

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





Dedico este trabalho aos meus pais por todo o apoio e incentivo em todas as etapas da minha vida. Pela educação, todo o amor e carinho que sempre me dedicaram e por todos os valores que me transmitiram...

Juntos seremos sempre mais fortes.



## **Agradecimentos**

A elaboração deste relatório só foi possível graças à colaboração e ao contributo, de forma direta ou indireta, de várias pessoas. Gostaria de exprimir algumas palavras de agradecimento e profundo reconhecimento, em particular:

À minha Orientadora, Professora Doutora Rosa Martins, por toda a dedicação e ajuda que me deu neste processo de aprendizagem, pela motivação transmitida. Sem ela não teria chegado a bom porto.

Aos meus pais e a minha família que me ajudaram e incentivaram nos momentos mais difíceis.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que alcançasse este objetivo.

A todos o meu muito obrigada!



## Resumo

**Enquadramento:** Os Cuidados Paliativos, sendo cuidados de saúde exigentes e humanizados, intervêm sobretudo no sofrimento das pessoas com doenças graves e/ou avançadas e irreversíveis, maximizando, quanto possível, a sua qualidade de vida e dignidade. Com o mesmo propósito intervêm a enfermagem de reabilitação num cuidar especializado, no sentido de otimizar o conforto e bem-estar da pessoa, porém nem sempre reconhecido pelos seus pares. Assim pretendemos conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nas pessoas internadas em Unidades de Cuidados Paliativos.

**Métodos:** Estudo qualitativo, com recurso à análise de conteúdo. Os dados foram colhidos junto de uma amostra de 13 enfermeiros, sendo 12 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Eram todos licenciados em enfermagem e exerciam a sua atividade profissional em Unidades de Cuidados Paliativos. Para a recolha de dados recorreu-se a uma entrevista semiestruturada.

**Resultados:** Observámos que os enfermeiros da nossa amostra têm uma perceção muito positiva acerca da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação nas Unidades de Cuidados Paliativos, considerando-o como agente facilitador na satisfação das necessidades do doente, destacando a sua intervenção sobretudo aos níveis da fisioterapia respiratória, promoção/preservação da autonomia/independência do doente, mobilização, treino da deglutição/disfagia e massagem.

**Conclusões:** A visão dos enfermeiros sobre a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação nas unidades de Cuidados Paliativos é positiva salientando a importância da sua intervenção na manutenção das capacidades funcionais dos doentes, a prevenção de riscos/complicações e a promoção de intervenções terapêuticas que objetivem a melhoria das funções residuais e reduzam o impacto das incapacidades resultantes da doença.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação; Perceção dos enfermeiros; doente paliativo; Unidades de Cuidados Paliativos.



## **Abstract**

**Background:** Palliative Care, being a demanding and humanized health care, mainly involves the suffering of people with serious and / or advanced and irreversible diseases, maximizing, as much as possible, their quality of life and dignity. With the same purpose, rehabilitation nursing intervenes in a specialized care, in order to optimize the comfort and well-being of the person, but not always recognized by their peers. Thus we intend to know the nurses' perception about the intervention of the nurse specialist in rehabilitation nursing in the people hospitalized in Palliative Care Units.

**Methods:** Qualitative study using content analysis. Data were collected from a sample of 13 nurses, 12 females and 1 males. They were all licensed in nursing and exercised their professional activity in Palliative Care Units. For the collection of data a semi-structured interview was used.

**Results:** We observed that the nurses in our sample have a very positive perception about the intervention of the specialist nurse in rehabilitation in the Palliative Care Units, considering it as a facilitating agent in the patient's needs, emphasizing their intervention mainly at the levels of kinesitherapy respiratory therapy, promotion / preservation of autonomy / independence of the patient, mobilization, deglutition / dysphagia training and massage.

**Conclusions:** The nurses' view on the intervention of the nurse specialist in rehabilitation in the Palliative Care units is positive, emphasizing the importance of their intervention in the maintenance of the functional capacities of the patients, the prevention of risks / complications and the promotion of therapeutic interventions that aim to improve and reduce the impact of disability resulting from the disease.

**Key words::** Rehabilitation Nursing; Nurses' perception; palliative patient; Palliative Care Units.



## Lista de Figuras

<b>Figura 1 - Índice de Cobertura dos CP</b> .....	40
--	----



## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Enfermeiros.....	59
Tabela 2 - Categorias e Subcategorias.....	66



## Lista de Quadros

Quadro 1 - Matriz SWOT .....	37
Quadro 2 - Significado de CP .....	67
Quadro 3 - Significado de Doente Paliativo.....	69
Quadro 4 - Necessidades Identificadas na Pessoa com Necessidades de CP .....	70
Quadro 5 - Necessidades Identificadas na Família e/ou Pessoa Significativa da Pessoa com Necessidades de CP .....	71
Quadro 6 - Intervenções de Enfermagem que Executa Quando Cuida de Pessoas com Necessidades de CP .....	74
Quadro 7 – Conhecimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação.....	78
Quadro 8 - Reconhecimento da Importância do EEER na Equipa de CP.....	81



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

ARS – Administração Regional de Saúde

CCI – Cuidados Continuados Integrados

cf. - Conforme

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. – Citado(a)

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC CI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECR – Equipa de Coordenação Regional

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EIHSCP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EPE- Entidade Pública Empresarial

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPO – Instituto Português de Oncologia

LBCP- Lei de Bases dos Cuidados Paliativos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. – página

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT - *Strengths Weaknesses Opportunities Threats*

UCCI – Unidades de Cuidados Continuados Integrados

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados



## Sumário

<b>Introdução</b> .....	<b>21</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>25</b>
<b>1. Cuidados Paliativos</b> .....	<b>27</b>
1.1. A Realidade Portuguesa.....	31
1.2. Referenciação Para Unidades de Cuidados Paliativos .....	41
1.3. Cuidados Paliativos: A Arte de Cuidar .....	44
1.4. O Cuidar Humanizado.....	47
<b>2. Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</b> .....	<b>49</b>
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	<b>53</b>
<b>1. Metodologia</b> .....	<b>55</b>
1.1. Métodos .....	56
1.2. Participantes.....	58
1.2.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes .....	58
1.3. Instrumento de Colheita de Dados .....	60
1.4. Procedimentos Éticos e Formais.....	61
1.5. Procedimento de Tratamento dos Dados .....	62
<b>2. Apresentação dos Resultados</b> .....	<b>65</b>
2.1. Significado de Cuidados Paliativos.....	67
2.2. Significado de Doente Paliativo.....	68
2.3. Necessidades Identificadas na Pessoa com Necessidade de Cuidados Paliativos ....	69
2.4. Necessidades Identificadas na Família e/ou pessoa Significativa da Pessoa com Necessidade de Cuidados Paliativos .....	70
2.5. Intervenções de Enfermagem que Executa Quando Cuida de Pessoas com Necessidades de Cuidados Paliativos .....	72
2.6. Enfermeiro Especialista em Reabilitação Como Agente Facilitador na Satisfação das Necessidades do Doente na Equipa de Unidade de Cuidados Paliativos.....	75
2.7. Reconhecimento da Importância do EEER na Equipa de CP.....	80
<b>3. Discussão dos Resultados</b> .....	<b>85</b>
<b>Conclusão</b> .....	<b>89</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>91</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>97</b>



## Introdução

Desde muito cedo começamos a conviver com o dilema que se coloca entre a vida e a morte, e percebemos que tudo tem um princípio e um fim. Contudo a morte não é encarada como um fechar de um ciclo que pode ser vivida com amor, dignidade e em paz consigo e com quem os rodeia. Corroboramos Neto (2010, p. 25), quando afirma “oxalá possamos dar aos que se despedem da vida a mesma atenção e prioridade que damos àqueles que a iniciam”.

Hoje em dia necessitamos de conhecimentos mais vastos para saber responder às necessidades, atuar e prestar cuidados de saúde mais personalizados e individualizados em doentes com necessidade de Cuidados Paliativos (CP). Por ser tão importante esta área e por se pensar ser tão necessário para o dia-a-dia profissional, optou-se por enfrentar este desafio e estudar a perceção dos enfermeiros de CP sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação. Por outro lado, parte-se do pressuposto que, em qualquer situação de cuidados de enfermagem em contexto paliativo, é fundamental que o seu planeamento seja centrado na pessoa (doente/família). Para tal, considera-se importante mobilizar saberes devidamente organizados e sistematizados, bem como técnicas e procedimentos terapêuticos no relacionamento com a díade doente/família.

Face a uma orientação para o cuidar, a enfermagem desenvolveu a sua prática por um modelo mais ajustado ao tipo de cuidados praticados, ou seja, um modelo holístico, orientado para a experiência única de cada pessoa, onde se deseja que o enfermeiro reconheça cada pessoa no seu todo, numa perspetiva de crescimento e de desenvolvimento, tendo sido este o lema que, *a priori*, define para orientar a minha prática clínica.

Os princípios subjacentes à prática da filosofia dos CP assentam na afirmação da vida e no encarar a morte como um processo natural; no encarar da doença como causa de sofrimento a minorar; no reconhecer e aceitar em cada doente os seus próprios valores e prioridades; no considerar que o doente vale por quem é, e vale até ao fim, e que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas, que podem ser médica e humanamente apoiadas e no considerar que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e crescimento pessoal (DGS, 2004). Teve início em Inglaterra, nos anos 60, a ideia de paliar os doentes em fim de vida que exigissem um cuidado diferenciado, focado no alívio sintomatológico e na ligação doente-família. Posteriormente, esta ideia difundiu-se pelo continente americano com grande aceitação em diversos países (Dias, 2012).

O aumento da esperança média de vida e da incidência de patologias crónicas e degenerativas tem vindo a ser uma realidade nacional, devendo dar-se especial enfoque a esta questão, sendo neste contexto que os CP emergem, dando especial atenção ao doente, à sua família e ao seu círculo social.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), através da publicação, em Diário da República do Regulamento n.º125/2011, de 18 de fevereiro (p. 8658), referente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EEER), refere no preâmbulo, como objetivos gerais, “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima”.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho de 2015, p. 16656), “a enfermagem de reabilitação tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital”, objetivando “o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas”. Assim, ao nível das suas intervenções, o EEER

“utiliza técnicas específicas de reabilitação, prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do cliente no seio da comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”.

O documento Áreas de Investigação Prioritária para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, aprovado pela assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação em janeiro de 2015 (p. 5) refere que:

“existem três áreas de investigação mais prioritárias em Enfermagem de Reabilitação a curto prazo (3-5 anos) a investigar na Enfermagem de Reabilitação em Portugal, correspondendo às subcategorias: áreas de investigação no âmbito dos Processos Fisiológicos estudando as intervenções autónomas do EEER na função motora e na função respiratória; Área de Investigação no âmbito dos processos adaptativos na dependência no autocuidado em contexto domiciliário; área de investigação em efetividade das intervenções de enfermagem de reabilitação”.

Tendo em conta o tema escolhido, formula-se uma questão pertinente à qual se tentará dar resposta:

- Qual será a perceção dos enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Paliativos acerca da intervenção do EEER?

De modo a responder-se a esta questão, delineou-se o objetivo principal: conhecer a perceção que os enfermeiros têm sobre a intervenção especializada do EEER nos CP.

O presente trabalho foi organizado em duas partes: a revisão da literatura e a investigação empírica. A primeira é reservada à fundamentação teórica, iniciando com uma abordagem ao conceito de CP, fazendo-se uma breve resenha histórica dos CP em Portugal. Aborda-se os CP como arte de cuidar humanizada e faz-se alusão às competências do EEER. A segunda parte abarca o estudo empírico. Assim, na metodologia apresenta-se e descreve-se o tipo de investigação desenvolvida, nomeadamente, o tipo de estudo, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos e a especificidade dos tratamentos dos dados. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua análise descritiva. Tem lugar ainda a discussão dos resultados. O estudo termina com as conclusões mais relevantes e que dão resposta às questões de partida e aos objetivos do estudo formulados.



**PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---



## 1. Cuidados Paliativos

O conceito de CP evoluiu ao longo do tempo à medida que esta filosofia de cuidado se desenvolveu em muitas regiões do mundo. Os CP foram definidos, tendo como referência não um órgão, idade, tipo de doença ou patologia, mas uma avaliação de um provável diagnóstico e em relação às necessidades especiais da pessoa doente e dos seus familiares. Tradicionalmente, os CP eram vistos como sendo aplicáveis exclusivamente no momento em que a morte era iminente. Hoje, são oferecidos no estadio inicial de uma determinada doença progressiva, avançada e incurável (Frankl, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, definiu CP como o cuidado ativo total de pessoas cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Controlo da dor e de outros sintomas e problemas de ordem psicológica, social e espiritual são prioritários. O objetivo destes cuidados é proporcionar a melhor qualidade de vida para os pacientes e para os seus familiares. Esta definição objetiva que se centre o doente e que se enfatize a natureza holística da condição humana, identificando-se a qualidade de vida como objetivo último. Contudo, o uso do termo curativo não coadjuva, uma vez que muitas condições crónicas não podem ser curáveis, mas podem ser compatíveis com uma expectativa de vida por várias décadas (Pessini, 2002).

Em 2002, a OMS definiu os CP como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, como recurso à identificação precoce e tratamentos rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais” (Neto, 2010, p.3). Partindo da definição da OMS (2002), que considera os CP como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada, numa perspetiva de apoio global aos múltiplos problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida, os CP têm como objetivo a prestação de cuidados ativos numa abordagem global da pessoa atingida por uma doença grave, evolutiva ou terminal. O seu objetivo é aliviar além de dores físicas, assim como os outros sintomas, aliviar o sofrimento psicológico, social e espiritual do doente e da família (APCP, 2016).

Segundo a mesma entidade suprarreferida, o Concelho da Europa, reconhecendo a existência de sérias deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano a ser apoiado e assistido na fase final de vida, recomenda a maior atenção para as condições de vida dos doentes em fim de vida, nomeadamente para a prevenção da sua solidão e sofrimento, oferecendo-lhe a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado, que impulse a proteção da dignidade do doente incurável ou na fase final de vida, com

base em três princípios fundamentais: (i) consagrar e defender o direito dos doentes incuráveis e na fase final de vida a uma gama completa de CP; (ii) proteger o direito dos doentes incuráveis e na fase final de vida à sua própria escolha; (iii) manter a interdição absoluta de, intencionalmente, se pôr fim à vida dos doentes incuráveis e na fase final de vida.

Os CP são definidos pela OMS (2016) como uma abordagem para o cuidado que procura melhorar a qualidade de vida das pessoas e seus familiares face a problemas decorrentes da doença e do risco à vida, através da prevenção, minimização e alívio do sofrimento, o que pode ser alcançado através da identificação, avaliação e tratamento precoce da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. São, ao mesmo tempo, uma filosofia norteadora e uma diretriz para ações a serem desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar de saúde, estruturada num sistema de atenção interdisciplinar. Os seus princípios podem ser aplicados a todas as pessoas com necessidades de CP e família, com ênfase no cuidado para a preservação da dignidade e tendo o alívio do sofrimento como o foco do cuidado (Van Mechelen, Aertgeerts, De Ceulaer, Thoosen, Vermandere, Warmenhoven et al., 2013). Os CP devem ser considerados a partir do momento do diagnóstico da doença grave, durante o tratamento potencialmente curativo e na fase final da vida (Hall, Petkova, Tsouros, Costantini & Higginson, 2011).

São cuidados especializados que se concentram em proporcionar alívio aos doentes, no que se refere à dor e a outros sintomas de uma doença grave. Uma equipa multidisciplinar de cuidados visa melhorar a qualidade de vida das pessoas que necessitam de CP, independentemente do diagnóstico ou estadio da doença.

De acordo com Bernardo, Rosado e Salazar (2016), os CP são cuidados para melhorar a qualidade de vida de doentes com uma doença grave ou potencialmente fatal. Centra-se numa abordagem para o cuidado que aborda a pessoa como um todo, não apenas a sua doença. O objetivo é prevenir ou tratar, o mais cedo possível, os sintomas e os efeitos colaterais da doença e seu tratamento, tendo em conta os problemas psicológicos, sociais e espirituais relacionados com todo o processo da doença. Cuidados paliativos também são denominados de cuidados de conforto, cuidados de suporte e gestão de sintomas. Proporcionam cuidados holísticos ao doente e à família, ou ao cuidador principal, com foco nas questões físicas, emocionais, sociais e espirituais que os doentes/família podem enfrentar durante o percurso da doença.

Estes cuidados recorrem a uma equipa interdisciplinar para que possa avaliar as necessidades do doente e sua família, como abrangem o processo de luto, propiciam a melhoria da qualidade de vida desta díade, com possíveis intervenções positivas na

trajetória de doença. Estes devem ser desenvolvidos o mais precocemente possível, conjugando outras terapêuticas determinadas para a cura ou para o prolongamento da vida (Bernardo et al., 2016).

A filosofia dos CP traduz-se, segundo a definição da *World Health Organization* (2014), numa abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias face ao problema associado à doença com risco de vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento corretos da dor e de outros problemas psicossociais e espirituais. Os CP são cada vez mais reconhecidos como parte essencial de todos os sistemas de saúde. Apesar disso, é amplamente reconhecido que ainda há um acesso inadequado a CP em todo o mundo, e com um envelhecimento da população a procura destes cuidados tem tendência a aumentar.

Neste sentido, a complexidade dos processos vividos pela pessoa em situação paliativa requer que os enfermeiros assumam a lógica da multidisciplinaridade e que se assumam como profissionais atentos aos sentimentos de quem vivência uma condição tão complexa, o que implica possuírem formação para poderem intervir com a qualidade exigível neste tipo de cuidados diferenciados.

Os CP, de acordo com Portaria n.º 66/2018, de 6 de março de 2018, são considerados essenciais a um Sistema Nacional de Saúde (SNS) de qualidade, que devem

“ser prestados em continuidade nos cuidados de saúde, a todas as pessoas, ao longo do ciclo de vida, com doenças muito graves e/ou avançadas e progressivas, que deles necessitem, e onde quer que se encontrem, designadamente nos cuidados de saúde primários (CSP), hospitalares ou continuados integrados”.

Existem quatro fases paliativas em função do estadió da doença, correspondendo cada uma a diferentes níveis de complexidade (Barbosa & Neto, 2006):

- Aguda- Fase de desenvolvimento inesperado de um problema, ou em que existe um aumento significativo na gravidade dos problemas já existentes;
- Deterioração- Ocorre um desenvolvimento gradual de problemas, sem que haja uma necessidade de uma alteração súbita no controlo da situação;
- Terminal: Fase em que a morte está iminente numa previsão de horas ou dias (agonia), e não se preveem intervenções agudas;
- Estável: Nesta fase incluem-se os clientes que não estão em nenhuma das fases anteriores.

Para dar resposta à necessidade das pessoas com necessidades de CP, deve aliar-se a arte de cuidar em parceria com o conhecimento científico, isto é, associar-se a ciência

à arte de promover alívio do sofrimento relacionado com a doença. Estes cuidados avançam como um modelo que manifesta distintas propostas terapêuticas, visando a redução dos sintomas responsáveis pelo sofrimento físico, emocional e psicológico, que interferem na qualidade de vida dessas pessoas (Matsumoto, 2009).

Como tal, os CP precisam de uma abordagem transdisciplinar, que possuam uma conceção comum, desenhem em parceria a teoria e a abordagem dos problemas que consideram de todos. Centram-se na pessoa com necessidades de CP, família e/ou cuidadores, prestadores de cuidados, serviços sociais e na equipa, tendo como finalidade a atuação cujo objetivo se centra no bem-estar global do doente e sua família. Neste propósito, a atuação em equipa deve enfatizar a vida, encorajar a esperança e ajudar as pessoas a aproveitarem o melhor de cada dia (Barbosa & Neto, 2016).

Nunes (2008, p. 49) menciona que o pressuposto dos CP é promover a qualidade de vida do doente e família, até à sua morte, (...) de modo verdadeiramente humano, respeitando os limites advenientes da dignidade da morte”. O mesmo autor sustenta que a dignidade humana é a pedra basilar no qual se baseiam todos os princípios éticos, devendo estar inevitavelmente presente em todas as decisões e intervenções a tomar em CP.

O desenvolvimento dos CP pode influenciar positivamente outras formas de cuidados de saúde, ao valorizar aspetos que ficaram em segundo plano a partir do domínio da medicina chamada científico-tecnológico, tais como: as dimensões humanas e ético-espirituais da pessoa humana (Doyle, Hanks, Cherney & Calman, 2005).

## 1.1. A Realidade Portuguesa

A introdução dos CP em Portugal deveu-se ao interesse de alguns pioneiros pelo tratamento da dor crónica dos doentes com doença oncológica avançada e pela necessidade de ser garantida a continuidade dos cuidados dos doentes nas fases mais avançadas das doenças incuráveis e irreversíveis (Neto, Marques, Gonçalves, Domingos & Feio, 2014).

Em 1992, foi criada em Portugal a primeira Unidade da Dor no Hospital do Fundão (atual Centro Hospitalar Cova da Beira), unidade essa que ainda existe e é conhecida por ser um Serviço de Medicina Paliativa. O primeiro serviço paliativo português foi criado em 1994 no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto com o intuito de prestar CP a doentes oncológicos (Neto et al., 2014). Alguns anos mais tarde, em 1995, foi criada a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) atual Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), fundada por profissionais de saúde que exerciam a sua atividade na UCP do IPO do Porto (Sapeta, 2014). Esta associação tinha como finalidade promover o desenvolvimento, o estudo, a investigação e o ensino dos CP prestados a doentes com doença crónica avançada e progressiva, com o objetivo de obter a melhor qualidade de vida possível, integrando os aspetos psicológicos, sociais e espirituais e consideradas as necessidades básicas da família tanto em vida como para além da morte (Sapeta, 2011). A mesma associação, em 2016, elaborou um documento denominado de “Desenvolvimento dos CP em Portugal”. Este documento demonstra a sua visão dos CP em Portugal e enumera um conjunto de recomendações e propostas, que considera realistas e implementáveis a curto, médio e longo prazo (Bernardo et al., 2016).

No início do século XXI, em Coimbra, foi criada a UCP do IPO de Coimbra. Ainda no mesmo ano, surgiu a primeira equipa de CP na Santa Casa da Misericórdia de Azeitão. Nesse ano foi também publicado, em Diário da República, o Plano Oncológico Nacional e ainda aprovado o Plano Nacional da Luta Contra a Dor.

A 18 de junho de 2010, foi solicitado ao Bastonário da Ordem dos Médicos a existência de Medicina Paliativa como uma competência da carreira, processo que foi aprovado em 2013. A legislação desta competência tornou-se um ponto fulcral para os CP marcando o avanço nacional nesta área (Neto et al., 2014).

A RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) foi criada pelo Decreto-Lei nº 281, de 8 de novembro de 2003, visando oferecer cuidados especializados a doentes que necessitassem de cuidados de média e longa duração em situações de internamento, no domicílio e em ambulatório. Em 2003 existiam em Portugal 4 unidades de

internamento de CP, 3 equipas de apoio domiciliário e 2 equipas de suporte intra-hospitalares. Em 2004, foi criado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), com vista a colmatar uma carência nacional de cuidados especializados a doentes terminais. Em 2010, foi aprovada a revisão e emitido um novo PNCP.

O PNCP fundamenta-se na necessidade de respostas adequadas à caracterização da população portuguesa, próximas da residência dos doentes, de forma a assegurar cuidados face à situação complexa do quadro clínico do doente. Tem como objetivos gerais o fácil acesso aos CP, a oferta de CP diferenciados, a garantia da qualidade da organização e prestação de cuidados, a promoção da equidade e a criação de condições para o aumento da oferta formativa nesta área a todos os profissionais de saúde. Defende o princípio de equidade inerente aos recursos, acesso e utilização dos serviços (PNCP, 2010). O PNCP define três tipos de respostas: a equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos (ECSCP), a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e a UCP.

