanhadas pela Unidade de Medicina Paliativa do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, venho solicitar a vossa colaboração no preenchimento do seguinte questionário. Coloque uma cruz na resposta que pretende selecionar.

### Profissional:

Assistente Social

Enfermeiro

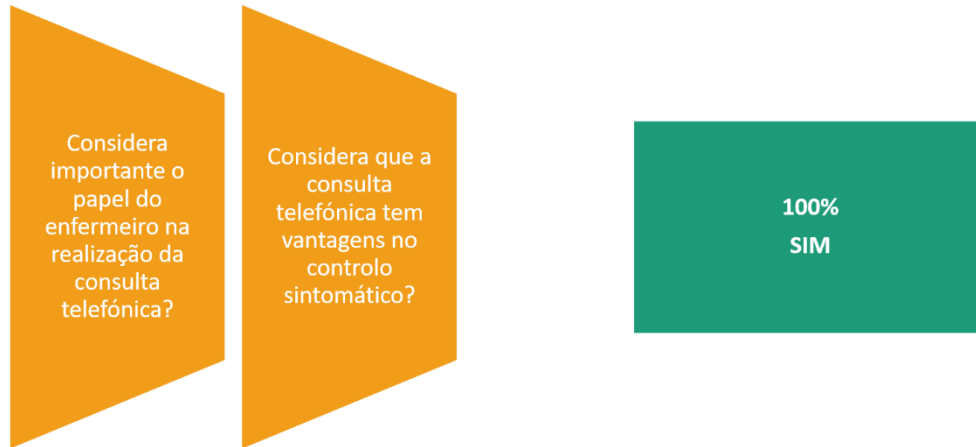
Médico

Psicólogo

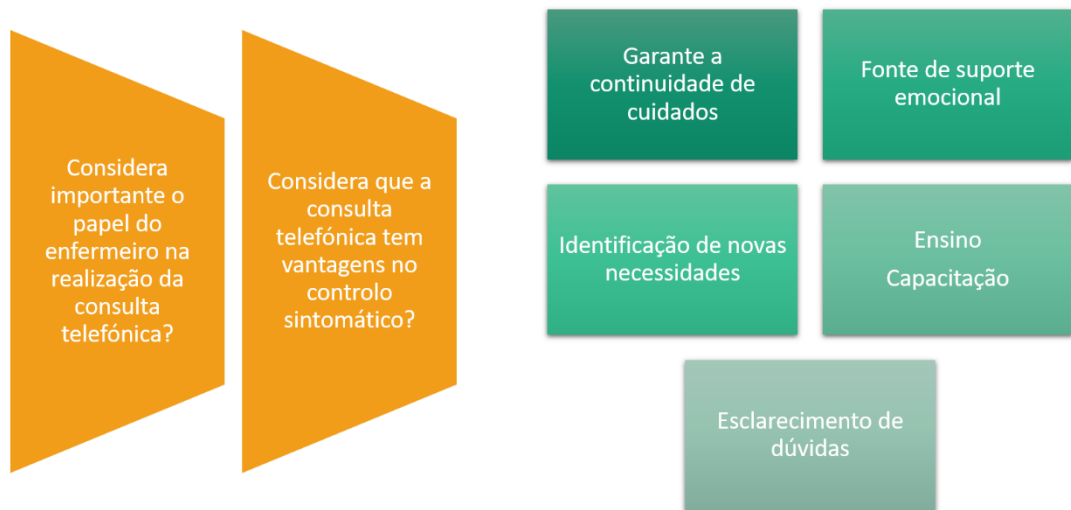
- 1. Considera importante o papel do enfermeiro na realização da consulta telefónica aos nossos doentes/famílias? Porquê?**  
\_\_\_\_\_
- 2. Considera que a consulta telefónica tem vantagens no controlo sintomático? Porquê?**  
\_\_\_\_\_
- 3. Qual a sua opinião sobre a consulta telefónica de enfermagem nos últimos dias de vida do doente?**  
\_\_\_\_\_
- 4. Que outros meios de comunicação sugere, além do telefone, na satisfação do acompanhamento dos doentes e famílias?**  
\_\_\_\_\_

Obrigada pela sua atenção!

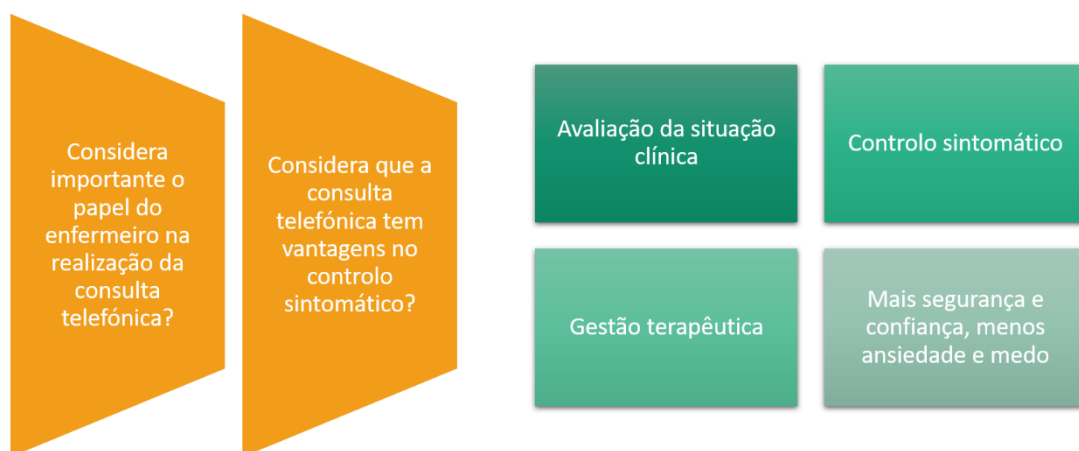
## Diagnóstico da Situação



## Diagnóstico da Situação



## Diagnóstico da Situação



## Diagnóstico da Situação



## Diagnóstico da Situação

Que outros meios de comunicação sugere, para além do telefone, para acompanhamento do doente e família?

Videochamada

SMS

*Whatsapp*  
*Signal*

E-mail

Aplicações de monitorização

Filmes informativos educativos

Visitas domiciliárias

**Apêndice II** Descrição das Tarefas e Resultados Esperados

## Apêndice II - Descrição das Tarefas e Resultados Esperados

ENSINO CLÍNICO A								
11/10/2021 – 19/11/2021 (6 semanas)								
COMPETÊNCIAS COMUNS ENFERMEIRO ESPECIALISTA	A1 A2 B2	C1 C2 D1 D2	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA	L5 L6	COMPETÊNCIAS DE MESTRE	a1 a2 c	EONS CANCER NURSING EDUCATION FRAMEWORK	M4 M5 M6 M8
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descrever a dinâmica de organização e gestão de cuidados do serviço, integrando a equipa multidisciplinar</li> <li>2. Identificar estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem quando o contacto é realizado à distância</li> <li>3. Desenvolver manual de boas práticas da teleconsulta de enfermagem</li> <li>4. Desenvolver algoritmo que permita a programação da teleconsulta de enfermagem</li> <li>5. Participar nos cuidados de enfermagem prestados ao doente e à família, no âmbito da teleconsulta</li> </ol>							
ATIVIDADES				RECURSOS		INDICADORES		
1.1 Consulta de protocolos e guidelines do serviço e instituição				<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Humanos</u> Equipa multidisciplinar Doentes e famílias Docente orientador Enfermeiro orientador</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora de documento com a descrição da missão e valores do serviço e dinâmicas da equipa multidisciplinar</li> </ul>		
1.2 Observação das dinâmicas da equipa multidisciplinar, incluindo reuniões multidisciplinares								
2.1 Observação da prestação de cuidados de enfermagem				<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Materiais</u> Mesa Cadeira Computador/Agenda Telemóvel Protocolos do serviço Processos clínicos</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora relatório da revisão scoping</li> <li>• Elabora documento com a descrição da organização da teleconsulta de enfermagem</li> </ul>		
2.2 Realização de revisão scoping								
2.3 Identificação da programação efetuada e estrutura da teleconsulta								
3.1 Elaboração de manual de boas práticas da teleconsulta						<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora manual de boas práticas da teleconsulta</li> </ul>		
4.1 Elaboração de algoritmo de agendamento de teleconsulta								
5.1 Prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da teleconsulta						<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efetua 3 a 10 teleconsultas</li> <li>• Realiza uma reflexão sobre o ciclo de <u>Gibbs</u> sobre uma experiência significativa</li> </ul>		
5.2 Reflexão sobre a minha prática clínica, em particular sobre a minha intervenção na teleconsulta								

## ENSINO CLÍNICO B

22/11/2021 – 14/01/2022 (6 semanas) (pausa letiva de 20/12/2021 – 02/01/2022)

COMPETÊNCIAS COMUNS ENFERMEIRO ESPECIALISTA	A1 A2 B2	C1 C2 D1 D2	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA	L5 L6	COMPETÊNCIAS DE MESTRE	a1 a2 b c	EONS CANCER NURSING EDUCATION FRAMEWORK	M4 M5 M6 M8
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecer a dinâmica de organização e gestão de cuidados do serviço, integrando a equipa multidisciplinar</li> <li>2. Identificar estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem quando o contacto é realizado à distância</li> <li>3. Desenvolver manual de boas práticas da teleconsulta de enfermagem</li> <li>4. Desenvolver algoritmo que permita a programação da teleconsulta de enfermagem</li> <li>5. Participar nos cuidados de enfermagem prestados ao doente e à família, no âmbito da teleconsulta</li> </ol>							
ATIVIDADES				RECURSOS		INDICADORES		
1.1 Consulta de protocolos e guidelines do serviço e instituição				<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Humanos</u> Equipa multidisciplinar Doentes e famílias</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora de documento com a descrição da missão e valores do serviço e dinâmicas da equipa multidisciplinar</li> </ul>		
1.2 Observação das dinâmicas da equipa multidisciplinar, incluindo reuniões multidisciplinares								
2.1 Observação da prestação de cuidados de enfermagem				Docente orientador Enfermeiro orientador		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora documento com a descrição da organização da teleconsulta de enfermagem</li> </ul>		
2.2 Identificação da programação efetuada e estrutura da teleconsulta								
3.1 Elaboração de manual de boas práticas da teleconsulta				<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Materiais</u> Mesa Cadeira Computador/Agenda Telemóvel</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finaliza manual de boas práticas da teleconsulta</li> </ul>		
4.1 Elaboração de algoritmo de agendamento de teleconsulta								
5.1 Prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da teleconsulta				Protocolos do serviço Processos clínicos		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efetua 5 a 15 teleconsultas</li> <li>• Realiza uma reflexão sobre o ciclo de <u>Gibbs</u> sobre uma experiência significativa</li> </ul>		
5.2 Reflexão sobre a minha prática clínica, em particular sobre o impacto da minha intervenção na teleconsulta								

ENSINO CLÍNICO C										
17/01/2022 – 25/02/2022 (6 semanas)										
COMPETÊNCIAS COMUNS ENFERMEIRO ESPECIALISTA	A1 A2 B1 B2	B3C1 C2 D2	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA	L5 L6	COMPETÊNCIAS DE MESTRE	a1 a2 b	c d e	EONS CANCER NURSING EDUCATION FRAMEWORK	M4 M5 M6	M7 M8
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	1. Promover o envolvimento da equipa multidisciplinar no projeto 2. Implementar a teleconsulta nos doentes e família com primeira consulta efetuada após o início do ensino clínico 3. Demonstrar a importância da teleconsulta nos Cuidados Paliativos na instituição, por forma a ser facilitadora na aquisição dos equipamentos necessários e adequação dos recursos humanos									
ATIVIDADES				RECURSOS			INDICADORES			
1.1 Apresentação do projeto, através de uma exposição oral, à equipa multidisciplinar				<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Humanos</u> Equipa multidisciplinar Doentes e famílias Docente orientador</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Participação de 90% da equipa de enfermagem na apresentação</li> <li>Participação de 50% da equipa multidisciplinar na apresentação</li> </ul>			
2.1 Divulgação do projeto, através de uma exposição oral, aos doentes e famílias que têm consulta de primeira vez 2.2 Solicitação do consentimento informado 2.3 Aplicação do algoritmo para agendamento de teleconsulta 2.4 Realização da teleconsulta 2.5 Realização do registo de enfermagem na plataforma <i>Glantt®</i>				<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Físicos</u> Gabinete de consulta</li> <li><u>Materiais</u> Mesa Cadeira Computador/Agenda Telemóvel Tablet com acesso à internet Câmara - <i>Webcam</i> IPO-S</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Registo de todos os doentes de primeira vez a quem foi divulgado o projeto (100%)</li> <li>Valida o consentimento informado oral a 100% dos doentes de primeira vez</li> <li>Agenda a teleconsulta a 3 doentes de primeira vez por semana</li> <li>Realiza a primeira teleconsulta a 3 doentes de primeira vez por semana, e pelo menos uma teleconsulta de seguimento aos mesmos doentes</li> <li>Realiza os registos de enfermagem em todas as teleconsultas</li> </ul>			
3.1 Avaliação sintomática através da aplicação de <i>Integrated Patient Care Outcome Scale (IPO-S)</i> durante a teleconsulta 3.2 Auditoria aos processos clínicos dos doentes seguidos em teleconsulta nos dois meses antes da implementação do projeto e no período presente 3.3 Apresentação do projeto e resultados da aplicação do mesmo à Direção de Enfermagem, com recurso a uma apresentação powerpoint							<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplica a IPO-S em todas as teleconsultas realizadas</li> <li>Verifica a melhoria de pelo menos um sintoma na IPO-S entre teleconsultas</li> <li>Compara os dados de recorrência ao serviço de urgência dos doentes acompanhados em teleconsulta</li> <li>Divulgação da apresentação à Direção de Enfermagem da instituição onde o projeto é aplicado</li> </ul>			

## **Apêndice III - Cronograma Geral e de Atividades**



## CRONOGRAMA DE ESTÁGIO DE ACORDO COM AS ATIVIDADES DEFINIDAS

Ano	2021			2022	
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
<b>Mês</b>					
<b>Ensino Clínico</b>	11	19			
		22		14	
				17	25
<b>Atividades</b>					
Consulta de protocolos e guidelines do serviço e instituição				INTERRUPÇÃO LETIVA	
Observação das dinâmicas da equipa multidisciplinar, incluindo reuniões multidisciplinares					
Observação da prestação de cuidados de enfermagem					
Realização de revisão scoping					
Identificação da programação efetuada e estrutura da teleconsulta					
Elaboração de manual de boas práticas da teleconsulta					
Elaboração de algoritmo de agendamento de teleconsulta					
Prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da teleconsulta					
Reflexão sobre a minha prática clínica, em particular sobre a minha intervenção na teleconsulta					
Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar					
Divulgação do projeto, através de uma exposição oral, aos doentes e famílias que têm consulta de primeira vez					
Solicitação do consentimento informado					
Aplicação do algoritmo para agendamento de teleconsulta					
Realização a teleconsulta					
Realização do registo de enfermagem na plataforma <i>Glintt®</i>					
Avaliação sintomática através da aplicação de <i>Integrated Patient Care Outcome Scale (IPO-S)</i> durante a teleconsulta					
Auditoria aos processos clínicos dos doentes seguidos em teleconsulta nos dois meses antes da implementação do projeto e no período presente					
Apresentação do projeto e resultados da aplicação do mesmo à Direção de Enfermagem, com recurso a uma apresentação <u>powerpoint</u>					

**Apêndice IV** - Descrição da Missão,  
Valores e Organização da ECSCP A

## **Apêndice IV - Descrição da Missão, Valores e Organização da ECSCP A**

### **EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS - ENSINO CLÍNICO A**

Em 1997, esta equipa, inicia o acompanhamento de utentes inseridos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Além disso, assumia ainda a prática de ações paliativas aqueles doentes em que identificavam ser uma mais-valia.

Em 2006, é regulada a atividade da equipa, enquanto equipa de cuidados e ações paliativas, através do decreto-lei nº 101/2006. Onde a prestação de cuidados paliativos centra-se no alívio do sofrimento das pessoas, na provisão de conforto e qualidade de vida e no apoio às famílias, segundo os níveis de diferenciação consignados no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, do Plano Nacional de Saúde.

Passando a nomear-se Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) em 2009. Passando desta forma a estar no ativo juntamente com a Equipa de Cuidados Continuados e Integrados (ECCI).

Em 2018, existe então a separação entre a Rede de Cuidados Continuados Integrados e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, e passam a estar sob diferentes alçadas.

A ECSCP presta cuidados de uma forma integrada e de grande proximidade à população, em articulação com as restantes unidades funcionais e em parceria com estruturas da comunidade local.

É formada por uma equipa multidisciplinar que, de acordo com a especificidade de cada área de intervenção e as competências pessoais, técnicas e científicas dos seus elementos, procura dar resposta às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida.

A ECSCP é constituída por doze enfermeiros, três assistentes operacionais, três médicos, uma assistente social (tempo parcial), psicóloga (tempo parcial),

fisioterapeuta e assistente técnica, que se encontram partilhados por dois polos. Acompanham um total de 20 doentes, distribuídos por todo o concelho do território que abrangem.

Tem o seguinte horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira das 8h às 17h, sábados e feriados das 8h às 15h. Ao domingo apenas são realizadas visitas programadas de acordo com as necessidades.

A ECSCP tem como missão prestar cuidados a doentes portadores de doença incurável, prolongada e progressiva, em situação de intenso sofrimento, na tentativa de prevenir e aliviar o mesmo e de proporcionar máxima qualidade de vida do doente e sua família, consultadoria e formação em cuidados paliativos aos profissionais das diferentes unidades de saúde.

A ECSCP intervém de acordo com o descrito na Lei de Bases 52/2012, em que a prática dos cuidados paliativos assenta nos seguintes princípios:

- a) Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica;
- b) Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;
- c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados;
- d) Multidisciplinariedade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;
- e) Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;
- f) Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes;
- g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas
- h) Continuidade de cuidados ao longo da doença.

Tais princípios norteiam-se por existir: cooperação, trabalho em equipa, autonomia, articulação entre unidades funcionais do ACES, parceria com estruturas da comunidade e gestão participativa.

A distribuição dos utentes é feita pela enfermeira chefe, e a prestação de cuidados tendo por base uma metodologia de “gestor de caso”, sendo este o profissional de saúde mais envolvido na situação de doença do doente e melhor

colocado na equipa multidisciplinar para responder às necessidades identificadas. A gestão de caso é um processo colaborativo no âmbito do qual se executa avaliação diagnóstica, planeamento, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços, com vista a responder em momento oportuno, com qualidade às necessidades e potencialidades do indivíduo, de modo a garantir a eficiência e eficácia na prestação de cuidados (Martins e Fernandes, 2010). A primeira visita, a admissão, é efetuado em conjunto com enfermeiro e médico, e são identificadas as principais necessidades do utente e família. Sendo depois articulado com restantes membros da equipa multidisciplinar, assistente social e psicóloga, conforme necessidades identificadas. A partir daí o acompanhamento é realizado pelo enfermeiro “gestor de caso”, e se necessária intervenção do médico é solicitada a sua presença/orientações.

Já em relação ao apoio telefónico é assegurado de segunda a sexta-feira, das 8h às 15h, ficando um dos membros da equipa de enfermagem responsável por esta atividade.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ECSCP Odivelas. *Carta de Qualidade*.

ECSCP Odivelas. *Guia de Acolhimento*.

Martins, MCA; Fernandes, PFC (2010). *O gestor de caso: aplicabilidade do conceito*. P. 1-7. Acedido a 25 de Outubro de 2021. Disponível em [https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1731/1/Gest%C3%A3o%20de%20caso%20art%20\\_2010%20REposit%20C.pdf](https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1731/1/Gest%C3%A3o%20de%20caso%20art%20_2010%20REposit%20C.pdf)

**Apêndice V** - Descrição da Missão, Valores e  
Organização da EIHSCP – Hospital B

## **Apêndice V - Descrição da Missão, Valores e Organização da EIHSCP – Hospital B**

### **EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS – HOSPITAL B**

Num hospital de cuidados diferenciados no centro de Lisboa, os cuidados domiciliários são uma realidade existente desde fevereiro de 1956, altura em que o Professor Francisco Gentil inaugurou a Unidade de Assistência Domiciliária (UAD). O objetivo do serviço era então assistir doentes com cancro que permaneciam no seu domicílio e que não tinham recursos para se deslocar ao hospital. Já na altura foram visíveis os benefícios na vida e na qualidade de vida dos doentes e das famílias ao ser possível continuarem a usufruir de tratamentos médicos e cuidados de enfermagem em casa.

Ao longo do tempo a unidade foi-se adaptando à evolução da ciência e dos próprios cuidados prestados, passando a chegar a doentes com doença avançada, progressiva e incurável que podem e querem estar em casa com os cuidados de saúde que necessitam. A UAD presta então cuidados paliativos domiciliários a adultos seguidos no Instituto e residentes no concelho de Lisboa.

O trabalho de uma equipa multidisciplinar permite que os doentes possam permanecer na sua residência com acompanhamento médico, de enfermagem e social adequados. As visitas regulares de médico, enfermeiro e assistente social são programadas de acordo com as necessidades dos doentes e permitem adequar a medicação e os cuidados, melhorando o conforto das pessoas e vigiando a evolução da doença, de forma a adequar os cuidados aos objetivos dos doentes e das famílias.

Quando surge uma situação que não possa ser resolvida no domicílio, por necessidade de tratamentos mais complexos ou por outra razão, a equipa entra em contacto com o médico de referência do doente e promove-se uma solução mais adequada – em internamento ou outra.

A par com esta unidade, e pelos mesmos profissionais, é desenvolvida atividade pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) com o objetivo dos cuidados paliativos serem prestados de forma integrada com os tratamentos dirigidos ao cancro, estando disponíveis ao longo de toda a trajetória da doença (não apenas no fim da vida) e são extensíveis à família. As ações paliativas são ainda asseguradas pelos profissionais dos diferentes serviços (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) com formação avançada na área.

A EIHSCP funciona de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira das 8h às 16h e é constituída por três médicos, 7 enfermeiras, 1 assistente operacional, 2 assistentes sociais e 1 psicóloga a tempo parcial. Repartindo-se por diferentes funções tal como a consulta externa, o apoio ao internamento e o apoio telefónico.

A referenciação de doentes à Rede Nacional de Cuidados Paliativos é também da responsabilidade da EIHSCP.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

<https://www.ipolisboa.min-saude.pt/>

**Apêndice VI** - Revisão *Scoping* da Literatura

## **Apêndice VI - Revisão *Scoping* da Literatura**

### **A Teleconsulta como Intervenção de Enfermagem em Cuidados Paliativos: Revisão *Scoping***

- **Sumário**

Em Portugal, nos últimos anos temos assistido a uma mudança de paradigma no cuidar da pessoa, associado a uma sociedade cada vez mais envelhecida e a um aumento da esperança média de vida à nascença para 80,93 anos, aumento este de cerca de dois anos na última década. A esperança de vida aos 65 anos foi estimada em 19,61 anos, mas é necessário considerar a existência de limitações devido a problemas de saúde, a estimativa de anos de vida saudável aos 65 anos é de 7,3 anos (INE, 2020).

Este é o desafio a ser enfrentado pelas nossas instituições, proporcionando mais e melhores cuidados mesmo numa altura em que é transmitido ao doente que não há mais nada a fazer. Mas existe muito mais a fazer! O foco deixou de ser a doença, para passar a ser aquilo que o doente/família considerar importante e necessário para manter a sua vida, tendo em conta as complicações inerentes a um processo de doença.

Assim, e apesar de um acompanhamento presencial recorrente é necessário garantir a continuidade de cuidados após a consulta de consulta de cuidados paliativos (CP) presencial passa pela teleconsulta de enfermagem. Que pode ser uma intervenção autónoma ou interdependente conforme o objetivo da mesma ou da necessidade de resolução do problema apresentado pelo doente ou família.

Esta revisão da literatura agrega as intervenções de enfermagem que podem ser implementadas em contexto de CP, tendo como final objetivo a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, através de um contacto de proximidade para o controlo sintomático.

- **Objetivos**

O objetivo principal de uma revisão *scoping* passa por mapear conceitos relacionados com um assunto em específico que se pretende investigar, clarificando definições e limites conceptuais relacionado com o tema selecionado (JBI, 2015).

Assim, o objetivo deste trabalho é mapear os conceitos existentes na literatura de forma a identificar a melhor evidência disponível sobre a teleconsulta em CP.

**Palavras-chave:** teleconsulta, cuidados paliativos,

- **Background**

A primeira definição de CP pela Organização Mundial de Saúde (OMS) surge em 1990, tendo sido reformulado em 2002, mas onde é desde logo estabelecida a necessidade de aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida do doente e da sua família, e deve ser aplicado o mais cedo possível no decurso de uma doença grave e incurável, através de uma identificação precoce, avaliação adequada e tratamento dos problemas físicos, psico-sociais e espirituais (World Health Organization, 2002).

A palavra paliar tem origem no latim *palliāre* que significa cobrir com capa, com um manto, o que faz a ponte para a proteção do doente, para o atenuar e aliviar o sofrimento sentido pelos mesmos e sua família (Infopédia Online).

Os princípios dos CP, segundo World Health Organization (2020), incluem reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural; prestar cuidados que não acelerem a chegada da morte, mas que também não prologuem a vida com medidas desproporcionais; aliviar a dor e outros sintomas que causem sofrimento; integrar aspetos psicológicos e espirituais nos planos de cuidados; oferecer apoio à família para que esta consiga enfrentar a doença e sobreviver ao período de luto.

Tendo em conta a génese do CP, tornou-se fundamental o acompanhamento das pessoas em situação paliativamente mesmo quando não se encontram de forma presencial juntos dos profissionais de saúde.

Falando de CP e apesar de não serem sinónimos é fundamental falar de últimos dias de vida. E também aqui, é essencial prestarmos mais e melhores e cuidados de enfermagem, apoiando doentes e famílias nesta fase. Assim, a equipa multidisciplinar considerou a intervenção de enfermagem como uma mais-valia para a diminuição do sentimento de “abandono”, aumento da sensação de segurança através da gestão de medos e incertezas, apoio no controlo sintomático, suporte emocional, capacitação para a prestação de cuidados diretos ao doente, saber o que esperar e o que fazer.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), impulsionada pela pandemia *COVID-19* que vivemos nos últimos tempos e pela necessidade de dar uma resposta à distância atempada aos problemas identificados pelos doentes, e por forma a orientar a prática de todos os enfermeiros, emite o Parecer nº 53/2021 (OE, 2021) sobre a teleconsulta de enfermagem, distinguindo as várias respostas possíveis a serem dadas pelos enfermeiros.

além da teleconsulta de enfermagem obrigar a uma interação em tempo real com os doentes e famílias, pode também ser um momento de partilha de informações e consultadoria junto de outros profissionais de saúde. O uso da telessaúde está a aumentar exponencialmente em vários serviços de saúde à volta do mundo (Funderskov, Danbjørg, Jess, Munk, Zwisler, Dieperink, 2019). A possibilidade de utilização de uma plataforma que permita a realização de uma videoconferência é uma mais-valia na avaliação clínica dos doentes e suas famílias em tempo real, que muitas vezes não era possível utilizando um telefone. Assim, é evidente que a teleconsulta permite um aumento da eficácia em termos clínicos, uma poupança em termos de custos monetários e uma maior qualidade de atendimento e comunicação, evitando deslocações além do necessário.