As ECSCP são equipas de constituição autónoma sempre que as necessidades ou a densidade populacional o exijam, sendo nos outros casos operacionalizada através da inclusão de profissionais com formação em CP nas equipas de cuidados continuados integrados (ECCI), localizadas nos agrupamentos de centros de saúde (PNCP, 2010).

As ECSCP são equipas multidisciplinares, móveis, centradas em centros de saúde ou em outros serviços não hospitalares com espaço físico adequado. Toda a equipa deverá prestar cuidados diretos, apoio à família, consultadoria e formação de outros.

As EIHSCP visam dar suporte a todo o serviço de internamento e ambulatório, face às dificuldades sentidas pelas outras equipas, bem como orientar e auxiliar no ato de cuidar em doentes paliativos. São equipas implementadas nas instituições hospitalares com espaço físico próprio e cuja atuação é exercida em internamento e na consulta externa. As suas principais funções englobam o aconselhamento e consultadoria técnica e prestação direta de cuidados. A equipa deve ser assegurada por um médico e um enfermeiro com formação diferenciada em CP, secretariado próprio e apoio psiquiátrico ou psicólogo, fisiatríco ou fisioterapêutico, espiritual e social para a complementaridade de uma equipa multiprofissional.

As UCP's apresentam-se como unidades, em regime de internamento, onde se prestam CP. Estas unidades poderão pertencer à RNCCI, aos hospitais de agudos ou, em caso de ausência de vagas, serem passíveis de serem consideradas as camas disponíveis nas unidades de cuidados continuados integrados (UCCI). Devem ter estruturas e recursos necessários para o seu funcionamento.

Cada unidade deverá ter em conta:

- A adequação, efetividade, eficiência, garantia de equidade e acessibilidade;
- As estruturas e os recursos mínimos;
- A formação da equipa e critérios de boas práticas;
- As metas estabelecidas e o seu cumprimento, a satisfação do doente, da família e dos profissionais;
- A avaliação interna e os princípios organizacionais e financeiros.

As instalações deverão cumprir com a legislação em vigor, ter visita diária médica durante a semana e visitas urgentes durante a noite pela equipa médica, uma equipa de enfermagem e assistentes operacionais permanentes durante 24 horas, psicólogo clínico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, técnico de serviço social, apoio espiritual, secretariado próprio e coordenação técnica. É recomendado que 60% dos profissionais efetivos tenham formação básica em CP.

O PNCP define que os CP se destinam aqueles que têm prognóstico de vida limitado e necessitam de apoio específico, organizado e interdisciplinar de forma a diminuir o sofrimento do doente, aumentando a qualidade de vida. Defende, ainda, que os CP são dirigidos também à família e ao cuidador informal. Defende o papel do cuidador do informal como algo que “deve ser reconhecido como uma contribuição individual e social essencial” e que devem ser implementados suportes legais sociais de modo a facilitar os seus papéis como cuidadores.

O mesmo programa estipula critérios de complexidade para a prioridade e intervenção que intervém com a prestação de CP no internamento ou no domicílio/comunidade. Dá importância à acessibilidade de medicamentos, inclusive, opióides, onde deverá existir um formulário de fármacos mais utilizados. Relativamente ao consumo de opióides, refere que a prescrição e controlo destes devem ser legislados, com normas e orientações técnicas específicas. Os CP surgiram assim de forma gradual com princípios próprios, metas a cumprir e formação de profissionais para uma equipa multidisciplinar.

Nos últimos anos, os CP têm vindo a desenvolver-se amplamente, sustentados por uma base legal. A proposta “Desenvolvimento dos CP em Portugal” refere, cronologicamente, as leis existentes em Portugal (Bernardo et al., 2016, pp. 23-24):

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001, de 17 de agosto: Plano Oncológico Nacional 2001-2005;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002, de 22 de março: Definição da RNCCI;

- Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro: Definição de uma (nova) rede de prestação de cuidados continuados de saúde constituída por todas as entidades públicas, sociais e privadas integradas na rede;
- Circular Normativa da DGS (Direção-Geral de Saúde) ( n.º 14/2004: Programa Nacional de CP. (revisto e aprovado em 2010);
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de abril: Reconhecimento da necessidade de implementação dos cuidados continuados no sistema de saúde;
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho: Criação da RNCCI;
- Despacho Conjunto n.º 17 516/2006, de 29 de agosto: Definição da implementação territorial das experiências piloto e apuramento dos respetivos orçamentos, em todas as Administração Regional de Saúde (ARS);
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro: Criação da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), na dependência direta do Ministro da Saúde;
- Despacho n.º 28941/2207, de 5 de setembro: Constituição do grupo de trabalho com a atribuição de rever o PNCP de forma a adequá-lo às exigências estabelecidas pela OMS;
- Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro: Fixação dos preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da RNCCI, bem como as condições gerais para a contratação de profissionais;
- Portaria n.º 376/2008, de 23 de maio: Aprovação do Regulamento da Atribuição de Apoios Financeiros por cada uma das ARS, a Pessoas Coletivas Privadas sem Fins Lucrativos que prestam cuidados na RNCCI - Programa Modelar;
- Despacho n.º 7968/2011, de 2 de junho: Determina que em cada unidade hospitalar do SNS exista uma Equipa de Gestão de Altas e uma EIHS CP;
- Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro: Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP) que consagra o direito e regula ao cesso dos cidadãos aos CP, é definida a responsabilidade do Estado em matéria de CP e criada a RNCP (Rede Nacional de Cuidados Paliativos), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde;
- Despacho n.º 1049/2014, de 12 de agosto: Veio determinar que os estabelecimentos hospitalares integrados no SNS, classificados nos grupos I, II, III ou IV com as valências médicas e cirúrgicas de oncologia médica, devem assegurar a existência de uma EIHS CP;

- 
- Decreto-Lei n.º 340/2015, de 8 de outubro: Definição dos critérios de admissão e referenciação dos doentes na RNCP, assim como a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de CP; com este diploma os CP voltam a estar sob a tutela da RNCCI, contrariamente ao preconizado na Lei de Bases;
  - A Portaria n.º 165/2016 de 14 de junho - Criação da RNCP: que deve ser coordenada, a nível regional, pelas respetivas Administrações Regionais de Saúde, através de um profissional de saúde de reconhecida competência em CP, assessorado por um Grupo Técnico de Apoio, em articulação com os Agrupamentos de Centros de Saúde, as instituições hospitalares e as estruturas da RNCCI, designadamente as Equipas Coordenadoras Regionais. As equipas locais de âmbito hospitalar podem organizar-se ao nível das de resposta assistencial, de forma integrada, congregando as valências de CP, designadamente a equipa de apoio intra-hospitalar, unidade de internamento, quando existente, hospital de dia, consulta externa e consulta domiciliária;
  - Despacho n.º 7824/2016 de 15 de junho- Criação e Nomeação da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP): com base na Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, LBCP, que criou a RNCP, prevê que a sua coordenação se efetue a nível nacional pela CNCP;
  - Portaria 66/2018, de 6 de março: determina que as instituições hospitalares integradas no SNS, com Serviço ou Departamento de Pediatria, devem constituir uma EIHSCP-Pediátrica, dimensionada às características e necessidades locais, que pode prestar cuidados diretos e orientação na execução do plano individual de cuidados às crianças e jovens em situação de doença crónica complexa e suas famílias, para as quais seja solicitada a sua intervenção. Estas EIHSCP-Pediátricas devem integrar, no mínimo, profissionais das áreas de medicina, enfermagem, serviço social e psicologia, todos com formação específica em CP, e deverão funcionar em articulação com as equipas assistenciais primárias e com as restantes equipas e unidades da RNCP, assim como da RNCCI. Portugal torna-se, assim, um dos primeiros países do mundo a legislar a instituição destas equipas, uma prioridade para o adequado acompanhamento da crescente realidade das crianças medicamente complexas e suas famílias;
  - Lei n.º 31/2018 que regula os Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida; Projeto de Resolução nº 1803 XIII - reforço da formação em CP em Portugal. O mesmo documento apresenta ainda informação sobre as necessidades

portuguesas em CP, com base no Instituto Nacional de Estatística (INE) sobre os dados populacionais para o ano 2014. Os autores estimaram que em Portugal haveriam 72 299 a 85 923 doentes com necessidades de CP. Definiram ainda, com base nas recomendações da *European Association for Palliative Care* e dados populacionais para 2014 do INE, os recursos necessários na área dos CP em Portugal:

- 830 a 1037 camas, das quais 249 a 311 camas em hospitais de agudos e 581 a 726 em instituições de não agudos;
- 98 EIHSCP, que são o número de hospitais existentes em Portugal, sem inclusão de hospitais psiquiátricos, ortopédicos ou termais;
- 104 ECSCP.

Face à realidade portuguesa, os mesmos autores analisaram o número de camas de CP existentes em 2016 (Bernardo et al., 2016):

- Em instituições de agudos existiam 89 camas (menos 222 do que o recomendado);
- Em instituições de não agudo haveria 270 camas (menos 456 do que o recomendado);
- Existiam em Portugal 34 EIHSCP (menos 64 do que o recomendado) e 18 ECSCP (menos 86 do que o recomendado).

Observando o número de camas de cuidados de paliativos, de EIHSCP e de ECSCP necessários para o ano de 2014 e comparando com os números existentes em 2016 há, de facto, uma divergência acentuada o que implica que, em Portugal um ainda existe um grande caminho a percorrer de forma a colmatar estes défices (Bernardo et al., 2016).

Bernardo et al. (2016) analisaram, através de uma análise SWOT, os CP em Portugal:

Quadro 1 - Matriz SWOT

Matriz SWOT			
<b>Pontos Fracos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A iniquidade geográfica;</li> <li>• O reduzido rácio de profissionais nas equipas;</li> <li>• A inadequada formação de profissionais nas equipas;</li> <li>• A falta de UCP nos hospitais de agudos;</li> <li>• O processo de referenciação burocrático e moroso;</li> <li>• A inexistência de indicadores de qualidade para monitorização e contratualização;</li> <li>• A deficitária cobertura nacional, sobretudo ao nível dos CP domiciliários;</li> <li>• A baixa acessibilidade aos cuidados a doentes não oncológicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A resiliência dos profissionais de saúde que integram as equipas de CP;</li> <li>• A implementação da RNCCI como elemento promotor do desenvolvimento dos CP em Portugal (formação de profissionais/criação de novas equipas);</li> <li>• A interação entre as várias estruturas/níveis de cuidados;</li> <li>• O número alargado de profissionais com formação básica em CP;</li> <li>• A articulação com estruturas da RNCCI permitindo a acessibilidade dos doentes aos recursos mais adequados às suas necessidades.</li> </ul>	<b>Pontos Fortes</b>
<b>Oportunidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A existência de profissionais com formação avançada em CP, incluindo pediátricos;</li> <li>• Os programas de formação avançada em CP, incluindo pediátricos;</li> <li>• A LBBCP;</li> <li>• O reconhecimento da competência em Medicina e o reconhecimento da especialidade em Enfermagem;</li> <li>• A melhoria dos sistemas de informação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A mistura de conceitos entre cuidados continuados e paliativos aliados a diversidade de equipas com modelos de organização distintos;</li> <li>• A ausência de regulamentação da Lei;</li> <li>• O pagamento de taxas moderadoras em algumas tipologias de serviços;</li> <li>• A banalização da perspetiva curativa;</li> <li>• A deficitária formação dos profissionais de saúde que gera dificuldades na discussão do prognóstico e objetivos dos cuidados com os doentes referenciados para CP;</li> <li>• A situação económica do país.</li> </ul>	<b>Ameaças</b>

Fonte: (Desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal, 2016)

Ao analisar-se os pontos fortes, os pontos fracos, as oportunidades e as ameaças, identificam-se áreas a melhorar como a formação dos profissionais, a iniquidade a nível geográfico, a morosidade do processo de referenciação, a melhoria dos indicadores de qualidade, a existência de formação básica em CP em contexto de pré-graduação, a capacitação hospitais universitários e IPO's em relação às unidades de internamentos de doentes agudos e a formação avançada e prática em CP dos profissionais das equipas coordenadoras locais e regionais da RNCP e da atual RNCCI (Bernardo et al., 2016).

Os mesmos autores recomendam ainda que a referenciação deverá ter início nos diferentes serviços hospitalares e CSP, através da elaboração de programas ou protocolos que sensibilizem e facilitem a identificação de critérios para que ocorra a intervenção das EIHS CP ou ECSCP.

De acordo com o artigo 8.º da Portaria n.º 340/2015 de 8 de outubro, a EIHS CP consiste numa equipa multidisciplinar, provida de recursos específicos, que presta:

“a) Aconselhamento e apoio diferenciado em CP especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias; b) Assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação” (p.8733).

Esta equipa, ainda como proposto pelo mesmo diploma, “articula-se e complementa-se com outras unidades e equipas da instituição de saúde onde se encontra integrada”.

No artigo 9.º da referida Portaria, a EIHS CP assegura:

“a) Consulta e acompanhamento de doentes internados na instituição de saúde onde se encontra integrada; b) Intervenção psicológica para doentes, profissionais e familiares; c) Intervenção e apoio social; d) Apoio e intervenção no luto; e) Intervenção espiritual; f) Assessoria aos profissionais dos serviços da instituição de saúde onde se encontra integrada; g) Formação em CP” (p.8734).

A EIHS CP presta cuidados domiciliários para que se possa garantir a permanência do doente em fim de vida no seu ambiente comunitário e familiar. Cabe-lhe também desenvolver a sua atividade em estreita articulação com as ECCI da RNCCI, previstas no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, podendo ser incluídas nas ECCI (Artigo 10.º da Portaria n.º 340/2015 de 8 de outubro). Integra-se nas estruturas dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) ou das Unidades Funcionais de Prestação de CSP, nomeadamente nas Unidades de Cuidados na Comunidade das estruturas dos ACES ou das estruturas das Unidades Locais de Saúde, e deve estar dotada de recursos específicos.

De acordo com o Relatório Anual, Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas, no final de 2017, a Rede de Cuidados Paliativos dispunha de EIHS CP constituídas em todos os hospitais do Sistema Nacional de Saúde (num total de 43 equipas), de 20 equipas comunitárias de suporte em CP e de 376 camas de internamento em UCP.

Em suma, os CP são uma abordagem que promove a qualidade de vida dos doentes e seus familiares, perante as doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Estes cuidados exigem a identificação precoce, avaliação e tratamento correto da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (Silveira, Ciampone & Gutierrez, 2014).

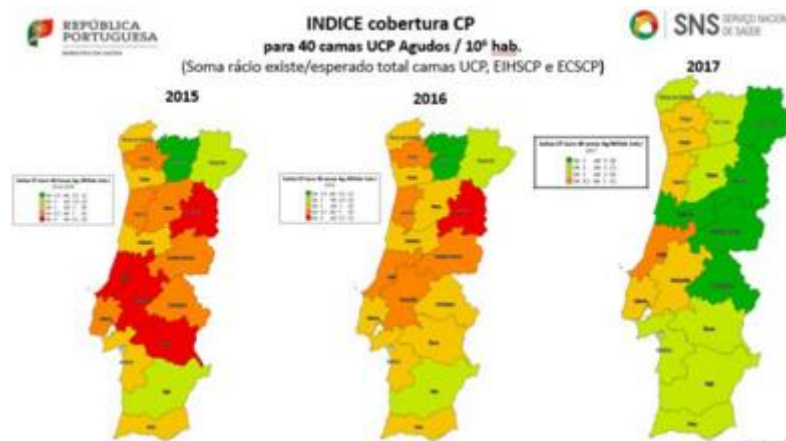
Por conseguinte, os CP propiciam alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; afirmam a vida e encaram a morte como um processo normal; não desejam apressar ou adiar a morte; abarcam os aspetos psicológicos e espirituais da assistência ao doente/família; proporcionam um sistema de apoio para ajudar os doente a viverem ativamente o quanto possível até ao fim de vida, ajudam a família a lidar com o percurso da

doença e com o luto; usam uma abordagem de equipa para atender as necessidades dos doentes/família, incluindo aconselhamento de luto, se indicado; melhoram a qualidade de vida e podem igualmente influir positivamente o percurso da doença (Silveira et al., 2014).

Dois anos após a nomeação da CNCP e um ano e meio da aprovação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal, vários foram os avanços dos CP, nomeadamente (A Enfermagem e as Leis, 2018):

- Existem 43 EIHS CP, 26 equipas criadas entre 1994 e 2015 e 17 criadas entre 2016 e 2018, ou seja um aumento de 65% no número de equipas relativamente a 2015. Em 2018, todas as instituições hospitalares do Serviço SNS vão dispor de uma EIHS CP;
- Existem 20 ECSCP, 13 das quais criadas entre 1996 e 2015, e 7 criadas entre 2016 e 2018, ou seja, um aumento de 54% no número de equipas relativamente ao ano de 2015;
- O Algarve foi a primeira região do país a ter uma cobertura total ao nível da resposta em CP. Está previsto, durante o ano de 2018, o início de atividade da equipa do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lezíria e do ACES Dão Lafões, ficando assim o distrito de Viseu também totalmente coberto ao nível da resposta em CP. O alargamento das ECSCP das Unidades Locais de Saúde do Nordeste e do Alto Minho vão garantir cobertura total aos distritos de Bragança e de Viana do Castelo;
- Existem 376 camas de internamento em CP. Entre os anos 90 e 2015 existem 362 camas abertas, tendo no início de 2017 sido criada a UCP do centro HOSPITALAR Baixo Vouga, com 14 camas. Em junho de 2018, foi inaugurada a UCP no Centro Hospitalar de São João, com 11 camas para doentes muito complexos, e foi aprovado o investimento para a criação de uma UCP, com 12 camas, no Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira, do Centro Hospitalar de Leiria;
- Contrariamente ao que aconteceu até 2016 existe, pela primeira vez, uma cobertura de CP em Portugal (cf. Figura 1), ainda que em alguns distritos ainda seja insuficiente conseguir suprimir todas as necessidades.

**Figura 1 - Índice de Cobertura dos CP**



Fonte: (A Enfermagem e as Leis, 2018)

No que se refere à organização e à garantia da qualidade dos cuidados, promoveram-se melhorias através da definição:

- Do que são as diferentes tipologias de equipas de CP;
- Dos recursos humanos que têm de possuir e onde a psicologia não é uma opção, mas uma obrigatoriedade na constituição das equipas;
- Dos critérios de referenciação;
- Das regras de registo da atividade assistencial das equipas, abrangendo a psicologia;
- Dos fármacos e materiais de consumo clínico necessários para a prestação de CP domiciliários.

A tutela avançou ainda com a inclusão dos CP como justificação clínica para o acesso ao transporte não urgente de doentes e a isenção de taxas moderadoras nas consultas de CP. Foram estabelecidos protocolos de colaboração estabelecidos com diversas universidades e institutos politécnicos responsáveis pela formação de médicos, enfermeiros e psicólogos. Atualmente, todas as escolas de medicina do país e muitas escolas públicas de enfermagem e de psicologia têm, ou irão ter a curto prazo, formação específica em CP.

De referir a colaboração do Ministério da Saúde com a Fundação *la Caixa* para o desenvolvimento do *Programa Humaniza*, um projeto adaptado à realidade portuguesa, baseado no Programa de Atenção Integral a Pessoas com Doenças Avançadas, aprovado pela OMS e implementado, desde 2009, em Espanha, tendo já apoiado mais de 130 mil doentes e 182 mil familiares. Ancorado no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP para o biénio 2017/2018, pretende-se com o *Programa Humaniza* apoiar o

desenvolvimento dos CP em Portugal a três níveis: prestação de cuidados, formação dos profissionais de saúde e investigação.

## **1.2. Referenciação Para Unidades de Cuidados Paliativos**

A referenciação para as UCP surge com a necessidade de proporcionar os melhores cuidados a doentes paliativos, principalmente quando o tratamento curativo não apresenta benefícios. “A referenciação dos doentes para a UCP deve ser feita de forma precoce, permitindo que estes doentes sejam acompanhados pela equipa multidisciplinar de modo a que as suas necessidades reais sejam satisfeitas, bem como as da sua família” (Dias, 2012, p.18).

Esta referenciação é fundamental para permitir a continuidade de cuidados sendo que a ausência de continuidade traduz-se na diminuição da qualidade dos cuidados prestados.

A Portaria n.º 75/2017, de 22 de fevereiro, procede à segunda alteração da Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, que foi alterada e republicada pela Portaria n.º 165/2016, de 14 de junho, vindo dar cumprimento ao disposto na base XXXIV da LBCP, prorrogada pela Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, e concretizar a adequação, na RNCP, das unidades de cuidados paliativos, criadas no âmbito do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

Deste modo, a referenciação de doentes e os procedimentos referentes a situações de prorrogação de internamento, mobilidade e alta, para as UCP, em funcionamento, criadas pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, contratualizadas com entidades do setor social ou privado (UCP-RNCCI), continuam a ser realizados através da aplicação informática da RNCCI – *GestCare* CCI (Cuidados Continuados Integrados), em conformidade com os procedimentos vigorantes nesta Rede e segundo os critérios de referenciação a definir, no âmbito da RNCP, pela CNCP (Circular Normativa, n.º8/2017/CNCP/ACSS, de 19 de abril de 2017).

Assim, a referenciação de utentes para as UCP-RNCCI é realizada pelas EIHSCP e pelas ECSCP, nas situações em que o doente se encontre internado num Hospital do Sistema Nacional de Saúde ou no domicílio, respetivamente. Nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) em que ainda não exista ECSCP, os doentes podem ser referenciados para as UCP-RNCCI seguindo-se as regras das outras tipologias da RNCCI. A referenciação realiza-se no sistema de informação da RNCCI - *GestCare* CCI, sendo os doentes colocados pela Equipa Coordenadora Regional (ECR), conforme previsto no n.º 2

do artigo 12.º da Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, em conformidade com a Portaria n.º 75/2017, de 22 de fevereiro.

De acordo com o disposto nos n.ºs 1 e 2 do art.º 13.º, desta Portaria, podem as equipas de cuidados paliativos (UCP, UCP-RNCCI, EIHS CP E ECSCP) pedir a integração de doentes numa unidade da RNCCI, mediante prévia autorização da ECR da RNCCI. Para tal devem apresentar uma proposta fundamentada à Equipa Coordenadora local da RNCCI, através do *GestCare* CCI, para validação e envio à ECR, de acordo com as regras vigentes na RNCCI. A informação do doente tem de ser atualizada, na aplicação informática da *GestCare* CCI, até 48 horas (dias úteis) antes da data prevista para admissão na UCP-RNCCI, a qual deve fazer referência à intervenção dos profissionais envolvidos no acompanhamento do doente, sendo no mínimo obrigatório o preenchimento dos módulos: Avaliação Médica; Avaliação de Enfermagem; Avaliação Social; e Avaliação de Edmonton, caso o doente apresente condições clínicas para a sua avaliação (Circular Normativa, n.º 8/2017/CNCP/ACSS, de 19 de abril de 2017, p. 2).