Também Van Gurp, Van Selm, Vissers, Van Leeuwen, Hasselaar (2015) defende os benefícios da telemedicina nos CP, como um recurso facilitador da

comunicação direta e centrada no doente, entre o doente e a sua família, os cuidados de saúde primários e as equipas especializadas em CP.

- **Questão de revisão *scoping***

Este trabalho teve como ponto de partida a seguinte questão de investigação: *Quais as intervenções de enfermagem já implementadas para a realização da teleconsulta em cuidados paliativos?*

E ainda será possível dar resposta às seguintes questões: *Qual a estrutura da teleconsulta de enfermagem em cuidados paliativos? Quais os outcomes da teleconsulta como intervenção de enfermagem em cuidados paliativos?*

- **Critérios de Inclusão**

#### **POPULAÇÃO**

Nesta revisão decidi incluir estudos que incluíssem pessoas com idade igual e superior a 19 anos, por serem também estes os doentes acompanhados pela revisora na sua realidade profissional.

#### **CONCEITO**

De forma a alcançar o objetivo proposto e a amplitude de resultados desejável foi escolhido apenas o conceito de *Teleconsulta*. Deste modo serão considerados todos os estudos que incluam intervenções que podem ser incluídas na prática de enfermagem.

#### **CONTEXTO**

Os estudos incluídos devem abordar a temática da teleconsulta, apenas quando praticada em serviços de *Cuidados Paliativos*.

#### **TIPOS DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA**

Esta revisão considera todos os tipos de estudos, desde investigações primárias ou secundárias, qualitativas, relatos de experiências, estudos publicados e não publicados, bem como revisões e textos de opinião e recomendações.

Definido como intervalo de tempo de janeiro 2010 a novembro 2021. E nos idiomas português, espanhol e inglês, para uma maior compreensão por parte da revisora.

- **Metodologia de Revisão**

### Estratégias de Pesquisa

A estratégia de pesquisa realizada foi de encontro à proposta pelo *Joanna Briggs Institute (JBI, 2015)*, que contempla três etapas, por forma a ser o mas abrangente possível.

Na primeira etapa foram introduzidas as palavras, construídas a partir da linguagem natural resultante da temática proposta. Foram introduzidas em duas das bases de dados CINAHL e MEDLINE o que levou a uma análise dos títulos, resumos e termos de indexação dos estudos publicados.

Na segunda etapa procedeu-se à consulta das bases de dados selecionados a partir dos termos de indexação e palavras-chaves identificados anteriormente.

Na terceira e última etapa, baseia-se na análise dos estudos anteriormente identificados e que respeitaram os critérios de inclusão definidos anteriormente.

Foram então encontrados os termos de indexação correspondentes às palavras-chaves em linguagem natural, nos dicionários de indexação das bases de dados. Os descritores operacionalizaram-se através das expressões booleanas AND (e) e OR (ou), formando códigos de pesquisa.

Linguagem Natural	Descritores CINAHL	Descritores MEDLINE	
Pessoas com 19 anos ou mais	All adult	All adult	P
		19+ years	
Teleconsulta	Telemedicine Remote Consultation	Telenursing	C
		Telemedicine	
		Remote Consultation	
Cuidados Paliativos	Palliative Care	Palliative Care	C
	Terminal Care	Terminal Care	
	Hospice Care	Hospice Care	

- **Resultados**

### Seleção dos resultados

A pesquisa em bases de dados revelou 123 potencialmente pertinentes. Retirados artigos duplicados, ficando com o total de 94 artigos. Após a análise dos títulos e resumos obtiveram-se 44 artigos, retirados 50 artigos que não iam de encontro aos critérios de inclusão definidos. Com análise do texto integral e como forma a dar resposta ao objetivo definido para esta revisão *scoping*, foram incluídos 10 artigos nesta revisão.

Os resultados serão apresentados sobre a forma de uma tabela com as diferentes estratégias encontradas em cada artigo.

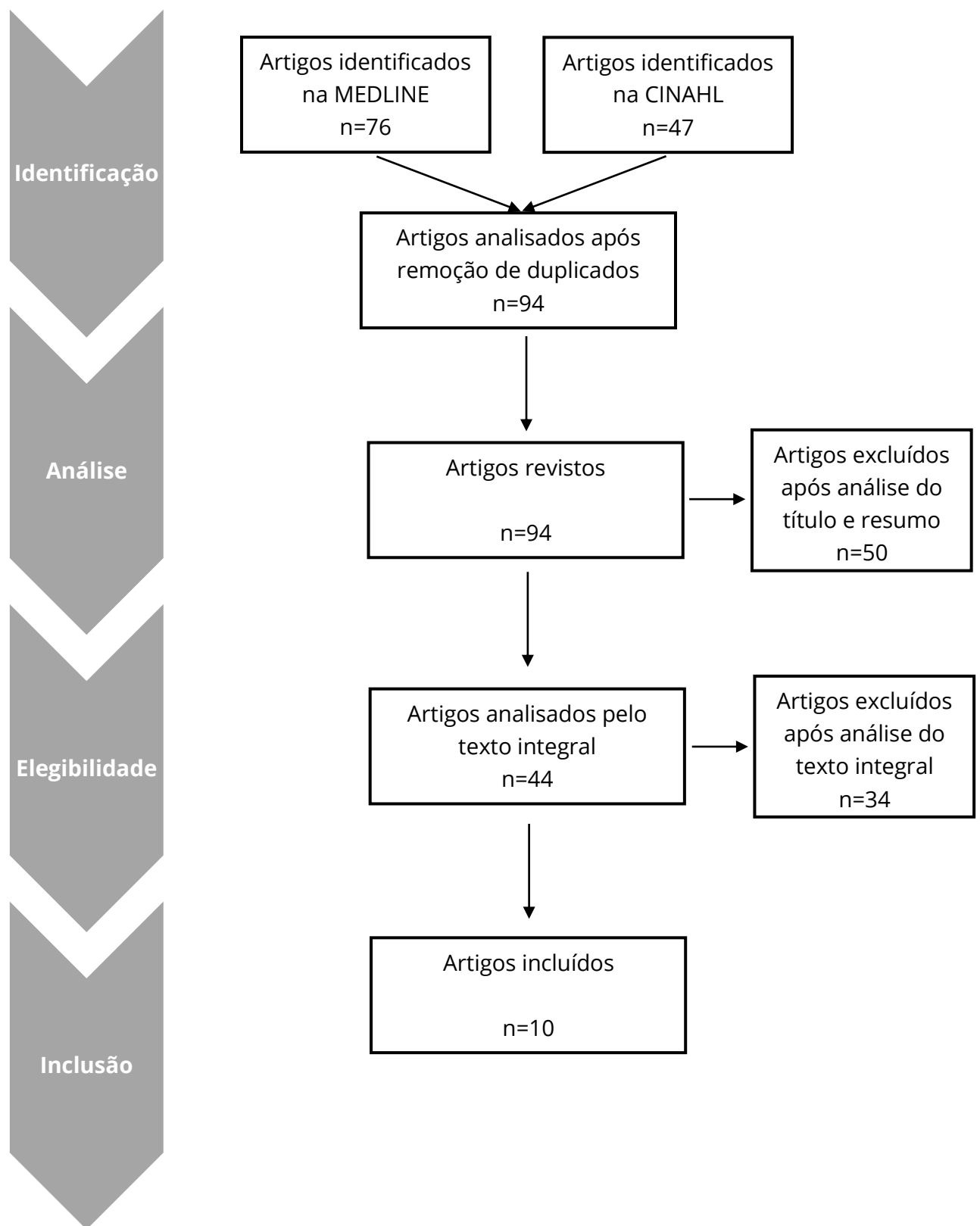
- **Pesquisa MEDLINE e CINAHL**

Saturday, November 06, 2021 12:26:04 PM

MEDLINE			
	Consulta	Limitadores	Resultados
S11	Remote Consultation AND Palliative Care	Texto Integral	10
S12	Remote Consultation AND Terminal Care		0
S13	Remote Consultation AND Hospice Care	01.01.2010 – 31.11.2021	0
S14	Telemedicine AND Palliative Care		69
S15	Telemedicine AND Terminal Care		7
S16	Telemedicine AND Hospice Care	All Adult; 19+ years	7
S17	Telenursing AND Palliative Care		1
S18	Telenursing AND Terminal Care		0
S19	Telenursing AND Hospice Care	Inglês; Português; Espanhol	0
S29	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19		76

CINAHL			
	Consulta	Limitadores	Resultados
S1	Remote Consultation AND Palliative Care	Texto Integral  01.01.2010 – 31.11.2021  All Adult  Inglês; Português; Espanhol	7
S2	Remote Consultation AND Terminal Care		1
S3	Remote Consultation AND Hospice Care		1
S4	Telemedicine AND Palliative Care		38
S5	Telemedicine AND Terminal Care		8
S6	Telemedicine AND Hospice Care		7
S7	Telenursing AND Palliative Care		0
S8	Telenursing AND Terminal Care		0
S9	Telenursing AND Hospice Care		0
S10	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9		47

- **Prisma Flow Diagram** (adaptado de JBI, 2015)



- **Resultados Revisão Scoping**

<b>Título do Estudo / Artigo</b>	Being in touch: narrative assessment of patients receiving online integrative oncology treatments during COVID-19
<b>Autor</b>	Bem-Ayre E; Keshet Y; Gressel O; Tapiro Y; Lavie O; Samuels N
<b>Publicação</b>	<i>Supportive Care in Cancer</i>
<b>Ano</b>	2021
<b>Objetivo do Estudo</b>	Analisar o impacto de um programa integrativo online no tratamento oncológico
<b>Tipo de Estudo / Metodologia</b>	Estudo de opinião, prospetivo, randomizado e não controlado
<b>Resultados / Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas semanais, marcadas com uma semana de antecedência, habitualmente sempre no mesmo dia e no mesmo horário</li> <li>- Chamadas telefónicas: para avaliação da qualidade de vida; identificação de sintomas e preocupações; discussão sobre os objetivos do tratamento – profissionais vão adaptando a sua intervenção à situação do doente</li> <li>- Quando presentes, os cuidadores informais são chamados a participar</li> <li>- No final da sessão são dadas instruções para a próxima semana e agendada próxima sessão</li> <li>- Todas as interações são registadas no processo do doente</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuidade de cuidados assegurada pelo “gestor de caso”</li> <li>- Possibilidade de intervenção do que mais do que um profissional por sessão</li> </ul>
--	---

<b>Título do Estudo/Artigo</b>	Development and protocol for a nurse-led telephonic palliative care program
<b>Autor</b>	Tan AJ; Yamarik R; Brody AA; Chung FR; Grudzen C; The EMpallA Telephonic Working Group
<b>Publicação</b>	<i>Nursing Outlook</i>
<b>Ano</b>	2021
<b>Objetivo do Estudo</b>	Apresentar a estrutura de um programa telefónico liderado por enfermeiro em cuidados paliativos e estratégias que podem vir a impulsionar futuros desenvolvimentos nesta temática
<b>Tipo de Estudo / Metodologia</b>	Ensaio de controlo randomizado
<b>Resultados / Conclusões</b>	<p>1ª chamada introdutória 48h a 72h após referência ao programa. Explicação do conceito de cuidados paliativos e discussão dos objetivos do programa</p> <p>2 semanas – diagnóstico em cuidados paliativos – ESAS, PPs, caregiver strain index</p> <p>Ao profissional que referenciou para o programa é enviada carta de “boas-vindas” às 2 semanas e a descrever o programa. Após 1 mês é contactado via e-mail/telefone para atualização dos objetivos, sintomas e prognóstico</p>

<b>Título do Estudo/Artigo</b>	Telehealth Palliative Care Needs Rounds During a Pandemic
<b>Autor</b>	Samara J; Wain-Man L; Kroon W; Harvie B; Hingeley R
<b>Publicação</b>	<i>The Journal of Nurses Practitioners</i>
<b>Ano</b>	2021
<b>Objetivo do Estudo</b>	Descrição e análise de um <i>Needs Rounds Model</i>
<b>Tipo de Estudo / Metodologia</b>	Estudo de melhoria da qualidade
<b>Resultados / Conclusões</b>	<p><i>Needs Rounds Model:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterado de consultas presenciais mensais para consultas telefônicas semanais, via <i>zoom, webex, facetime</i> e <i>Skype</i></li> <li>- Conferências multidisciplinares para discussão de casos</li> <li>- Trabalho clínico</li> </ul> <p>Antecipação na formulação do plano de cuidados e na prescrição necessária</p> <p>Permite um elevado nível de proximidade em fim de vida, o que não teria sido possível de outra forma devido às restrições da pandemia</p>

<b>Título do Estudo/Artigo</b>	Providing supportive and palliative care using telemedicine for patients with advanced cancer during the COVID-19 pandemic in Mexico
<b>Autor</b>	Chávarri-Guerra Y; Ramos-López WA; Covarrubias-Gómez A; Sánchez-Román S; Quiroz-Friedman P; Alcocer-Castillejos N; Milke-Garcia MP; Carrilo-Soto M; Morales-Alfaro A; Medina-Palma M; Aguilar-Velazco JC; Morales-Barba K; Razcon-Echegaray A; Maldonado J; Soto-Perez-de-Celis E
<b>Publicação</b>	<i>The Oncologist</i>
<b>Ano</b>	2021
<b>Objetivo do Estudo</b>	Facilitar o acesso aos cuidados paliativos
<b>Tipo de Estudo / Metodologia</b>	Implementação de um programa no âmbito da telemedicina
<b>Resultados / Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação das necessidades à distância</li> <li>- Reunião multidisciplinar 1xsemana, via <i>Zoom</i>, para discussão do plano de cuidados</li> <li>- Apresentação do plano de cuidados ao doente à distância – se aceite pelo doente as intervenções serão realizadas à distância pela equipa multidisciplinar, utilizando diferentes métodos (videoconferência, chamadas telefónicas, mensagens escritas...)</li> <li>- Contacto prévio para avaliar condições para a realização da consulta à distância</li> </ul>

<b>Título do Estudo/Artigo</b>	Community tele-pal: a community-developed, culturally based palliative care tele-consult randomized controlled trial for african american and white rural Southern elders with a life-limiting illness
<b>Autor</b>	Watts KA; Gazaway S; Malone E; Elk R; Tucker R; McCammon S; Goldhagen M; Graham J; Tassin V; Hauser J; Rhoades S; Kagawa-Singer M; Wallace E; McElligott J; Kennedy R; Bakitas M
<b>Publicação</b>	<i>Trials</i>
<b>Ano</b>	2020
<b>Objetivo do Estudo</b>	Comparar um programa de teleconsulta com os cuidados hospitalares, de forma a determinar o impacto no controlo sintomático e qualidade de vida do doente e cuidador
<b>Tipo de Estudo / Metodologia</b>	Ensino clínico randomizado
<b>Resultados / Conclusões</b>	<p>1º - primeira teleconsulta – avaliação das necessidades paliativas do doente e do cuidador; desenvolvimento do plano de cuidados</p> <p>2º - <i>follow-up</i> após 3 dias – entrega das recomendações e plano de cuidados ao doente; esclarecimento de dúvidas da família; articulação com os cuidados de saúde na comunidade</p> <p>3º - <i>follow-up</i> após 6 dias – reavaliação do plano de cuidados; articulação com os cuidados de saúde na comunidade</p>

<b>Título do Estudo/Artigo</b>	Experiences with video consultations in specialized palliative home-care: qualitative study of patient and relative perspectives
<b>Autor</b>	Funderskov KF; Raunkiaer M; Danbjørg DB; Zwisler AD; Munk L; Jess M; Dieperink KB
<b>Publicação</b>	<i>Journal of Medical Internet Research</i>
<b>Ano</b>	2019
<b>Objetivo do Estudo</b>	Explorar o uso da vídeo-consulta através da experiência dos doentes e famílias
<b>Tipo de Estudo / Metodologia</b>	Estudo Qualitativo
<b>Resultados / Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A possibilidade de teleconsultas semanais leva a um aumento do relato de sintomatologia, mas também a um elevado grau de satisfação com a telemedicina</li> <li>- Existe um aumento do uso da telemedicina em cuidados paliativos e parece ser efetivo nos cuidados aos doentes com necessidades paliativas</li> <li>- O uso do vídeo favorece a comunicação não verbal relacionada com as emoções, a linguagem corporal e as expressões faciais de sofrimento ou felicidade</li> <li>- Doentes acompanhados em cuidados paliativos enfatizam a possibilidade de verem as expressões faciais do profissional</li> <li>- No cuidado a doentes complexos, a teleconsulta permite que os profissionais dos cuidados de saúde primários e os profissionais das equipas especializadas possam oferecer suporte quando existe uma</li> </ul>

	<p>interação direta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacto telefónico prévio do enfermeiro com a família, e se necessário articula com outros elementos da equipa multidisciplinar</li> <li>- Aproximadamente, 1x teleconsulta por semana com o enfermeiro e o doente</li> <li>- <i>Outcomes</i>: doentes passam a ter um papel ativo nos seus próprios cuidados; vídeo-consulta fortalece a comunicação, apesar da possibilidade de dificuldades técnicas; acesso por parte da família</li> </ul>
--	---

<b>Título do Estudo/Artigo</b>	The Effect of weekly specialist palliative care teleconsultations in patients with advanced cancer – a randomized clinical trial
<b>Autor</b>	Hoek PD; Schers HJ; Bronkhorst EM; Vissers KCP; Hasselaar JGJ
<b>Publicação</b>	<i>BMC Medicine</i>
<b>Ano</b>	2017
<b>Objetivo do Estudo</b>	Determinar como é que uma teleconsulta semanal de uma equipa especializada em cuidados paliativos melhora a experiência do doente relacionado com o controlo sintomático
<b>Tipo de Estudo / Metodologia</b>	Ensaio clínico randomizado
<b>Resultados / Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantém acompanhamento presencial habitual, e é adicionada a teleconsulta 1x semana</li> <li>- Problemas e necessidades identificados são discutidos com outros membros da equipa</li> </ul>

	<p>multidisciplinar, se necessário</p> <p>- Aumento do relato de sintomatologia - maior consciência dos sintomas</p>
--	--

<b>Título do Estudo/Artigo</b>	Smartphone applications in palliative homecare
<b>Autor</b>	Dhiliwal SR; Salins N
<b>Publicação</b>	<i>Indian Journal of Palliative Care</i>
<b>Ano</b>	2015
<b>Objetivo do Estudo</b>	Realçar e demonstrar a utilidade da utilização da aplicação de telemóvel <i>WhatsApp</i>
<b>Tipo de Estudo / Metodologia</b>	Estudo de caso
<b>Resultados / Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não substitui a observação clínica ou o contacto cara-a-cara</li> <li>- Útil nos cuidados paliativos para doentes com dificuldade em ter acesso a serviços de saúde, pela sua fragilidade ou pela distância geográfica</li> <li>- Melhora o controlo sintomático, permite a continuidade de cuidados no domicílio e previne internamentos desnecessários</li> </ul>

<b>Título do Estudo/Artigo</b>	Improving access to specialist multidisciplinary palliative care consultation for rural cancer patients by videoconferencing: report a pilot projet
<b>Autor</b>	Watanabe SM; Fairchild A; Pituskin E; Borgersen P; Hanson J; Fassbender K
<b>Publicação</b>	<i>Support Care Cancer</i>
<b>Ano</b>	2013
<b>Objetivo do Estudo</b>	Avaliar a viabilidade de utilizar a videoconferência na prestação de cuidados paliativos de consultas de radioterapia
<b>Tipo de Estudo / Metodologia</b>	Projeto-piloto
<b>Resultados / Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O enfermeiro contacta o doente, via telefone, explicando os procedimentos da videoconferência. Realizada avaliação das necessidades e sintomatologia, de forma a determinar quais os membros da equipa que devem participar na videoconferência – num máximo de 3 profissionais</li> <li>- O local onde se realiza a videoconferência será numa instalação de saúde próxima do domicílio do doente, que tenha capacidade para realização da mesma</li> <li>- Realização de videoconferências 1x por semana: máximo de duas consultas de primeira vez e duas de seguimento por semana</li> <li>- Cada consulta de primeira vez tem a duração de 90min, e a consulta de seguimento a duração de 30min</li> </ul>

<b>Título do Estudo/Artigo</b>	Use of home telehealth in palliative cancer care: a case study
<b>Autor</b>	Stern A; Valaitis R; Weir R; Jadad AR
<b>Publicação</b>	<i>Journal of Telemedicine and Telecare</i>
<b>Ano</b>	2012
<b>Objetivo do Estudo</b>	Confirmar a importância de cuidados atempados e de fácil acesso para doentes oncológicos terminais e respetivas famílias
<b>Tipo de Estudo / Metodologia</b>	Estudo de caso
<b>Resultados / Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se as necessidades de cuidados não podem ser colmatadas remotamente deve ser disponibilizada a possibilidade de uma visita ao domicílio ou articulado com os cuidados de saúde primários</li> <li>- Fácil acesso a um profissional de saúde</li> <li>- Tranquilidade por terem um acesso visual aos cuidados</li> <li>- Melhor acesso a um plano de cuidados com vista ao controlo sintomático</li> </ul>

- **Conclusão**

A elaboração desta revisão *scoping* constitui um importante momento de aprendizagem pois, através da pesquisa realizada, foi possível mapear e sintetizar os estudos disponíveis sobre a temática da teleconsulta em cuidados paliativos. Permitindo assim, a obtenção de recomendações para a prática de enfermagem que vai de encontro às necessidades da pessoa em situação paliativa e sua família, contribuindo deste modo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

- **Referências Bibliográficas**

Bem-Ayre E, Keshet Y, Gressel O, Tapiro Y, Lavie O, Samuels N (2021). Being in touch: narrative assessment of patients receiving online integrative oncology treatments during COVID-19. *Supportive Care in Cancer*. 29. 4819-4825

Chávarri-Guerra Y, Ramos-López WA, Covarrubias-Gómez A, Sánchez-Román S, Quiroz-Friedman P, Alcocer-Castillejos N, Milke-Garcia MP, Carrilo-Soto M, Morales-Alfaro A, Medina-Palma M, Aguilar-Velazco JC, Morales-Barba K, Razcon-Echegaray A, Maldonado J, Soto-Perez-de-Celis E (2021). Providing supportive and palliative care using telemedicine for patients with advanced cancer during the COVID-19 pandemic in Mexico. *The Oncologist*. 26. 512-515

Dhiliwal SR, Salins N (2015). Smartphone applications in palliative homecare. *Indian Journal of Palliative Care*. 21 (1). 88-91

Funderskov KF, Danbjørg DB, Jess M, Munk L, Zwisler ADO, Dieperink KB (2019). Telemedicine in specialised palliative care: healthcare professionals' and their perspectives on video consultations—A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 28. 3966-3976

Funderskov KF, Raunkiaer M, Danbjørg DB, Zwisler AD, Munk L, Jess M, Dieperink KB (2019). Experiences with video consultations in specialized palliative home-care: qualitative study of patient and relative perspectives. *Journal of Medical Internet Research*. 21 (3). 1-10

- Hoek PD, Schers HJ, Bronkhorst EM, Vissers KCP, Hasselaar JGJ (2017). The Effect of weekly specialist palliative care teleconsultations in patients with advanced cancer – a randomized clinical trial. *BMC Medicine*. 15 (219). 1-10
- INE (2020). Tábuas de mortalidade para Portugal 2017-2019. *Destaque: Informação à Comunicação Social*
- JBI (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers Manual: Edition/Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews
- OE (2021). Parecer sobre consulta e teleconsulta de enfermagem. Parecer nº 53/2021
- Samara J, Wain-Man L, Kroon W, Harvie B, Hingeley R (2021). Telehealth palliative care needs rounds during a pandemic. *The Journal of Nurses Practitioners*. 17. 335-338
- Stern A, Valaitis R, Weir R, Jadad AR (2012). Use of home telehealth in palliative cancer care: a case study. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 18. 297-300
- Tan AJ, Yamarik R, Brody AA, Chung FR, Grudzen C, The EMPallIA Telephonic Working Group (2021). Development and protocol for a nurse-led telephonic palliative care program. *Nursing Outlook*. 69. 626-631
- Van Gurp, J., Van Selm M., Vissers K., Van Leeuwen E., Hasselaar J. (2015). How outpatient palliative care teleconsultation facilitates empathic patient-professional relationships: a qualitative study. *PLoS ONE*. 10 (4). 1-13
- Watanabe SM, Fairchild A, Pituskin E, Borgersen P, Hanson J, Fassbender K (2013). Improving access to specialist multidisciplinary palliative care consultation for rural cancer patients by videoconferencing: report a pilot projet. *Support Care Cancer*. 21. 1201-1207
- Watts KA, Gazaway S, Malone E, Elk R, Tucker R, McCammon S, Goldhagen M, Graham J, Tassin V, Hauser J, Rhoades S, Kagawa-Singer M, Wallace E, McElligott J, Kennedy R, Bakitas M (2020). Community tele-pal: a community-developed, culturally based palliative care tele-consult randomized controlled trial for african american and white rural Southern elders with a life-limiting illness. *Trials*. 21 (672). 1-16

World Health Organization (2002). National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. WHO 2002

World Health Organization. (2020) *Global Atlas of Palliative Care*. 2ª Edição. Londres: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance

<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/paliar>

**Apêndice VII** - Manual de Boas Práticas da  
Teleconsulta de Enfermagem



12º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção  
de Enfermagem Oncológica

## **MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DA TELECONSULTA DE ENFERMAGEM**

Inês Filipa Martins Duarte

Lisboa  
2022

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	92
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	93
3. RECOMENDAÇÕES .....	95
4. FLUXOGRAMA DA TELECONSULTA.....	97
5. <i>INTEGRATED PATIENT CARE OUTCOME SCALE</i> .....	99
6. ALGORITMO PARA AGENDAMENTO DE TELECONSULTA.....	101
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102

## 1. INTRODUÇÃO

Este documento surge da necessidade da implementação da teleconsulta de enfermagem de uma forma organizada e estruturada numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). Esta equipa tem como principal missão dar resposta às necessidades paliativas dos doentes tanto a nível da consulta externa como ao nível do apoio ao internamento. A consulta presencial de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, tornando-se a teleconsulta como um recurso facilitador da consulta de seguimento para avaliação e intervenção no controlo sintomático e promoção da qualidade de vida dos doentes acompanhados.

O principal objetivo deste manual passa então por elencar conceitos, recomendações e tomadas de decisão para a promoção do desenvolvimento e uniformização das consultas de enfermagem à distância, tendo em conta as particularidades da pessoa em situação paliativa.

Partindo da melhor evidência científica disponível, com a realização de uma revisão *scoping* que incidiu sobre as intervenções de enfermagem e estrutura da teleconsulta em Cuidados Paliativos, que juntamente com as normas e recomendações das entidades na área da saúde de Portugal, resultaram neste manual de boas práticas.

## 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Em Portugal, nos últimos anos temos assistido a uma mudança de paradigma no cuidar da pessoa, associado a uma sociedade cada vez mais envelhecida e a um aumento da esperança média de vida à nascença para 80,93 anos, aumento este de cerca de dois anos na última década. A esperança de vida aos 65 anos foi estimada em 19,61 anos, mas é necessário considerar a existência de limitações devido a problemas de saúde, a estimativa de anos de vida saudável aos 65 anos é de 7,3 anos (INE, 2020).