Ainda em conformidade com o mesmo disposto legal, devem ser admitidos nas UCP-RNCCI os doentes que revelem um período previsível de internamento até 30 dias, que deve ser referenciado no consentimento informado, que reúnam os critérios:

- a) Presença de doença incurável avançada e progressiva e, tratando-se de doença oncológica, não estar a fazer quimioterapia, imunoterapia ou outro tratamento anti-tumoral sistémico;
- b) Necessidade de cuidados ativos para o controle de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais;
- c) Necessidade de cuidados de enfermagem permanentes;
- d) Necessidade de cuidados médicos diários mas não permanentes;
- e) Não ter necessidade de consultas regulares de outras especialidades durante o internamento na UCP-RNCCI” (Circular Normativa, n.º8/2017/CNCP/ACSS, de 19 de abril de 2017, p.3).

Importa salientar que também se constituiu como critério para internamento do utente nas UCP-RNCCI, de acordo com o disposto no ponto 4 da base XX da LBCP, casos em que o cuidador informal principal revele exaustão.

Os doentes devem ser referenciados a partir do domicílio, por uma equipa específica de Cuidados Paliativos (ECSCP ou EIHS CP), que deve propor um plano de intervenção psicossocial centrado no cuidador. Nestes casos não é permitida a prorrogação do internamento para além dos 30 dias iniciais, até um máximo de 60 dias por ano (Circular Normativa, n.º8/2017/CNCP/ACSS, de 19 de abril de 2017, p.3).

Em 2015, o Programa do XIX Governo Constitucional português definiu como medida o aproveitamento dos meios já existentes, com o reforço dos cuidados continuados, o desenvolvimento de uma rede de âmbito nacional de cuidados paliativos (Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, p. 5081).

A LBCP confirma o direito e regula o acesso dos cidadãos aos CP, definindo a responsabilidade do Estado em matéria de Cuidados Paliativos e criou a RNCP. Trata-se de uma rede funcional integrada no Ministério da Saúde cujos objetivos consistem em “desenvolver, fomentar, articular e coordenar a prestação de cuidados paliativos no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, complementar da rede hospitalar, da rede de CSP e da RNCCI” (Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho, p. 5081).

Na sequência da regulamentação da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, nomeadamente através do Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro, especifica-se que as unidades e equipas em CP deixam de estar integradas na RNCCI, assegurando a necessária articulação entre as duas Redes. Por conseguinte, o Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, prevê que:

“as unidades da RNCCI podem coexistir com as unidades da RNCP, que a Rede Nacional de Cuidados Integrados pode integrar as equipas comunitárias de suporte em CP e que as unidades e serviços da RNCCI, em função das necessidades, podem prestar ações paliativas, como parte da promoção do bem-estar dos utentes” (p. 5081).

A legislação atualmente em vigor sobre CP em Portugal prevê a implementação progressiva de recursos com vista a acompanhar o aumento da esperança média de vida da população portuguesa, facilitando o acesso dos doentes paliativos a estes mesmos cuidados.

Por outro lado, é importante investir cada vez mais na formação e capacitação de todos os profissionais no âmbito dos CP e não apenas aqueles que prestam cuidados diretos ao doente ao ambiente especializado. O Plano de Desenvolvimento da RNCCI para o quadriénio 2016-2019 defende que se deve apostar na formação de todos os profissionais de saúde na área dos CP. Esta formação não se deverá apenas focar nos aspetos médicos, mas essencialmente nas áreas éticas, comunicacionais e no apoio no processo de luto.

Parte desta necessidade formativa diz respeito à necessidade de formação em serviço. A formação em serviço inclui todas experiências de aprendizagem que ajudam o enfermeiro a adquirir, manter e/ou aumentar a sua competência no desempenho das suas responsabilidades profissionais, de acordo com as suas expectativas e as da própria organização (Associação Americana de Enfermagem, 2002, cit. por Fernandes, 2013).

Esta formação deve ir ao encontro das necessidades das equipas promovendo a implementação de novos métodos de trabalho, o desenvolvimento de novas competências e a adequação de atitudes e comportamentos. “Dentro da equipa multidisciplinar, deve ser valorizada a troca de experiências e conhecimentos, aproveitando estes momentos de reflexão para promover a melhoria dos cuidados” (Fernandes, 2013, p.50).

### **1.3. Cuidados Paliativos: A Arte de Cuidar**

Sendo os CP cuidados totais e ativos, que são prestados por equipas multidisciplinares com formação específica e treino adaptado a doentes com doença crónica, avançada e progressiva e suas famílias, a formação diferenciada nesta área torna-se fundamental e indispensável para que se possa garantir a organização, excelência e qualidade dos cuidados prestados, o que requer por parte dos profissionais de saúde preparação técnica, formação teórica e experiência prática efetiva.

Assim, uma das formas de se poder compreender melhor a filosofia dos CP é a reflexão sobre o aprendido e o que se vai aprendendo, tendo em conta a teoria e a prática, cuja combinação é primordial para se fazer face à exigência do cuidado total de quem se trata, porquanto na prática de CP tem de se respeitar indiscutivelmente o valor e a inviolabilidade da vida humana. Por tal, a presente reflexão parte da leitura da obra “As Terças com *Morrie*” de Miltch Albom (1999), o que se assumiu como mais um motivo interessante em querer aprofundar esta área, sabendo, *a priori*, que os CP não se restringem unicamente a técnicas, indo muito mais além, transformando-se numa arte, a arte do cuidar.

Importa desde já referir que a aprendizagem reflexiva, com base na integração do conhecimento adquirido e das experiências vivenciadas, possibilita a capacitação de um conjunto mais alargado de competências de cada profissional, permitindo-lhe intervir de forma adequada e com a excelência da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, de forma sumária, o autor relata momentos passados com o seu professor universitário Morrie Schwartz, tendo tido a oportunidade, após vinte anos depois de sair da universidade, de o reencontrar, este com 78 anos e vítima de uma doença letal, acometido de esclerose lateral amiotrófica e em estado terminal. As últimas aulas de vida do professor eram dadas uma vez por semana, sempre às terças-feiras, na sua casa, junto a uma janela, pela qual observava um hibisco a dar as folhas cor-de-rosa.

Mitch Albom visitou-o durante catorze semanas, até ao fim da sua vida. Nesses encontros, falavam acerca de temas essenciais para a felicidade e para a realização humana, de entre os quais: o mundo; o sentimento de autocomiseração, o remorso; as emoções, a importância da família, o medo de envelhecer, o amor, o casamento; a cultura; o perdão; o conceito de dia perfeito, a despedida, a morte. Estes temas eram entrecruzados com humor ao lembrarem um passado académico, que nos fazem perceber a vida e as vivências de um professor “perito” e de um aluno “iniciado”.

Ao entrarmos em contacto com estes temas e associando-os à prática da enfermagem, pode afirmar-se que no ato de cuidar devemos dar espaço aos doentes e à família para expressarem as suas emoções, contarem as suas histórias de vida, estarmos atentos aos seus receios, deixar que os seus sentimentos se expressem por palavras ou pequenos gestos palavras. Mas, para tal, cada profissional de saúde deve estar preparado para saber interpretar qualquer sinal, seja ele verbal ou não verbal, para que se possa dar conforto ao doente paliativo e à família. Assim, na nossa prática profissional, mormente em contexto de CP, devemos-nos transformar em ações que tragam resultados.

Neste sentido, não nos podemos esquecer que o processo de cuidar é interpessoal, que tem sempre subentendida a vertente humana, tendo como finalidade a promoção e a preservação da dignidade individual. A este propósito, faz-se referência a Collière (2003) quando menciona que o cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com o outro (tal como Mitch Albom cresceu com o partilhado e vivenciado pelo seu professor universitário), para se desenvolver a prestação de cuidados holísticos. Desta forma, enfermagem concebe o outro como um ser único, pensante e sensível e não como um objeto para ser tratado.

De acordo com história narrada, Morrie dia para dia começou a revelar muitas dificuldades de deambulação, sendo exemplos, a festa de aniversário de um amigo, na qual cambaleou inexplicavelmente; ou numa noite em que caiu ao descer os degraus de um teatro. Estes acontecimentos foram atribuídos ao processo de envelhecimento. Contudo, Morrie, que sempre estava em contacto com o seu organismo de forma apurada, sabia que alguma disfuncionalidade acontecia dentro de si. Estes acontecimentos levaram-no, em de agosto de 1994, na companhia da esposa Charlotte, ao consultório do neurologista, que lhe diagnosticou Esclerose Lateral Amiotrófica. Nesse momento, Morrie teve consciência da sua doença e do fim da mesma, a morte. Charlotte foi invadida por muitos pensamentos, tais como Quanto tempo nos resta? Como vamos gerir tudo isto? Como pagaremos as contas? Estas questões e receios de Charlotte remetem para a situação vivenciada pelos doentes paliativos e seus familiares. Perante o diagnóstico de uma doença terminal, ocorre um processo de mudança, que requer um reajustamento da estrutura, rotinas, regras, papeis, padrões de comunicação, relações afetivas, privacidade e rendimento familiar

(Barbosa & Neto, 2016). Estas transformações observam-se quer no doente, quer nos seus familiares. A complexidade das situações vivenciadas por estes requer que os profissionais de saúde possuam preparação técnica, formação teórica e experiência prática efetiva, sendo a formação diferenciada na área indispensável de modo a poder garantir-se a organização, a excelência e a qualidade dos cuidados prestados à díade doente/família.

Outra ilação que posso retirar da obra lida, fazendo a sua ligação com os CP, prende-se com o respeito pelas decisões da pessoa e o sentido que cada um tem da vida e da morte. Esta obra assumiu-se como um preâmbulo para a reflexão sobre a necessidade do controlo sintomático, o sentido da vida, as relações interpessoais, a aceitação da morte e os desejos no final da vida, sendo estes elementos a ter em conta quando se trabalha em CP.

Morrie fala manifestamente da sua morte, demonstrando que o Homem tem muita dificuldade em falar sobre a morte, não querendo aceitar que esta está sempre presente, que é uma realidade inexorável da existência. Assim, o velho professor ensina como valorizar cada momento, sem desprezarmos o mais simples prazer da vida, como admirar o desabrochar de uma flor, bem como não estarmos dependentes para a realização das nossas atividades de vida diária. Ao refletir sobre isto e fazendo uma ponte com os doentes paliativos, tal como refere (Neto, 2010, p. 9), na qualidade de profissionais de saúde devemos estar atentos às fontes de sofrimento dos doentes, tendo em conta: a sua perda de autonomia, ficando dependentes de um cuidador; sintomas mal controlados; alteração da imagem corporal; perda do sentido da vida; perda de dignidade; perda de papéis sociais e estatuto; alterações nas relações interpessoais; modificação de expectativas e planos futuros e abandono. Deste modo, devemos ajudar os doentes a enfrentar e ultrapassar cada um destes fatores desencadeadores de sofrimento psicológico, levando-os a reconciliarem-se consigo próprios, a transitarem para uma nova fase da sua vida, mesmo que a morte esteja eminente. Assim, no cuidado prestado ao doente paliativo temos de dar particular atenção a particularidades relacionadas com o seu passado, as suas vivências, sem esquecer a família.

Morrie transmite lições que estão em consonância com a filosofia dos CP, nomeadamente procurar-se um maior controlo dos sintomas e levar o doente/família a aceitar a morte, mais do que se procurar exaustivamente por uma cura quimérica. Está igualmente intrínseca a ideia de que o doente deve aprender a controlar a sua situação de doença, mas, para que tal aconteça, o mesmo tem de estar informado e capacitado para todo o processo de doença e estar preparado para a morte, o que implica tranquilidade. Deste modo, se compreende que exercer em CP significa colocarmo-nos no lugar do outro, o que requer, mais do que uma vertente biomédica, uma vertente humanística, o que tem

também implícita a necessidade de se trabalhar em parceria com o doente, família e a equipa de saúde.

Depreende-se que, para podermos ser um suporte dos doentes terminais, temos de ser realistas acerca do nosso papel no alívio do seu sofrimento. Não podemos evitar a morte, mas podemos promover o conforto do doente nesta derradeira etapa da sua vida, proporcionando-lhe o alívio da dor, o carinho, o apoio, ou seja, preparando-o para uma morte menos agressiva e solitária. Os cuidados prestados por Mitch Albom ao seu velho professor coadunam-se com os princípios dos CP, pois preconizam que o doente tem o direito de receber uma atenção personalizada, a ser cuidado na sua singularidade, sem que seja apenas visto como mais um caso.

O desenvolvimento da competência comunicativa percebe-se, assim, que é importante, para que se possam perceber as necessidades do doente/família, tendo sempre em conta as fases, as características da doença, a estrutura e a dinâmica familiar, bem como as readaptações que vão emergindo.

#### **1.4. O Cuidar Humanizado**

O cuidado é a essência da enfermagem e um ponto distinto, dominante, central e unificador. O cuidar é essencial para o bem-estar, saúde, cura, crescimento, sobrevivência e para levar o outro a enfrentar as dificuldades (Leninger, 1978, cit. in Alligood & Tomey, 2011). É neste contexto que surge a Enfermagem Transcultural, alicerçada nas ciências da enfermagem e na antropologia, com a base no cuidado (cuidar) cultural, que é uma forma holística mais lata de saber, explicar, interpretar e prever os fenómenos do cuidado cultural para orientar as práticas do cuidar em enfermagem.

A enfermagem assume-se como uma disciplina e profissão humanística e científica do cuidar transcultural com o objetivo principal de servir os seres humanos por todo o mundo e toda a cultura possui conhecimentos e práticas genéricas (laicas, populares ou indígenas) sobre o cuidar e sobre os conhecimentos e práticas do cuidar normais que variam transculturalmente (Leninger, 1978, cit. in Alligood & Tomey, 2011).

A enfermagem tem um compromisso, como papel definidor, o cuidar, o cuidar de si, o cuidar do outro, o cuidar da vida, que está na origem da existência e é inerente ao ser humano (Phaneuf, 2005). Deste modo, pode dizer-se que estes pressupostos ganham corpo na prática de enfermagem, concretamente nas relações interpessoais com os doentes e respetiva família, num processo comunicacional empático. Como defende Collière (2002), a

enfermagem é arte e ciência de cuidar de pessoas. No processo de cuidar está inerente um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado. Pressupõe uma troca de informações e de sentimentos e o estabelecimento de uma relação muito próxima entre a díade enfermeiro, doente/família.

Na prática profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar o doente e seus familiares, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à unicidade de cada um. Esta interação leva à compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelecer diferenças entre as pessoas e, assim, prestar cuidados de enfermagem de forma individualizada (Riley, 2004). A mesma autora acrescenta que o conhecimento da pessoa de forma holística pressupõe uma preocupação com esta nas suas diferentes dimensões (biológica, psicológica, cultural, social, ambiental e espiritual). Ao reconhecê-la na sua forma particular de interagir, o enfermeiro tem em conta as suas necessidades, limitações e potencialidades, pelo que focaliza a sua ação na ajuda que lhe presta, de modo a que a pessoa mantenha, readquira ou desenvolva equilíbrio nas e entre as suas diferentes dimensões.

Os cuidados de enfermagem centram-se nas relações interpessoais qualquer que seja o quadro de referência onde acontecem. Enquanto profissionais, os enfermeiros desenvolvem-se na conjugação de saberes técnicos e relacionais que lhes permite prestar cuidados de enfermagem personalizados em função das necessidades de cada pessoa/família e comunidade, seguindo modelos de referência. A comunicação com o utente/família influencia o modo como este percebe a doença, a adesão ao tratamento e a avaliação que faz dos cuidados que recebeu. É nos contextos de prática clínica e refletindo sobre a ação, que os enfermeiros estabelecem relações de confiança e empáticas com a família do doente em situação crítica, aprendem a escutar e a lidar com uma grande diversidade de situações. Pressupõe que o enfermeiro estabeleça com a família uma verdadeira relação de ajuda com prestação de cuidados individualizados (Phaneuf, 2005).

Ao adotar-se este modelo construtivista de competência parece claro que ela será cimentada no tempo, ao longo de um percurso pessoal e profissional que será, naturalmente, feito de experiências e de projetos e de atividades, de envolvimento operativo e afetivo. Em última instância, dado que a aquisição de conhecimentos é feita em situação e inscreve-se num processo de socialização, então, este trabalho poderá receber a designação de construção pessoal, como se se tratasse de um edifício nunca acabado e que pode ser acrescentado e melhorado todos os dias. Sustenta-se, desde já, que se deve quotidianamente privilegiar práticas profissionais suscetíveis de levar à aquisição e desenvolvimento de competências clínicas de comunicação que assegurem um agir voltado para o ser humano (Silva & Sena, 2006).

## 2. Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O EEER possui um conjunto de competências que podem e devem estar ao dispor de todos os doentes que delas necessitam, independentemente do seu processo de vida, procurando dar-se respostas às suas reais necessidades. De acordo com o Regulamento n.º 125/2011, no seu Preâmbulo, é dito que:

“a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima. O EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (p. 8658).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação, segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho de 2015, p. 16656):

“têm como foco a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação funcional, tanto quanto possível, através da capacitação do autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiência/incapacidade, prevenção de complicações e maximização das capacidades, promovendo o projeto de saúde da pessoa”.

Ainda de acordo com o mesmo disposto legal, a tomada de decisão dos EEER assenta:

“na conceção, implementação, monitorização e avaliação de planos de reabilitação diferenciados, baseados na identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo no âmbito da funcionalidade. Identificada a problemática, prescreve, implementa, monitoriza e avalia intervenções que: promovam acções preventivas; assegurem a capacidade funcional; previnam complicações” (Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho de 2015, p. 16656).

Deste modo, deve conceber, implementar, monitorizar e avaliar “os programas de reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva, da sexualidade, da

função alimentação e da eliminação; de treino de atividades de vida diária; de treino motor e cardiorrespiratório” (Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho de 2015, p. 16656).

A orientação prática da enfermagem de reabilitação, ainda em conformidade Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho de 2015), deve alicerçar-se em modelos de autocuidados e das transições, estruturante e de excelência que promovam a otimização e qualidade dos cuidados.

Importa referir que os cuidados de reabilitação devem de ser integrados de forma individualizada, pois cada doente em CP é único, as suas necessidades, capacidades e objetivos, dificilmente são iguais de doente para doente. Como tal, Garman e Cohen (2002), referenciados por Minosso, Carqueija, Alvarenga e Oliveira (2011, p. 4), consideram que “Obter dados sobre o estado funcional dos pacientes irá ajudar a equipa de saúde a prover tratamentos individualizados, desenvolver programas de reabilitação e planejar cuidados para o futuro de maneira sistemática”.

O EEER tem competências para integrar a equipa de CP, de forma adequada, promovendo intervenções que garantam a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Assim, contribui para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados à pessoa com necessidade de CP, criando um ambiente terapêutico e seguro.

Neste sentido e como refere Hoeman (2011), a avaliação é uma parte integrante e essencial ao plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, requerendo a integração da condição de saúde da pessoa, no caso concreto com necessidade de CP, no que se refere ao seu desempenho funcional, não relegando uma visão da pessoa no seu todo. A avaliação funcional é uma forma de integrar os resultados da avaliação em planos de cuidados centrados na pessoa, com interferência direta nos diagnósticos, intervenções e resultados específicos de enfermagem de reabilitação.

São várias as intervenções do EEER. No que se refere ao nível respiratório este profissional deve ter como principais focos de atuação: a mobilização de secreções, otimização da ventilação pelo posicionamento e terapia pelo movimento. A reeducação funcional respiratória é considerada como uma componente importante no tratamento e manutenção das pessoas com necessidades de CP, devendo motivar e manter o doente na estabilização ou maximização da sua qualidade de vida, permitindo-lhe encarar as situações de forma mais efetiva.

A reeducação funcional respiratória, quando iniciada o mais precocemente possível, é fundamental para a prevenção de complicações e otimização da função pulmonar. Esta

prática é componente fundamental da intervenção do EEER, que com base em evidências científicas, é capaz de promover e restabelecer uma função respiratória adequada à da pessoa com necessidades de CP. Acredita-se que a intervenção do EEER em Unidades de Cuidados Paliativos traz benefícios, evitando a deterioração da condição global do doente, a perda da sua qualidade de vida e o aumento da morbidade e mortalidade.

As alterações respiratórias das pessoas com necessidades de CP representam situações complexas para a equipa multidisciplinar, tornando indispensável compreender a natureza multidimensional dos compromissos da respiração, no sentido de tornar possível a elaboração de um plano de cuidados de reabilitação respiratória adaptado às características individuais de cada pessoa, desempenhando, a este nível, um papel importante o EEER (China, 2015).

O EEER, através de programas de reeducação funcional respiratória, pode:

“mobilizar e eliminar as secreções brônquicas; melhorar a ventilação pulmonar; promover a reexpansão pulmonar; melhorar a oxigenação e as trocas gasosas; diminuir o trabalho respiratório; diminuir o consumo de oxigénio; aumentar a mobilidade torácica; aumentar a força muscular respiratória; aumentar a *endurance*; reeducar a musculatura respiratória; promover a independência respiratória funcional; prevenir complicações e acelerar a recuperação da pessoa” (Cordeiro & Menoita, 2014, p. 61).

Ressalva-se ainda que os programas de reabilitação respiratória compreendem múltiplos fatores: educação da pessoa e dos seus prestadores diretos de cuidados, nomeadamente na dotação de informação e conhecimento no que à patologia diz respeito, para que, assim, possam ter um papel ativo na prevenção, na identificação de sinais e sintomas e atitudes a tomar face às exacerbações da doença; otimização da terapêutica farmacológica, o que inclui treino de uma correta técnica inalatória, ensino do uso da oxigenoterapia de longa duração e da ventilação não invasiva; suporte nutricional; intervenção psicológica e social; treino de exercício, treino de atividades da vida diária e outras técnicas, de que são exemplo, o ensino de tosse eficaz, técnicas de drenagem de secreções brônquicas; técnicas de controlo ventilatório em repouso e no esforço; técnicas de expansão pulmonar e treino dos músculos respiratórios (Rodrigues, 2014).

Laranjeira (2010) refere que as intervenções do EEER têm características particulares, traçadas pela gravidade da situação dos doentes e pela instabilidade da sua situação clínica, sendo portanto, necessária uma avaliação/atualização constante e um ajustamento do programa de reabilitação a cada momento.

Após a formulação de diagnósticos de enfermagem, inúmeras intervenções pertencem à esfera do instruir, do treinar, do executar e do reabilitar. Por conseguinte, China (2015, p. 49) salienta a necessidade de “fazer emergir os elementos determinantes da

qualidade dos seus cuidados, utilizando instrumentos de avaliação da qualidade precisos, demonstrando assim resultados do seu impacto na saúde do doente”.

Deste modo, a reabilitação pode ser mais uma mais-valia para se poder manter o doente o mais independente possível e pelo maior tempo possível. Esta é uma tarefa que deve ser constantemente monitorizada, uma vez que o doente e família têm de ser sempre acompanhados para se conseguirem adaptar às intervenções, permitindo que o EEER colmate as suas necessidades e vá ao encontro dos seus desejos. Isto justifica a importância de uma intervenção precoce do EEER para que se possam estabelecer objetivos e conceber o plano de intervenção. Como refere Miller (2012, p. 162), devem fazer-se avaliações personalizadas e precoces de forma a facilitar “a compreensão da doença, escolha de cuidados e intervenções para melhorar a qualidade de vida. Dado que as grandes prioridades de cuidados de enfermagem de reabilitação são promover a melhor qualidade de vida e a capacidade funcional”.

A intervenção do EEER deve privilegiar o cuidar da pessoa com necessidades de CP, promovendo o seu autocuidado, bem como capacitar a família, de modo a que esta não sinta que está a ser considerada como parceira nos cuidados, resultando num estímulo positivo, refletindo-se na recuperação e nos progressos do doente. Saliencia-se que considerar a família como parceira nos cuidados se assume como um fator decisivo para uma recuperação funcional aceitável da pessoa com necessidades de CP, sendo por isso, frequente que o EEER intervenha com a família, motivando-a na recuperação do seu familiar (Miller, 2012).

**PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

---



## 1. Metodologia

O investigador, na fase metodológica, além de determinar o método que utilizará para obter respostas face às questões inicialmente colocadas, necessita de escolher um desenho que o guie na descrição e examinação do fenómeno (Fortin, 2009).

A investigação é uma tentativa sistemática de atribuição de respostas a questões. As respostas podem adquirir um carácter quer abstrato e geral, quer concreto e específico. Neste sentido, o investigador realiza as suas descobertas acerca dos factos, através da interpretação dos dados que no processo de investigação vai recolhendo e tratando (Fortin, 2009).

Nesta fase serão definidos aspetos como o problema e questões de investigação, o desenho do estudo, a estratégia de investigação, os participantes, o instrumento a utilizar, bem como as técnicas para recolha e análise de dados.

A metodologia aplicada para a elaboração desta dissertação assenta num paradigma qualitativo.

Este capítulo contém as opções metodológicas que regem esta investigação. Após ter sido feito o quadro concetual, que contextualiza o estudo empírico, passa-se à fundamentação, em função dos objetivos delineados e à descrição das opções seguidas na investigação a realizar.

O desenho de investigação é um conjunto de diretrizes associadas ao tipo de estudo escolhido, que entre outras, descrevem a forma da colheita e análise de dados, de forma assegurar um controlo sobre as variáveis em estudo. Surge na fase metodológica como o plano que visa organizar um conjunto de atividades. Estas permitem ao investigador a realização do seu projeto de modo a responder à problemática da investigação (Fortin, 2009).

Pais-Ribeiro (2008) considera-o como o das partes mais distintas de qualquer estudo. Além de nos permitir responder à questão de investigação inicialmente colocada, permite-nos recolher a informação necessária, de um modo apropriado, identificando e enaltecendo os aspetos mais importantes da investigação. O investigador, na fase metodológica, além de determinar o método que utilizará para obter respostas face às questões inicialmente colocadas, necessita de escolher um desenho que o guie na descrição e examinação do fenómeno (Fortin, 2009).

O comprometimento de toda a investigação fica comprometido caso o desenho e método de investigação sejam inadequados, por muito meritório que seja o projeto, por

muito honesto que seja o investigador e por muito que as intenções sejam as melhores (Pais-Ribeiro, 2009).

A definição de um modelo conceptual assume-se, no âmbito de um estudo empírico, como elemento de importância major delineado de modo a estabelecer as orientações para a determinação e concretização de uma ideia. Desta forma, a conceptualização ajuda a organizar o pensamento num sistema de termos significativos ao qual nos podemos referir de maneira rigorosa e não imprecisa. Assim sendo, o tipo de estudo deve descrever a estrutura que se utiliza para obter as respostas a questões que surgem com a investigação para descobrir qual a melhor forma de conseguir essas respostas (Fortin, 2009). Em termos práticos, o estudo seguirá uma matriz de natureza qualitativa.

### **1.1. Métodos**

Considerando o tema proposto, a questão e o objetivo apresentados, o estudo insere-se no paradigma qualitativo, cuja expressão: “abarca um conjunto de abordagens as quais, consoante os investigadores, tomam diferentes denominações. Assim, por exemplo, Frederick Erickson engloba na expressão investigação interpretativa, procedimentos metodológicos diversos, designadamente: observação participante e não participante, etnografia, estudo de caso, interacionismo simbólico, fenomenologia ou, muito simplesmente, abordagem qualitativa” (Freixo, 2011, p. 145).

Esta primeira abordagem da investigação qualitativa remete-nos para uma sinalização das suas principais características. Neste sentido, como referidos por Bogdan e Biklen (1992), Freixo (2011, p. 146), enumera-as:

- “1) A situação natural constitui a fonte de dados, sendo o investigador o instrumento-chave da recolha de dados;
- 2) A sua primeira preocupação é descrever e só secundariamente analisar os dados;
- 3) A questão fundamental é todo o processo, ou seja, o que aconteceu, bem como o produto e resultado final;
- 4) Os dados são analisados indubitavelmente, como se reunissem, em conjunto, todas as partes de um puzzle;
- 5) Diz respeito essencialmente ao significado das coisas, ou seja, ao «porquê» e ao «o quê»”.

A investigação qualitativa, de acordo com Fortin (2009), estuda os fenómenos no meio natural e interpreta-os baseando-se nos significados que os participantes atribuem aos mesmos. Nas metodologias qualitativas, os intervenientes da investigação não são

reduzidos a variáveis isoladas, mas vistos como parte de um todo no seu contexto natural. A opção por este tipo de estudo suporta-se no facto de os dados recolhidos, denominados de qualitativos, serem ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas. As questões a investigar são formuladas com a finalidade de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e no contexto natural (Bogdan & Biklen, 1994).

Este estudo enfoca nas percepções dos enfermeiros acerca da intervenção do enfermeiro de reabilitação em CP, cujo objetivo é compreender e encontrar significados por meio de narrativas verbais (Bogdan & Biklen, 1994). De acordo com Bell (2004, pp. 19-20), os “investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam a relação entre eles” enquanto os investigadores qualitativos “estão mais interessados em compreender as percepções individuais do mundo.

Este método tem como características sistematizar os dados de natureza qualitativa, possibilitando compreender como os participantes experienciam determinada situação, percebem, pensam e sentem as suas vivências, tomando como ponto de partida a expressão pessoal desse processo (Flick, 2005). Este tipo de estudo é a descrição das experiências vividas de vários sujeitos acerca de um conceito ou de fenómeno, visando a estrutura essencial ou os elementos invariantes do fenómeno, ou seja, o seu significado central, que, no caso concreto, se refere ao significado atribuído pelos enfermeiros que exercem em CP acerca da intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Por conseguinte, a presente investigação pretende centrar-se em procedimentos interpretativos e heurísticos de análise e interpretação dos dados, com recurso a entrevistas semiestruturadas e análise bibliográfica. As diversas alternativas metodológicas de recolha e análise de dados sugerem a necessidade de tomar uma decisão alicerçada no próprio estudo, nas questões de investigação e no grupo alvo (Flick, 2005). Importa referir que se trata de um estudo descritivo de natureza qualitativa, uma vez que se pretende analisar e interpretar os testemunhos dos entrevistados sem a interferência da investigadora.

Como se poderá verificar de seguida, os participantes do estudo são enfermeiros que fazem parte do contexto do próprio estudo, sendo necessário seleccioná-los de acordo com alguns critérios que se passam a apresentar: exercer funções numa UCP e consentir de livre vontade participar no estudo.

A realização de uma investigação pressupõe a existência primária de um problema que se vai transportar para a definição de um tema. Segundo Almeida e Freire (2008, p.38) “(...) qualquer investigação é conduzida tendo em vista esclarecer uma dúvida, replicar um fenómeno, testar uma teoria ou buscar soluções para um dado problema” Vilelas (2009). refere que, para além da pertinência científica do problema, outros critérios para a sua

seleção: familiaridade com o objeto de estudo, forte motivação pessoal relativamente ao objeto em estudo e a previsão da disponibilidade dos recursos necessários à investigação.

A formulação de uma questão de investigação constitui uma etapa fundamental em todo o processo de investigação e determina a perspetiva sobre a qual o problema irá ser considerado, o tipo de dados a recolher e as análises a realizar (Fortin, 2009). Ribeiro (2008) considera-a como o elemento fundamental do início de uma investigação. Esta deve ser enunciada de maneira clara e inequívoca, precisando os conceitos examinados, especificando a população alvo sugerindo uma investigação empírica. Tendo sempre presente os estudos existentes sobre a temática, ela deverá ser expressa de modo a obter uma resposta.

Definiu-se como questão central da investigação deste estudo:

- Qual será a perceção dos enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Paliativos acerca da intervenção do EEER?

## **1.2. Participantes**

A correta seleção das amostras fornece melhores estimativas da população (Pais-Ribeiro, 2008). Assim, o processo de amostragem está relacionado com o contexto e realidade envolvente à questão de investigação. Neste estudo, sendo ele descritivo e exploratório, a amostra é constituída por 13 enfermeiros a exercer funções em unidades de CP.

### **1.2.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes**

A amostra é constituída por 13 elementos, 12 do sexo feminino e 1 do sexo masculino ( $n=13$ ), com uma média de idade de  $40,38 \pm 10,22$  anos, sendo todos os participantes licenciados. Verifica-se que 8 enfermeiras entrevistadas possuem formação adicional, nomeadamente: Pós-graduação em Urgência Emergência, Pós-graduação em CP, Pós-graduação em Enfermagem Médico-cirúrgica, Pós-graduação em CP e Gestão, Pós-Licenciatura/Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Mestrado em CP. Estão em maioria os participantes que têm a categoria profissional de enfermeiro ( $n=10$ ). Quanto ao tempo de exercício profissional, o mesmo oscila entre os 3 e os 36 anos, com uma média de  $17,88 \pm 10,34$  anos. Em relação ao tempo de exercício profissional em unidades de CP, o mínimo é 2 anos e o máximo 8 anos, correspondendo a uma média de

4,81±2,3 anos. No que respeita ao vínculo à instituição na qual os participantes exercem funções, 7 pertencem ao Quadro da Função Pública e 6 têm Contrato Individual de Trabalho a Tempo Indeterminado (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Enfermeiros

Género	Idade	Habilitações académicas	Formações adicionais	Categoria profissional	Tempo total de exercício profissional	Tempo de exercício profissional em unidades de CP	Vínculo à instituição
Masculino	52 anos	Licenciatura		Enfermeiro	29 anos	7 anos	Quadro da Função Pública
Feminino	33 anos	Licenciatura		Enfermeira	11 anos	4 anos	Contrato Individual de Trabalho a Tempo Indeterminado
Feminino	28 anos	Licenciatura		Enfermeira	5 anos	2 anos	Contrato Individual de Trabalho a Tempo Indeterminado
Feminino	32 anos	Licenciatura	Pós-graduação em Urgência Emergência	Enfermeira	8 anos	4 anos	Contrato Individual de Trabalho a Tempo Indeterminado
Feminino	27 anos	Licenciatura	Pós-graduação em CP	Enfermeira	3 anos	2 anos	Contrato Individual de Trabalho a Tempo Indeterminado
Feminino	34 anos	Licenciatura	Pós-graduação em Enfermagem Médico-cirúrgica	Enfermeira	16,5 anos	7 anos	Quadro da Função Pública
Feminino	51 anos	Licenciatura	Pós-graduação em CP e Gestão e Pós-Licenciatura/Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	Enfermeira Especialista	29 anos	7 anos	Quadro da Função Pública
Feminino	35 anos	Licenciatura		Enfermeira	12 anos	5 anos	Contrato Individual de Trabalho a Tempo Indeterminado
Feminino	45 anos	Licenciatura		Enfermeira	23 anos	7 anos	Quadro da Função Pública
Feminino	57 anos	Licenciatura	Pós-Licenciatura/Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica	Enfermeira Chefe	36 anos	2,5 anos	Quadro da Função Pública
Feminino	36 anos	Licenciatura	Pós-Licenciatura/Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestrado em CP	Enfermeira	13 anos	2 anos	Contrato Individual de Trabalho a Tempo Indeterminado
Feminino	53 anos	Licenciatura	Mestrado em CP	Enfermeira graduada	27 anos	8 anos	Quadro da Função Pública
Feminino	42 anos	Licenciatura	Pós-graduação em Urgência Emergência	Enfermeira	20 anos	5 anos	Quadro da Função Pública

Fonte: Elaboração Própria

### 1.3. Instrumento de Colheita de Dados

A escolha do método de colheita dos dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis. Deve existir uma reflexão se o instrumento de recolha de informação na população é o mais conveniente, permitindo responder às questões de investigação (Fortin, 2009).

O instrumento de recolha de dados selecionado para este estudo foi a entrevista semiestruturada, cujo guião se apresenta em apêndice 1.