Este é o desafio a ser enfrentado pelas nossas instituições, proporcionando mais e melhores cuidados mesmo numa altura em que é transmitido ao doente que “não há mais nada a fazer”. Mas existe muito mais a fazer! O foco deixa de ser a doença, para passar a ser aquilo que o doente/família considerar importante e necessário para manter a sua vida, tendo em conta as complicações inerentes a um processo de doença.

A primeira definição de cuidados paliativos pela Organização Mundial de Saúde surge em 1990, tendo sido reformulado em 2002, mas onde é desde logo estabelecida a necessidade de aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida do doente e da sua família, e deve ser aplicado o mais cedo possível no decurso de uma doença grave e incurável, através de uma identificação precoce, avaliação adequada e tratamento dos problemas físicos, psico-sociais e espirituais (World Health Organization, 2002).

As dificuldades na deslocação da maior parte dos nossos doentes, ou até mesmo com aqueles que percorrem longas distâncias para chegarem até nós, fez-se sentir a necessidade de um acompanhamento à distância, que apesar de muitas vezes ser colmatado a partir de consultas telefónicas, a falta de comunicação não verbal é uma grande desvantagem, sendo de difícil perceção sinais de condições tratáveis ou deteriorações do estado do doente (Funderskov, Danbjørg, Jess, Munk, Zwisler, Dieperink, 2019).

Além disso e apesar de não ser sinónimo de cuidados paliativos, é fundamental falar de últimos dias de vida. Sendo essencial prestarmos mais e melhores cuidados de enfermagem, apoiando doentes e famílias nesta fase. Uma das formas de garantir a continuidade de cuidados nestas situações, passa pela teleconsulta de enfermagem após a primeira consulta presencial.

Segundo a definição da Ordem dos Enfermeiros (2021), a teleconsulta de enfermagem é uma “consulta de enfermagem no âmbito da telessaúde, realizada à distância, com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente”.

Assim, a telessaúde é o uso de telecomunicações e de tecnologias de informação por forma a providenciar cuidados de saúde a indivíduos que se encontra à distância do profissional de saúde (Watanabe et al, 2013), o que envolve uma comunicação áudio-visual síncrona, sendo uma ferramenta útil na articulação com outros profissionais envolvidos nos cuidados à pessoa (Hoek, Schers, Bronkhorst, Vissers, Hasselaar, 2017).

Apesar da teleconsulta não substituir a consulta presencial e a observação física do doente, na grande maioria das situações minimiza a necessidade de transporte dos doentes, os custos e toda a logística associada. Dando a possibilidade de uma rápida partilha de informação, reduz o tempo de espera e facilita o início do tratamento adequado à situação (Dhiliwal et Salins, 2015).

Por forma a obter uma avaliação sistematizada das necessidades do doente, foi selecionada a *Integrated Palliative Outcome Scale* (IPO-S) (secção nº 5), por permitir uma avaliação precoce, preventiva e mais precisa das necessidades, identificando sintomas, medo e problemas sentidos pelos doentes (Ciobotaru et Grigorescu, 2021). Possibilita a avaliação de sintomas físicos, bem como as suas necessidades psicológicas, emocionais e espirituais, fornecendo informações e suporte para os doentes e os seus cuidadores.

Após a avaliação sintomática é necessária a intervenção de enfermagem (autónoma ou interdependente) nos problemas identificados. Em caso de dúvida na identificação das necessidades do doente ou na compreensão da informação transmitida pelo profissional de saúde, é imprescindível a consulta presencial (secção nº 4).

O seguimento em teleconsulta será programado conforme os resultados obtidos da avaliação sintomática. O algoritmo para tal vem descrito na secção nº 6.

### 3. RECOMENDAÇÕES

Por forma a uniformizar os cuidados a ter durante a realização da teleconsulta foram definidas algumas recomendações (OE, 2020):

- A. O enfermeiro e o doente, num processo de decisão partilhada, devem decidir quais as ferramentas mais adequadas, entre as existentes, a utilizar na teleconsulta - tanto o enfermeiro como o doente/família devem ser capazes de partilhar informações e preferências por forma a alcançarem o melhor plano terapêutico em conjunto. Este é um processo de tomada de decisão partilhada, em que o doente e o enfermeiro são peças fundamentais. A teleconsulta terá início com recurso à plataforma *WhatsApp*, utilizando para este efeito o contacto telefónico já existente da unidade e um tablet cedido previamente à EIHSCP.
- B. O enfermeiro deve informar o doente, em contato prévio, do objetivo e do modo de funcionamento da consulta à distância e obter o seu consentimento informado - é essencial que o doente consinta expressamente na consulta à distância, antes de esta acontecer. Para isso, na primeira consulta presencial será oferecida a possibilidade de seguimento em teleconsulta, se estiverem reunidos todos os meios necessários, será enviada uma mensagem à posteriori, por via *WhatsApp*, para o doente, para este confirmar o seu livre consentimento e para o lembrar do direito de o revogar e desistir da teleconsulta a qualquer momento. No início da teleconsulta é aconselhável uma referência expressa ao objetivo da teleconsulta e como está irá decorrer, especialmente se for a primeira. No caso de doentes incapazes de dar o seu consentimento, a responsabilidade passa para a família, devendo existir uma conversa sobre os desejos do doente.
- C. Sempre que o enfermeiro considere que a informação fornecida pelo doente não é clara ou suficiente para a tomada de decisão clínica, deve encaminhar para outra forma de cuidado - todos os atos de enfermagem, incluindo a teleconsulta têm por base o Código Deontológico dos Enfermeiros, e por esse motivo a intervenção de enfermagem através da teleconsulta deve obedecer aos princípios do cuidado, da confiança, da beneficência e da não maleficência (Lei nº 156/2015, 2015). Cada profissional é livre para decidir se utiliza ou não a teleconsulta, em cada situação. Da mesma forma, que o enfermeiro que realiza a teleconsulta não é obrigado a emitir juízo profissional e a intervir na situação sem fundamento para a decisão clínica. Assim, ao não observarmos presencialmente o doente temos de avaliar a veracidade da informação transmitida, e caso existam dúvidas, agendar consulta presencial para o doente. Esta decisão e o motivo para tal tem de ser registado no processo do doente.

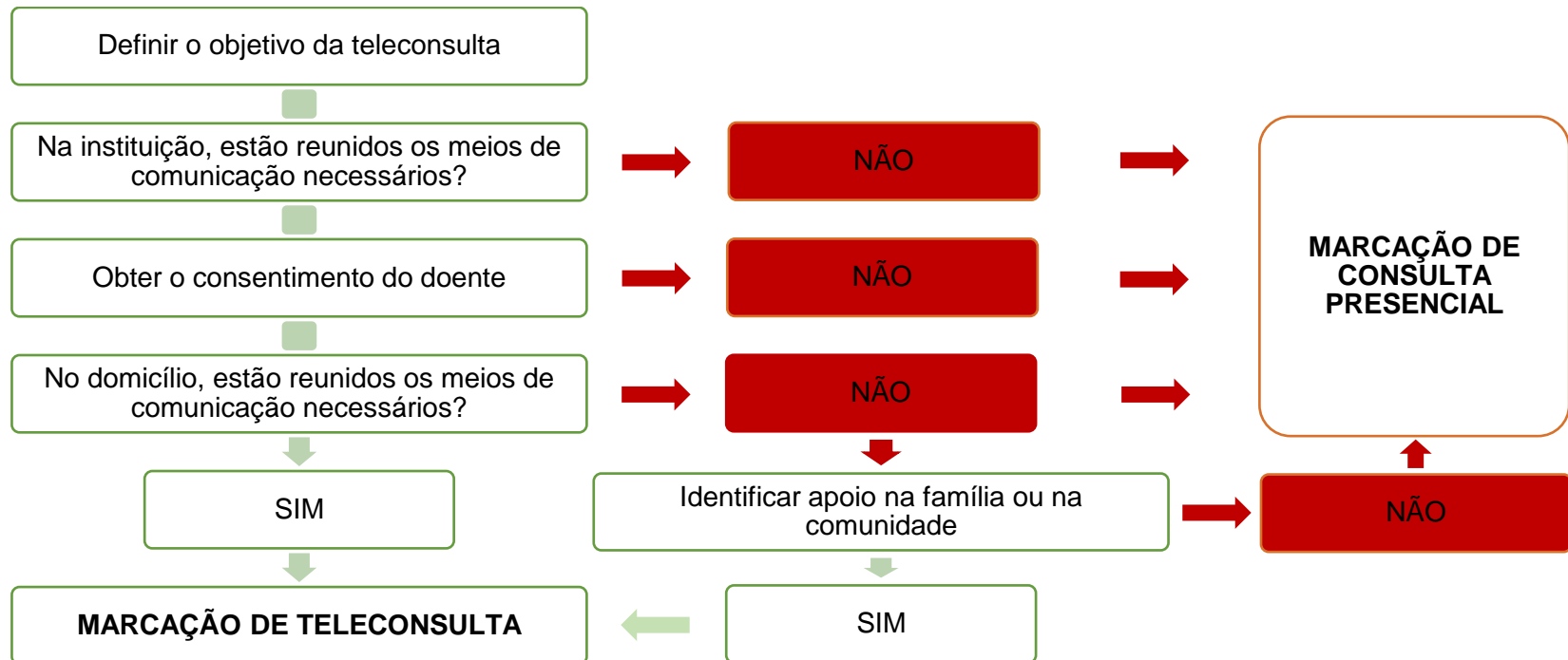
D. Todos os cuidados de enfermagem à distância devem ser devidamente documentados no processo do doente, de acordo com o modelo de registo da instituição - deve ser selecionado o ato de “*consulta de enfermagem sem presença de utente*” e descrito em notas livres a teleconsulta. Não esquecendo o registo da tipologia da teleconsulta (programada ou urgente) e o motivo da mesma. Registrar ainda a avaliação efetuada durante a teleconsulta através da *IPO-S* (após autorização da Enfermeira Chefe), e a intervenção de enfermagem na resolução dos problemas/diagnósticos identificados, intervenção esta que pode ser autónoma ou interdependente. Mencionar o encaminhamento realizado, marcação de nova teleconsulta ou de consulta presencial.

E. Após a teleconsulta deve ser enviado o plano terapêutico para o doente ou familiar, utilizando o meio previamente acordado - no final da teleconsulta é necessário enviar ao doente, via e-mail, o plano terapêutico atualizado acompanhado por folhetos informativos de assuntos abordados durante a teleconsulta. Além disso, desta forma é possível o envio de vídeos de interesse que complementem a informação transmitida.

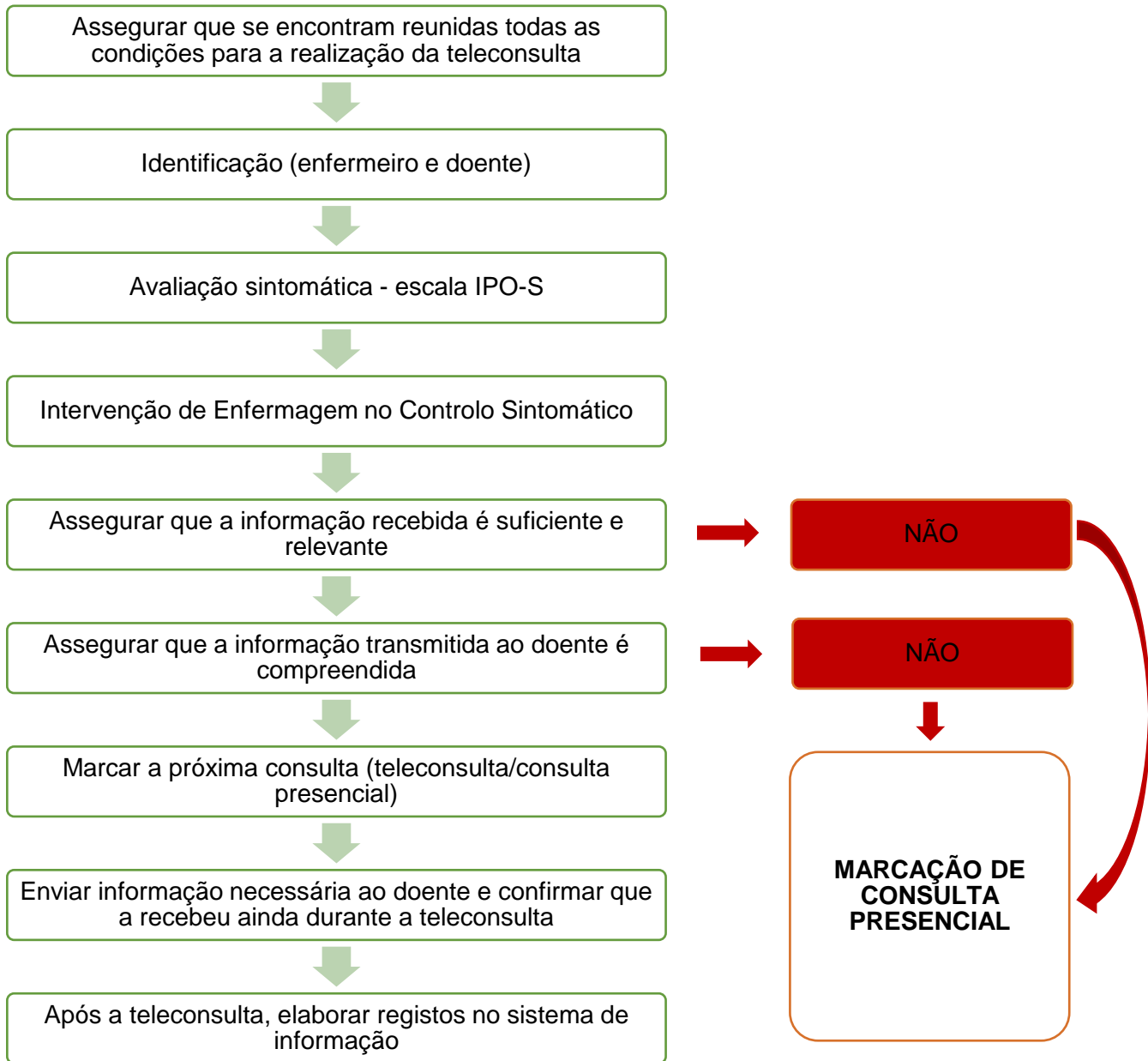
F. O enfermeiro deve atender ao valor terapêutico da comunicação com o doente e recriar o ambiente propício para a sua concretização - a postura a adotar deve ir de encontro aquela que já é mantida presencialmente. Devemos ser empáticos e compreensivos, colocando de lado julgamentos e mantendo sempre contacto visual através do ecrã. É de extrema importância dar espaço ao doente para ele verbalizar os seus sentimentos e pensamentos e colocar as questões as dúvidas que possam surgir. É assim possível a criação de um vínculo entre o enfermeiro e o doente, aliando a competência técnica à relação humana, compreendendo o ser humano em todas as suas dimensões.

#### 4. FLUXOGRAMA DA TELECONSULTA DE ENFERMAGEM

##### a) CONSULTA PRESENCIAL



**b) DURANTE A TELECONSULTA DE ENFERMAGEM**



## 5. INTEGRATED PATIENT CARE OUTCOME SCALE

Autoria de Hearn e Higginson (1999), com tradução e validação para a população portuguesa por Antunes e Ferreira (2017).

### IPOS Questionário do Profissional de Saúde



www.pos-pal.org

Em colaboração com:



CEISUC  
CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Nome do doente: \_\_\_\_\_  
Código do doente: \_\_\_\_\_

Data (dd/mm/ano): 

		-			-		
--	--	---	--	--	---	--	--

Por favor, responda às seguintes perguntas, tendo em atenção a situação do/a doente em questão. **Obrigado.**

**P1. Quais têm sido os principais problemas ou preocupações do/a doente durante os últimos 3 (três) dias?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**P2. Segue-se uma lista de sintomas, que o/a doente poderá ou não ter tido. Para cada um destes sintomas, por favor, faça uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como afetou o/a doente durante os últimos 3 dias. Caso não saiba responder ou o/a doente esteja inconsciente, por favor coloque uma cruz na coluna "Não Aplicável".**

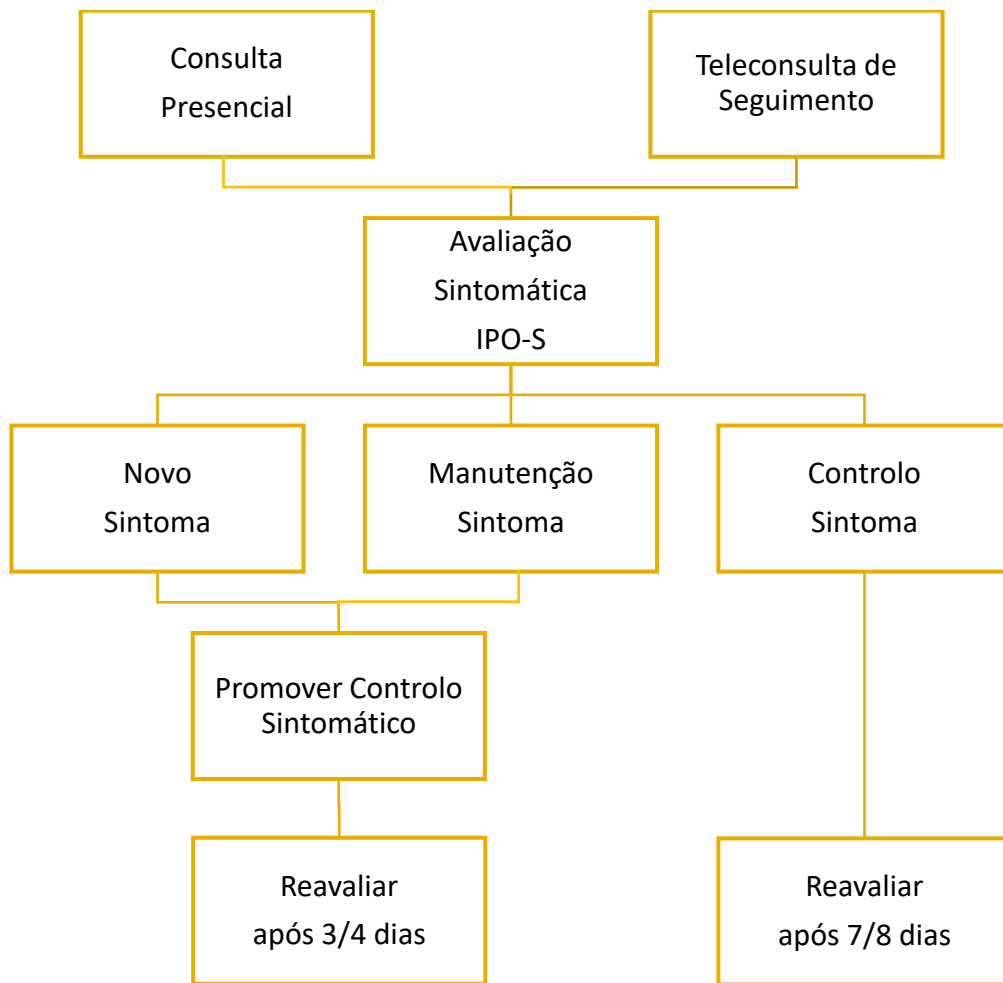
	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Muito	Insuportável	Não aplicável
Dor	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de ar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraqueza ou falta de energia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas (sensação de que vai vomitar)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos (enjoado/a)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouco apetite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prisão de ventre	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feridas na boca ou boca seca	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonolência	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouca mobilidade	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Por favor, indique quaisquer outros sintomas que não foram aqui referidos e faça uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como esses sintomas afetaram o/a Doente durante os últimos 3 dias.</b>						
1.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante os últimos 3 dias:	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	A maior parte do tempo	Sempre	Não aplicável
P3. O/A doente tem-se sentido ansioso/a ou preocupado/a com a sua doença ou com o tratamento?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4. Algum dos familiares ou amigos do/a doente tem-se sentido ansioso/a ou preocupado/a com ele/a?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5. O/A doente tem-se sentido deprimido/a?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

durante os últimos 3 dias:	Sempre	A maior parte do tempo	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca	Não aplicável
P6. O/A doente sentiu-se em paz?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7. O/A doente tem sido capaz de partilhar com a sua família ou amigos a forma como se tem sentido, tanto quanto queria?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P8. O/A doente teve toda a informação que pediu?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

durante os últimos 3 dias:	Foram resolvidos ou não tinha problemas	Foram maioritariamente resolvidos	Foram parcialmente resolvidos	Praticamente não foram resolvidos	Não foram resolvidos	Não aplicável
P9. Caso o/a doente tenha tido problemas práticos resultantes da sua doença, estes foram resolvidos? (tais como financeiros ou pessoais)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. ALGORITMO PARA AGENDAMENTO DE TELECONSULTA DE ENFERMAGEM



## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes B., Ferreira P.L., (2017). Escala integrada de necessidades paliativas: protocolo de validação para a população portuguesa. *Cuidados Paliativos*. 4 (1). 65-102
- Ciobotaru C., Grigorescu A.C. (2021). Importance of palliative care in medical oncology – the use of IPOS scale. *Oncolog-hematolog.ro*. 54 (1). 8-10.
- Dhiliwal S.R., Salins N. (2015). Smartphone applications in palliative homecare. *Indian Journal of Palliative Care*. 21 (1). 88-91.
- Funderskov K.F., Raunkiaer M., Danbjorg D.B., Zwister A.D., Munk L., Jess M., Dieperink K.B. (2019). Experiences with vídeo consultations in specialized palliative home-care: qualitative study of patient and relative perspectives. *Journal of Medical Internet Research*. 21 (3). e10208.
- Hearn J., Higginson I.J (1999). Development and validation of a core outcome scale measure for palliative care. *Qual Health Care*. 8. 219-227
- Hoek P.D., Schers H.J., Bronkhorst E.M., Vissers K.C.P., Hasselaar J.G. (2017). The Effect of weekly specialist palliative care teleconsultations in patients with advanced cancer – a randomized clinical trial. *BMC Medicine* 15 (119). 1-10.
- Instituto Nacional de Estatística (2020). Tábuas de mortalidade para Portugal 2017-2019. *Destaque: Informação à Comunicação Social*.
- Norma nº 010/2015 (2015). Modelo de funcionamento das teleconsultas. Direção-Geral de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2020). Guia de recomendações para as consultas de enfermagem à distância/telenfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Parecer sobre consulta e teleconsulta de enfermagem. Parecer nº 53/2021.
- Watanabe S.M., Fairchild A., Pituskin E., Borgersen P., Hanson J., Fassbender K. (2013). Improving access to specialist multidisciplinary palliative care consultation for rural cancer patients by videoconferencing: report of a pilot project. *Support Care Cancer*. 21. 1201-1207.
- World Health Organization. National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. WHO 2002.

**Apêndice VIII** - Reflexão segundo o Ciclo de  
Gibbs – ECSCP A

## **Apêndice VIII - Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs – ECSCP A**

Por forma a desenvolver a minha capacidade de aprendizagem a partir da reflexão e análise da experiência vivida utilizei o Ciclo de Reflexivo de Gibbs (Martins dos Santos, 2019; Swardt, Toit, Botha, 2012; Tate, 2013) para me auxiliar nesta tarefa.

- **Descrição da Situação**

O Sr. J. tem 83 anos, diagnóstico de cirrose hepática de provável origem etanólica. Antecedentes pessoais de doença hepática crónica com hipertensão portal e varizes gástricas e esofágicas, gastropatia do antro, diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo, infeção por HIV. Internamento recente por descompensação da doença hepática crónica com necessidade de realização de paracentese evacuadora para alívio sintomático.

Regressa ao domicílio com o apoio da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) da sua área de residência e é neste contexto a minha intervenção.

Doente autónomo com supervisão para as atividades de vida diária (AVD). Vive com a esposa, que é a principal cuidadora, e tem dois netos muito presentes que foram criados por estes avós após a morte da mãe há cerca de 20 anos.

Após três semanas existe um agravamento do estado geral, ficando totalmente dependente nas atividades de vida diária. Esposa, D<sup>a</sup> T., exausta para a prestação de cuidados ao marido e após muita insistência aceitou ajuda de uma cuidadora particular, altura em que também se opta pela referência para Unidade de Cuidados Paliativos (UCP).

Na última visita domiciliária apresenta-se pouco reativo, com fáceis tranquilo. Gemido aos posicionamentos. Episódios de vômitos nos últimos dois dias, tendo evoluído de conteúdo bilioso para fecaloide. Realizada gestão terapêutica de acordo com prescrição médica.

Prestado apoio emocional à esposa, explicado sinais de últimas horas/dias de vida. Esposa adequada à realidade presente, discurso coerente. Explicados cuidados a

ter, inclusive a não tentativa de alimentação/hidratação por via oral, pelo risco de aspiração. Apesar de em visitas anteriores já ter sido explicado a diminuição das necessidades calóricas do Sr. J. esposa ainda oferecia alimentação várias vezes ao dia, apesar da recusa do marido na maior parte das vezes. Esposa agradece todo o apoio da equipa e que sabia que agora apenas restava esperar.

Cerca de duas horas mais tarde é recebido um telefonema por parte da neta do Sr. J. a questionar o porquê de termos proibido a avó de alimentar o Sr. J. e que o facto de ele não se alimentar só ia fazer com que morresse mais depressa. Explicado agora a neta estado atual do avô e que nunca se tratou de uma proibição, mas antes de um cuidado a ter pelos riscos associados. Neta reconhece gravidade da situação, mas esperançosa que ainda venha a ser possível alimentar/hidratar o Sr. J.

Sr. J. faleceu nessa tarde.

- **Sentimentos**

O trabalho desenvolvido ao longo das várias semanas teve como protagonistas o Sr. J. e a esposa que era a principal cuidadora. Apesar dos netos serem muito presentes e envolvidos em todas as tomadas de decisão, não eram figuras assíduas nas nossas visitas. As informações/indicações eram sempre transmitidas à esposa, e frequentemente a neta ou neto contactavam a equipa a validar a informação que tinha sido dada à avó.

- **Avaliação e Análise da Situação**

O trabalho desenvolvido ao longo das várias semanas teve como protagonistas o Sr. J. e a esposa que era a principal cuidadora. Apesar dos netos serem muito presentes e envolvidos em todas as tomadas de decisão, não eram figuras assíduas nas nossas visitas. As informações/indicações eram sempre transmitidas à esposa, e frequentemente a neta ou neto contactavam a equipa a validar a informação que tinha sido dada à avó.

Nesta situação torna-se então evidente a importância da existência de uma linha telefónica direta para a equipa de enfermagem, por forma a dar resposta as

questões/dúvidas que surjam à família. Mas é também evidente a necessidade de trabalhar junto de uma família mais alargada aspetos que os preocupam. Uma vez que o fazíamos com a família nuclear do Sr. J., que era a esposa. Esta depois transmitia as mesmas preocupações à família alargada, os netos, e estes de seguida contactavam a equipa para validar a informação por nós dada presencialmente à avó.

- **Conclusão e Planeamento da Ação**

Talvez esta situação se deva também a uma dificuldade da D<sup>a</sup> T. de confiar nas suas próprias decisões perante o estado atual do Sr. J. Habituada a tomar as decisões em conjunto com o Sr. J., e sendo este um homem muito “senhor do seu nariz” como a esposa carinhosamente partilhava connosco, D<sup>a</sup> T. via-se num impasse em decidir e ao mesmo tempo corresponder aos desejos do Sr. J. se este fosse capaz de partilhar as suas vontades.

Pelo lado dos netos, acredito que a postura por eles mantida se deva principalmente pela necessidade de controlar o processo de doença do avô. Apesar de estarem cientes do desfecho da situação e talvez por terem vivenciado a perda da própria mãe devido a um problema oncológico, não eram capazes de apenas assimilar a informação transmitida pela avó, tendo a necessidade de confirmar sempre com um profissional de saúde.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Martins dos Santos, E. M. (2009). A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico: estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem (tese de doutoramento). Disponível em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1487/1/2009001173.pdf>

Swardt, H.C., Toit, H.S., Botha, A. (2012). Guided reflection as a tool to deal with the theory – practice gap in critical care nursing students. *Health SA Gesondheid*. 17 (1). 1-9

Tate, S. (2013). Writing to learn: writing reflectively. In C. Bulman & S. Schutz (Eds.), *Reflective Practice in Nursing* (pp. 53-92). UK: John Wiley & Sons, Ltd

**Apêndice IX** - Reflexão segundo o Ciclo de  
Gibbs – EIHSCP – Hospital B

## **Apêndice IX - Reflexão segundo o Ciclo de Gibbs – EIHSCP – Hospital B**

Por forma a desenvolver a minha capacidade de aprendizagem a partir da reflexão e análise da experiência vivida utilizei o Ciclo de Reflexivo de Gibbs (Martins dos Santos, 2019; Swardt, Toit, Botha, 2012; Tate, 2013) para me auxiliar nesta tarefa.

- **Descrição da Situação**

A D<sup>a</sup> A tem 76 anos, reside com a filha no litoral alentejano. Tem como diagnóstico um carcinoma pavimento-celular da língua. Até há cerca de uma semana atrás autónoma nas AVD's, necessitando apenas de alguma supervisão pelo cansaço sentido e de forma a prevenir acidentes. Desde então, e segundo descrição da filha ao telefone, mais debilitada, passando grande parte do tempo deitada a dormir. Dada indicação para vigilância e que contactaríamos dali a três dias para reavaliação.

No dia seguinte, filha contacta equipa. D<sup>a</sup> A já dependente de terceiros para a realização das atividades de vida diária, com episódios de recusa alimentar, sendo incapaz de deglutir alimentos pastosas, a consistência de habitualmente tolerava. Além disso, com aumento do edema da língua com dor associada. Filha referia ainda expetoração, mas após esta questão ser aprofundada tratava-se de sialorreia em abundante quantidade.

Alertada filha para a possibilidade de últimos dias de vida, prestado apoio emocional e discutidas possibilidades do local de cuidados. Filha assume a prestação de cuidados apesar de se mostrar muito angustiada com a incerteza do que pode acontecer.

Junto da equipa médica foi possível ajustar plano terapêutica tendo em conta a nova situação da D<sup>a</sup> A, inclusive foi prescrita terapêutica de SOS conforme sintomatologia que pode vir a acontecer. Plano terapêutica discutido com a filha por telefone e enviado por e-mail à mesma. Realizados ainda ensinamentos sobre cuidados de higiene e posicionamentos de doentes acamados, e outros cuidados práticos para o dia-a-dia da D<sup>a</sup> A.

Filha acaba por chorar no final da chamada por toda a situação que envolvia a sua mãe, mas também pela sobrecarga da informação recebida.

- **Sentimentos**

A intervenção de enfermagem num momento de grande sofrimento para a família apesar de fazer a diferença nos cuidados à pessoa em fim de família e à família que cuida, pode ser por vezes fonte de stress deixando a família angustiada. Ou seja, apesar de sentir que estava a ter a melhor e mais completa intervenção, ao mesmo tempo surgiu a frustração por estar a provocar sentimentos a esta filha.

- **Avaliação e Análise da Situação**

Nesta situação torna-se então evidente a importância da existência de uma relação terapêutica previamente à utilização dos recursos à distância de forma a conseguirmos ajudar o doente e família mesmo nas necessidades que exprimem de forma menos completa.

Sem dúvida que a possibilidade de acompanhamento à distância de doentes em fase terminal é uma mais-valia nos cuidados escolhidos por aquele doente e sua família. Apenas é necessário ter em conta que este acompanhamento terá como finalidade o controlo sintomático, o apoio emocional e, se necessário, a articulação com os recursos na comunidade.

Apesar do relatado serem apenas dois contactos de uma relação já longa com a EIHS CP, servem de exemplo para a necessidade de uma identificação precoce das necessidades através de instrumento de avaliação adequados, e pela possibilidade de adaptar os recursos de comunicação à distância a cada doente, família e contexto onde estão inseridos, podendo ser necessário utilizar mais do que um recurso na mesma consulta (exemplo: telefone e e-mail).

- **Conclusão e Planeamento da Ação**

Apesar de todas as contrariedades e dificuldades sem dúvida que a intervenção de enfermagem é fundamental para a prestação de cuidados individualizados que vão de encontro aos desejos dos doentes.

Sem o avanço das tecnologias em saúde seria impossível prestar este tipo de acompanhamento a alguém que reside a mais de 150km do hospital onde é habitualmente acompanhada, dando-lhe oportunidade de permanecer junto daquilo que lhe é mais importante.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**


Martins dos Santos, E. M. (2009). A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico: estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem (tese de doutoramento). Disponível em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1487/1/2009001173.pdf>

Swardt, H.C., Toit, H.S., Botha, A. (2012). Guided reflection as a tool to deal with the theory – practice gap in critical care nursing students. *Health SA Gesondheid*. 17 (1). 1-9

Tate, S. (2013). Writing to learn: writing reflectively. In C. Bulman & S. Schutz (Eds.), *Reflective Practice in Nursing* (pp. 53-92). UK: John Wiley & Sons, Ltd

**Apêndice X - “Orientações Telefônicas” - ECSCP A**

## Apêndice X - “Orientações Telefónicas” - ECSCP A

	Unidade de Cuidados na	EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	Comunidade	1	0	11.11.2021
	NORMAS E PROCEDIMENTOS			
	Orientações Telefónicas	Páginas	1/4	

### 1. OBJECTIVOS

- Promover a continuidade de cuidados prestados à pessoa em situação paliativa à distância e em tempo real
- Promover a boa prática de enfermagem na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSP) nas interações telefónicas com o utente e/ou família
- Uniformizar os registos informáticos da equipa de enfermagem em relação às orientações telefónicas

### 2. ÂMBITO

Esta norma aplica-se aos enfermeiros da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.

### 3. RESPONSABILIDADES

A Equipa Multidisciplinar tem a responsabilidade de aprovar e divulgar a seguinte norma e de aplicar as orientações definidas no procedimento

### 4. CONCEITOS

**Orientação Telefónica:** atendimento por telefone que tem como característica a separação física entre o profissional e o utente, suprimindo a interação presencial. Tem como vantagem a rapidez na resposta, uma maior acessibilidade aos cuidados, uma maior equidade no acesso a cuidados e potencial de ganhos em saúde em tempo útil. Revela-se a sua importância para os utentes em episódio de crise, em situação de urgência, em situação de dependência e/ou de mobilidade afetada. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

**Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos:** equipa especializada que tem como finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos utentes e famílias e às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção. (Diário da República, 2006). Esta equipa tem um papel fulcral no propósito de permitir ao doente permanecer no seu ambiente domiciliário, sempre que o deseje. (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021)

**Gestor de Caso:** profissional de saúde mais envolvido na situação de doença do doente e melhor colocado na equipa multidisciplinar para responder às necessidades identificadas. A gestão de caso está direcionada

Elaboração: Enf <sup>ª</sup> Joana Marques Estudante Enf <sup>ª</sup> Inês Duarte	Verificação: Enf <sup>ª</sup> Coordenadora Fátima Ferreira	Aprovação:
Data: / /	Data: / /	Data: / /

<b>Unidade de Cuidados na Comunidade</b>	<b>EDIÇÃO</b>	<b>REVISÃO</b>	<b>DATA</b>
	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>11.11.2021</b>
<b>NORMAS E PROCEDIMENTOS</b>			
<b>Orientações Telefónicas</b>	<b>Páginas</b>	<b>2/4</b>	

para pessoas com doença prolongada, sujeitas a tratamentos específicos e com necessidades emergentes. A gestão de caso é um processo colaborativo no âmbito do qual se executa avaliação diagnóstica, planeamento, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços, com vista a responder em momento oportuno, com qualidade às necessidades e potencialidades do indivíduo, de modo a garantir a eficiência e eficácia na prestação de cuidados (Martins e Fernandes, 2010)

**Continuidade de Cuidados:** "... sequencialidade, no tempo e nos serviços da RNCP, e fora desta, das intervenções integradas de saúde e de apoio psicossocial e espiritual" (Diário da República, 2012)

## 5. ENQUADRAMENTO

No contexto de prestação de Cuidados Paliativos na Comunidade, a ECSCP funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 17h, sábado das 8h às 15h e domingo apenas para a realização de visitas programadas.

Desta forma, é utilizado o telefone como meio de comunicação privilegiado entre a ECSCP e o utente e família para monitorização da situação clínica. A orientação telefónica tem como ponto de partida o profissional de saúde ou o próprio utente e família.

Existem desvantagens na utilização da comunicação à distância que devem ser acauteladas, tais como a dificuldade de avaliação em presença, a compreensão e interpretação do que é dito ao telefone, sendo que a validação da informação percebida é uma das estratégias a ter em conta (Ordem dos Enfermeiros, 2009). A qualidade da informação fornecida e/ou obtida por via telefónica tem de ser protegida, pela noção de que existe um aumento potencial de erro ou de incompreensão.

É assim pertinente a parametrização dos registos efetuados em SClinic, para um rápido acesso à informação, não existindo falhas na informação que é necessário transmitir à restante equipa.

## 6. OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

1º Identificar-se

2º Identificar a pessoa com quem está a falar (nome e referencia ao utente acompanhado pela equipa)

3º Transmitir a informação desejada

4º Esclarecer as dúvidas que possam surgir

Elaboração: <u>Enf.ª</u> Joana Marques Estudante <u>Enf.ª</u> Inês Duarte  Data: / /	Verificação: <u>Enf.ª</u> Coordenadora Fátima Ferreira  Data: / /	Aprovação:   Data: / /
--	---	---------------------------------



<b>Unidade de Cuidados na Comunidade</b>	<b>EDIÇÃO</b>	<b>REVISÃO</b>	<b>DATA</b>
	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>11.11.2021</b>
<b>NORMAS E PROCEDIMENTOS</b>			
<b>Orientações Telefónicas</b>	<b>Páginas</b>	<b>3/4</b>	

- 5º Validar se todas as informações foram compreendidas
- 6º Em caso de dúvida, agendar visita domiciliária como estratégia para a validação da mensagem transmitida. Se as indicações transmitidas forem de carácter urgente, alterando a situação atual do doente, agendar visita domiciliária para o próprio dia ou para o dia seguinte.
- 7º Todas as orientações telefónicas têm que ser registadas em SClinic.

Informação imprescindível no registo efetuado:

- Data
- Origem do contacto – utente / familiar (nome) / profissional de saúde (nome)
- Motivo do contacto – resumo do contacto
- Encaminhamento – para instituição de saúde (consulta/serviço de urgência) – se aplicável
- Marcação – de próxima orientação telefónica / visita domiciliária

### 7. BIBLIOGRAFIA


Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022*. Acedido a 11 de Novembro de 2021. Disponível em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021\\_2022.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf)

Diário da República, 1ª série nº 109 de 06 de Junho de 2006. *Criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos*. P. 3856-3865. Acedido a 25 de Outubro de 2021. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>

Diário da República, 1ª série nº 172 de 5 de Setembro de 2012. *Lei de Bases de Cuidados Paliativos*. P. 5119-5124. Acedido a 25 de Outubro de 2021. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>

Martins, MCA; Fernandes, PFC (2010). *O gestor de caso: aplicabilidade do conceito*. P. 1-7. Acedido a 25 de Outubro de 2021. Disponível em [https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1731/1/Gest%C3%A3o%20de%20caso%20art%20\\_2010%20REposit%20C.pdf](https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1731/1/Gest%C3%A3o%20de%20caso%20art%20_2010%20REposit%20C.pdf)

Elaboração: <u>Enf</u> Joana Marques Estudante <u>Enf</u> Inês Duarte	Verificação: <u>Enf</u> Coordenadora Fátima Ferreira	Aprovação:
Data: / /	Data: / /	Data: / /

	<b>Unidade de Cuidados na</b>	<b>EDIÇÃO</b>	<b>REVISÃO</b>	<b>DATA</b>
	<b>Comunidade</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>11.11.2021</b>
	<b>NORMAS E PROCEDIMENTOS</b>			
	<b>Orientações Telefónicas</b>	<b>Páginas</b>	<b>4/4</b>	

Ordem dos Enfermeiros (2009). Parecer Conselho Jurisdicional nº 102/2009. *Consulta de Enfermagem por Via Telefónica*. Acedido a 08 de Novembro de 2021. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer102\\_2009\\_consulta\\_enfermagem\\_telefone.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer102_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf)

Elaboração: <u>Enf<sup>a</sup></u> Joana Marques Estudante <u>Enf<sup>a</sup></u> Inês Duarte  <u>Data:</u> /    /	Verificação: <u>Enf<sup>a</sup></u> Coordenadora Fátima Ferreira  <u>Data:</u> /    /	Aprovação:   <u>Data:</u> /    /
--	---	---

**Apêndice XI** - Poster apresentado no III  
Encontro Internacional de Cuidados de  
Enfermagem

# Apêndice XII - Poster apresentado no III Encontro Internacional de Cuidados de Enfermagem

## A TELECONSULTA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COM A PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

DESCRITORES: Cuidados Paliativos, Enfermagem, Teleconsulta



III Encontro  
Internacional  
de cuidados em  
enfermagem

Tecnologia e Inovação  
em tempos de risco

Duarte, Inês<sup>1</sup>; Sá, Eunice<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestranda na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Enfermeira da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (ines\_fm\_duarte@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Doutora em Enfermagem, Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (esa@esel.pt)

**INTRODUÇÃO:** Nos últimos anos temos assistido a uma mudança de paradigma no cuidar, associado a uma sociedade cada vez mais envelhecida. São necessários mais e melhores cuidados. O foco deixou de ser a doença, para passar a ser o que é importante para o doente/família, tendo em conta as complicações inerentes a um processo de doença incurável, avançada e progressiva. A Ordem dos Enfermeiros define teleconsulta como “consulta de enfermagem realizada à distância, com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente” (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Aumento da Esperança Média  
de Vida para 80,93 anos

Aos 65 anos  
Vida Saudável de 7,3 anos



Aos 65 anos  
Esperança de Vida de 19,61 anos

Instituto Nacional de Estatística, 2020

CUIDADOS  
PALIATIVOS



Cuidados necessários para aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida do doente e da sua família, e deve ser aplicado o mais cedo possível no decurso de uma doença grave e incurável, através de uma identificação precoce, avaliação adequada e tratamento dos problemas físicos, psico-sociais e espirituais. (World Health Organization, 2002)

## A TELECONSULTA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COM A PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

DESCRITORES: Cuidados Paliativos, Enfermagem, Teleconsulta



III Encontro  
Internacional  
de cuidados em  
enfermagem

Tecnologia e Inovação  
em tempos de risco

Duarte, Inês<sup>1</sup>; Sá, Eunice<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestranda na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Enfermeira da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (ines\_fm\_duarte@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Doutora em Enfermagem, Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (esa@esel.pt)

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO:** Por forma a garantir uma prestação de cuidados de forma holística e individualizada recorremos à Teoria de Final de Vida Pacífica de Cornelia Ruland e Shirley Moore (1998). Esta teoria de enfermagem tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e atingir um fim de vida pacífico, relacionando com as intervenções de enfermagem e resultados específicos para este grupo de doentes.

**OBJETIVO:** Demonstrar a importância da teleconsulta nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa e sua família, acompanhados pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

**METODOLOGIA:** Metodologia de Projeto, visando a identificação de problemas e a sua resolução através da intervenção na prática (Ruivo & Ferrito, 2010).



Desenvolvimento de um manual de boas práticas com fluxogramas de intervenção e de um algoritmo para agendamento, com a avaliação sintomática dos doentes e o planeamento dos cuidados de enfermagem.

Utilizada a "Integrated Patient Care Outcome Scale" (IPO-S) (POS, 2015) para avaliação sintomática dos doentes em todas as consultas presenciais ou à distância. Foi feita a reavaliação em teleconsulta em 3/4 dias se existência de descontrolo sintomático, ou em 7/8 dias se sintomas controlados.

# A TELECONSULTA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COM A PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

DESCRITORES: Cuidados Paliativos, Enfermagem, Teleconsulta



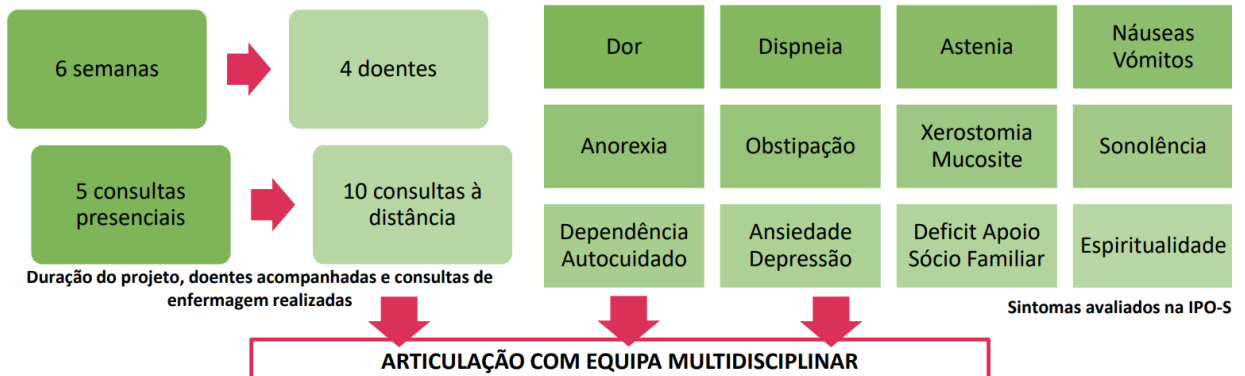
III Encontro  
Internacional  
de cuidados em  
enfermagem

Tecnologia e Inovação  
em tempos de risco

Duarte, Inês<sup>1</sup>; Sá, Eunice<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestranda na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Enfermeira da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (ines\_fm\_duarte@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Doutora em Enfermagem, Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (esa@esel.pt)



**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A teleconsulta permite um aumento da eficácia na facilidade do contacto quando surge algum sintoma, uma poupança de custos monetários e uma maior qualidade dos cuidados de enfermagem no atendimento e da comunicação. Assim evitam-se deslocações ao hospital, mantendo a proximidade da família, experienciando conforto e mantendo a dignidade e o respeito. Em cuidados paliativos é um recurso facilitador da comunicação direta e centrada no doente, entre o doente e a sua família, e as equipas de saúde. A possibilidade de utilização de uma plataforma que permita a realização de uma videoconferência é uma mais-valia na avaliação clínica dos doentes e ajuda às suas famílias (Funderskov et al, 2019; Van Gurp et al, 2015).

**Bibliografia:** Funderskov KF, Danbjørg DB, Jess M, Munk L, Zwisler ADO, Dieperink KB (2019). Telemedicine in specialised palliative care: healthcare professionals' and their perspectives on video consultations—A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 28. 3966-3976 | Hansen DM (2018). Peaceful end-of-life theory. In Allgood, MR (Org), *Nursing Theorists and Their Work* (pp. 564-571). Missouri: Elsevier | Instituto Nacional de Estatística (2020). Tábuas de mortalidade para Portugal 2017-2019. *Destaque: Informação à Comunicação Social* | Ordem dos Enfermeiros (2021). Parecer sobre consulta e teleconsulta de enfermagem. Parecer nº 53/2021 | Palliative Care Outcome Scale (POS) (2015). Recuperado de <http://pos-pal.org/> | Ruivo, MA, Ferrito, C (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15 | Van Gurp, J, Van Selm M, Vissers K, Van Leeuwen E, Hasselaar J (2015). How outpatient palliative care teleconsultation facilitates empathic patient-professional relationships: a qualitative study. *PLoS ONE*. 10 (4). 1-13 | World Health

**Apêndice XII** – Poster apresentado  
no 2º Webinar do Departamento Médico-  
Cirúrgico / Adulto e Idoso da ESEL

# Apêndice XIII – Poster apresentado no 2º Webinar do Departamento Médico-Cirúrgico / Adulto e Idoso da ESEL

## A TELECONSULTA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COM A PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos, Enfermagem, Teleconsulta

Duarte, Inês<sup>1</sup>; Sá, Eunice<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestranda na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Enfermeira da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte ([ines\\_fm\\_duarte@hotmail.com](mailto:ines_fm_duarte@hotmail.com))

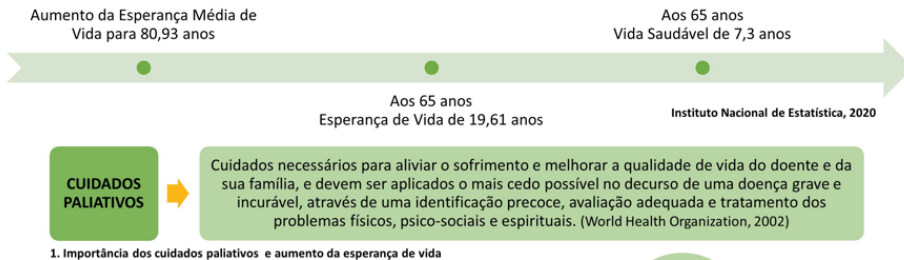
<sup>2</sup>Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Doutora em Enfermagem, Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa ([esa@esel.pt](mailto:esa@esel.pt))

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL:  
A evidência científica na intervenção clínica

**WEBINAR** 10 de Novembro de 2022  
16-21 horas  
(Fuso horário - Lisboa, Portugal)



**1. INTRODUÇÃO:** Nos últimos anos temos assistido a uma mudança de paradigma no cuidar, associado a uma sociedade cada vez mais envelhecida. São necessários mais e melhores cuidados. O foco deixou de ser a doença, para passar a ser o que é importante para o doente/família, tendo em conta as complicações inerentes a um processo de doença incurável, avançada e progressiva. A Ordem dos Enfermeiros define teleconsulta como “consulta de enfermagem realizada à distância, com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente” (Ordem dos Enfermeiros, 2021).



**2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO:** Por forma a garantir uma prestação de cuidados de forma holística e individualizada recorremos à Teoria de Final de Vida Pacífica de Cornelia Ruland e Shirley Moore (1998). Esta teoria de enfermagem tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e atingir um fim de vida pacífico, através de intervenções de enfermagem e resultados específicos para este grupo de doentes.

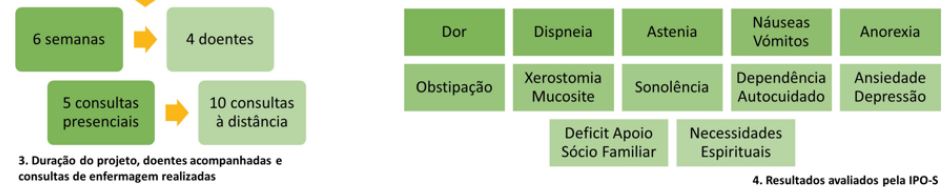


**3. OBJETIVO:** Demonstrar a importância da teleconsulta nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa e sua família, acompanhados pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

Utilizada a "Integrated Patient Care Outcome Scale" (IPO-S) (POS, 2015) para avaliação sintomática dos doentes em todas as consultas presenciais ou à distância. Foi feita a reavaliação em teleconsulta em 3/4 dias se existência de descontrolo sintomático, ou em 7/8 dias se sintomas controlados.

**4. METODOLOGIA:** Metodologia de Projeto, visando a identificação de problemas e a sua resolução através da intervenção na prática (Ruivo & Ferrito, 2010).

Desenvolvimento de um manual de boas práticas com fluxogramas de intervenção e de um algoritmo para agendamento, com a avaliação sintomática dos doentes e o planeamento dos cuidados de enfermagem.



### ARTICULAÇÃO COM EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

**5. RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A teleconsulta permite um aumento da eficácia da comunicação pela facilidade do contacto quando surge algum sintoma, uma poupança de custos monetários e uma maior qualidade dos cuidados de enfermagem no atendimento. Assim, evitam-se deslocações ao hospital, mantendo a proximidade da família, experienciando conforto e mantendo a dignidade e o respeito. Em cuidados paliativos, a teleconsulta, é um recurso facilitador da comunicação direta e centrada no doente, entre o doente e a sua família, e as equipas de saúde. A possibilidade de utilização de uma plataforma que permita a realização de uma videoconferência é uma mais-valia na avaliação clínica dos doentes e ajuda às suas famílias (Funderskov et al, 2019; Van Gorp et al, 2015).

## **Anexos**

**Anexo I** - *Integrated Palliative Outcome Scale – IPO-S*

## Anexo I - Integrated Palliative Outcome Scale – IPO-S

### IPOS Questionário do Profissional de Saúde



www.pos-pal.org

Em colaboração com:



**CEISUC**  
CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Nome do doente: \_\_\_\_\_  
Código do doente: \_\_\_\_\_

Data (dd/mm/ano):

		-			-		
--	--	---	--	--	---	--	--

Por favor, responda às seguintes perguntas, tendo em atenção a situação do/a doente em questão. Obrigado.

**P1. Quais têm sido os principais problemas ou preocupações do/a doente durante os últimos 3 (três) dias?**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**P2. Segue-se uma lista de sintomas, que o/a doente poderá ou não ter tido. Para cada um destes sintomas, por favor, faça uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como afetou o/a doente durante os últimos 3 dias. Caso não saiba responder ou o/a doente esteja inconsciente, por favor coloque uma cruz na coluna "Não Aplicável".**

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Muito	Insuportável	Não aplicável
Dor	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de ar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraqueza ou falta de energia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas (sensação de que vai vomitar)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos (enjoado/a)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouco apetite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prisão de ventre	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feridas na boca ou boca seca	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonolência	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouca mobilidade	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Por favor, indique quaisquer outros sintomas que não foram aqui referidos e faça uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como esses sintomas afetaram o/a Doente durante os últimos 3 dias.</b>						
1.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante os últimos 3 dias:	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	A maior parte do tempo	Sempre	Não aplicável
P3. O/A doente tem-se sentido ansioso/a ou preocupado/a com a sua doença ou com o tratamento?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4. Algum dos familiares ou amigos do/a doente tem-se sentido ansioso/a ou preocupado/a com ele/a?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5. O/A doente tem-se sentido deprimido/a?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

durante os últimos 3 dias:	Sempre	A maior parte do tempo	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca	Não aplicável
P6. O/A doente sentiu-se em paz?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7. O/A doente tem sido capaz de partilhar com a sua família ou amigos a forma como se tem sentido, tanto quanto queria?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P8. O/A doente teve toda a informação que pediu?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

durante os últimos 3 dias:	Foram resolvidos ou não tinha problemas	Foram maioritariamente resolvidos	Foram parcialmente resolvidos	Praticamente não foram resolvidos	Não foram resolvidos	Não aplicável
P9. Caso o/a doente tenha tido problemas práticos resultantes da sua doença, estes foram resolvidos? (tais como financeiros ou pessoais)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>