A elaboração do respetivo guião teve por referência os critérios propostos por Quivy e Campenhoudt (2008), ou seja, formulou-se de forma clara e unívoca as perguntas tentando garantir a correspondência entre o universo de referência das perguntas e o dos entrevistados, atendendo ainda aos objetivos definidos neste estudo. Prepararam-se algumas questões, que constam de um guião gerido com alguma flexibilidade no momento da sua utilização. Cunha (2009, p. 133) refere que a entrevista semiestruturada é um “modelo que não é inteiramente livre, nem orientado por um leque de perguntas estabelecidas *a priori*.” É, no geral, constituída por “uma série de perguntas abertas, colocadas verbalmente e seguindo uma ordem prevista, podendo o entrevistador acrescentar outras perguntas que julgue necessárias, com finalidades de esclarecimento” (Cunha, 2009, p. 133). O entrevistador possui, conforme esclarece a autora, um guia referencial de perguntas abertas, que apresenta à medida que a entrevista vai decorrendo, a fim de que o discurso do entrevistado possa fluir livremente, permitindo-lhe que se exprima com abertura. Esse guião teve, no presente caso, como objetivo orientar a entrevista e estimular o pensamento livre dos participantes.

O guião da entrevista utilizada neste trabalho apresenta a seguinte estrutura:

**Parte I – Dados pessoais e profissionais:** esta secção contém questões que permitem traçar um perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros entrevistados, nomeadamente: sexo, idade, habilitações académicas, formações adicionais, categoria profissional, tempo total de exercício profissional, tempo de exercício profissional em unidades de CP, vínculo à instituição.

**Parte II – Perceção dos enfermeiros de CP sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação:** esta secção é constituída por 12 questões, que dão informações sobre: a opinião dos entrevistados acerca do que são CP; o que é, para os enfermeiros, um doente paliativo; quais as necessidades que identificam na pessoa em situação paliativa, na sua família e/ou pessoa significativa; quais os focos de atenção em enfermagem que consideram quando cuidam de pessoas em situação paliativa; quais as intervenções de

enfermagem que executam quando cuida de pessoas em situação paliativa, se existem outras que considerem importantes; saber se na unidade de CP onde os entrevistados exercem funções existe um enfermeiro especialista em reabilitação; qual a opinião dos entrevistados acerca de o enfermeiro especialista em reabilitação integrar as equipas das unidades de CP; conhecer a perspetiva dos entrevistados sobre quais seriam os contributos da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação para os utentes destas unidades; averiguar em que área de intervenção seria benéfica a intervenção do EEER para os utentes paliativos; perceção dos entrevistados, tendo em conta as competências do EEER, sobre que necessidades da pessoa em situação paliativa são satisfeitas; perceber a opinião dos entrevistados sobre o que pensam acerca de um modelo orientador da prática em enfermagem de reabilitação na área de CP.

#### **1.4. Procedimentos Éticos e Formais**

A passagem da fase metodológica para o trabalho de campo impõe a definição de cuidados preliminares que garantam o plano estabelecido e que assegurem as disposições ético-legais de modo a respeitar os direitos fundamentais das pessoas.

Toda a prática de enfermagem exige tomadas de decisão éticas e morais, incluindo as de natureza investigativa. Na investigação, é a ética que direciona a conduta do investigador e lhe coloca problemas particulares, podendo, por vezes, entrar em conflito com o rigor da investigação (Fortin, 2009). Durante este estudo de investigação, os enfermeiros participantes no estudo serão tratados com justiça e equidade, durante e após a investigação.

De acordo com Fortin (2009), esta investigação foi realizada com base no princípio da não maleficência (reduzindo ao máximo os inconvenientes que a investigação pudesse trazer aos participantes) e no princípio da beneficência (procurando que os participantes obtenham o maior número possível de vantagens, como, por exemplo, contribuir para o avanço dos conhecimentos neste tema e, assim, beneficiar outras pessoas com as descobertas feitas no decurso desta investigação). Para além disso, foram respeitados os direitos e liberdade dos participantes, tal como o direito à confidencialidade, à intimidade e ao anonimato, uma vez que se assegurou que as informações obtidas do estudo não seriam comunicadas a terceiros e a identidade do participante não poderão ser descobertas por nenhum meio, nem mesmo pela investigadora (Fortin, 2009).

Foi também respeitado o direito à autonomia, uma vez que participantes tiveram de decidir livremente se queriam participar ou não na investigação. Deste modo, no decorrer do

presente estudo, assegurou-se que todos os aspetos éticos e legais decorrentes da investigação fossem preservados. Foi efetuado, numa fase primária, um pedido à Comissão de Éticas da Escola Superior de Viseu, para a realização deste estudo, para que pudesse ser emitido um parecer formal. Foi também feito um pedido formal ao Diretor do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE (Entidade Pública Empresarial), Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo e do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE para se proceder à realização das entrevistas.

### **1.5. Procedimento de Tratamento dos Dados**

Toda a informação recolhida foi tratada de forma descritiva, seguindo-se a análise de conteúdo, sendo esta apontada como uma das técnicas de tratamento de dados em pesquisa qualitativa (Bardin, 2015).

O termo “análise de conteúdo” designa “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2015, p. 47).

Segundo a perspetiva da mesma autora, consiste em uma técnica metodológica que se pode aplicar em discursos diversos e a todas as formas de comunicação, seja qual for à natureza do seu suporte. Nessa análise, o investigador procura compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração. Bardin (2015) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação, sendo estes os passos a seguir no presente trabalho.

Realizada a transcrição das entrevistas, recorreu-se, de seguida, à técnica de análise de conteúdo, seguindo-se os critérios propostos por Bardin (2015).

Bardin (2015) refere que a análise supracitada funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Refere ainda que é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples. A maioria dos procedimentos de análise organiza-se à volta de um processo de categorização (Bardin, 2015). A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário (isolar os membros) e a classificação (repartir os elementos e organizar as mensagens). No momento em que estamos a efetuar

uma análise de conteúdo e decidimos codificar as respostas, devemos elaborar um sistema de categorias. Esta pode ser realizada de duas formas: segundo um sistema de categorias existente ou segundo um sistema de categorias que emerge “da classificação analógica e progressiva dos elementos” (Bardin, 2015, p. 119), ou seja, a definição das categorias pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*, no caso concreto a categorização foi realizada *a posteriori*, tendo-se como ponto de referência as questões do guião da entrevista e as unidades de registo dos entrevistados.



## 2. Apresentação dos Resultados

Da análise das entrevistas emergiram as seguintes categorias, que foram elaboradas tendo em conta as questões da entrevista:

- Significado de CP;
- Significado de doente paliativo;
- Necessidades identificadas na pessoa em situação paliativa, na família e/ou pessoa significativa;
- Focos de atenção em enfermagem quando se cuida de pessoas em situação paliativa;
- Intervenções de enfermagem executadas nos cuidados prestados a pessoas em situação paliativa;
- Existência de enfermeiro especialista em reabilitação na unidade de CP, onde exerce funções;
- Integração do enfermeiro especialista em reabilitação nas equipas das unidades de CP;
- Contributos da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação para os utentes das unidades de CP;
- Área de intervenção benéfica ao nível da intervenção do EEER para os utentes paliativos;
- Satisfação das necessidades da pessoa em situação paliativa, tendo em conta as competências do EEER;
- Perceção sobre um modelo orientador da prática em enfermagem de reabilitação na área de CP.

Para melhor se compreender o processo, elaborou-se um esquema com a estrutura do fenómeno, onde se englobam todas as codificações, tendo em conta as categoriais e subcategorias emergentes das unidades de registo dos entrevistados (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Categorias e Subcategorias

Categorias	Subcategorias
<b>Significado de CP</b>	Cuidados à pessoa com doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado Cuidados de suporte e conforto Controlo da sintomatologia Cuidados holísticos Cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias
<b>Significado de doente paliativo</b>	Pessoa em sofrimento e pouca qualidade de vida Pessoa que necessita de controlo de sintomatologia associada à doença incurável e/ou grave Pessoa com doença incurável e necessita de cuidados adequados para um fim digno Pessoa com necessidade de conforto Pessoa com necessidades paliativas em qualquer fase da vida
<b>Necessidades identificadas na pessoa com necessidade de Cuidados Paliativos</b>	Controlo de sintomas/necessidades físicas Psicológicas, espirituais, emocionais e sociais Esperança/sentido de vida Acompanhamento e apoio da família Autonomia
<b>Necessidades identificadas na família e/ou pessoa significativa da pessoa com necessidade de Cuidados Paliativos</b>	Satisfação das necessidades afetadas do seu ente querido Psicológicas/apoio Esclarecimentos/informações Espirituais Prestação de cuidados Confrontar a morte Falta de disponibilidade para estar mais tempo com o doente Envolvimento emocional (revolta)
<b>Intervenções de enfermagem que executa quando cuida de pessoas com necessidades de Cuidados Paliativos</b>	Controlo de sintomas Comunicação com o doente Satisfação das necessidades psicológicas/emocionais Cuidados de higiene e conforto Medida não farmacológicas Integrar a família nos cuidados Passar mais tempo com o doente Medidas terapêuticas com recurso a fármacos Cuidados gerais para a promoção da qualidade de vida Alimentação Pensos
<b>Enfermeiro especialista em reabilitação como agente facilitador na satisfação das necessidades do doente na equipa de UCP</b>	Técnicas respiratórias para cinesiterapia respiratória Promoção/preservação da autonomia/independência do doente Mobilização Treino da deglutição/disfagia Massagem

**Fonte:** Elaboração Própria

## 2.1. Significado de Cuidados Paliativos

A primeira categoria refere-se ao significado de CP, na perspetiva dos entrevistados (cf. Quadro 2). Assim constata-se que a maioria (n=10) considera que os CP são cuidados à pessoa com doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado. Não obstante, 4 enfermeiros referem que os CP são cuidados de suporte e conforto; 3 referem que se trata de cuidados holísticos; 2 enfermeiros também consideram que os CP significam cuidados que tem como objectivo melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, conforme refere E9: “Nós trabalhamos todas as vertentes da pessoa e da família, que são a nossa unidade de cuidados”. Importa ainda referir que E5 e E12 acrescentaram que os CP visam o controlo da sintomatologia.

Quadro 2 - Significado de CP

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Significado de CP	Cuidados à pessoa com doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado	E1 “São cuidados a doentes crónicos, incuráveis...”. E2 “...são cuidados que vão ao encontro das necessidades de uma pessoa com uma doença oncológica ou doença crónica sem cura...”. E5 “...área que abrange o doente com doença crónica, cancerígena ou não e que já sabemos que não vai ter cura...”. E6 “(...) cuidados ao doente com doença crónica, cancerígena ou não e que já não vai ter cura (...)”. E8 “São cuidados prestados ao doente em situação de doença crónica, avançada e que necessita de necessidades de saúde (...)”. E9 “Cuidados que se prestam a pessoas com doença incurável, progressiva e que já não responde ao tratamento (...)”. E10 “São cuidados prestados ao doente e à família que à luz da ciência sofrem de uma patologia incurável (...)”. E11 “São cuidados dirigidos a pessoas com doença oncológica ou doença crónica sem cura (...)”. E12 “São cuidados dirigidos a pessoas com doença incurável ou com prognóstico muito limitado (...)”. E13 “São cuidados que se prestam a doentes com doenças crónicas, prolongadas, incuráveis (...)”	10
	Cuidados de suporte e conforto	E1 “São cuidados de suporte e conforto à pessoa em sofrimento”. E4 “São cuidados de suporte, de conforto...”. E8 “São cuidados (...) particularmente, de conforto numa fase especial da doença”. E10 “(...) com objetivo de aliviar o sofrimento e proporcionar conforto, serenidade e apoio emocional ao doente à família”.	4
	Controlo da sintomatologia	E5 “...É receber essa pessoa, não tratando-a como já fosse o fim, mas que é um doente sem tratamento para a cura e têm de ser tratados os sintomas”. E11 “(...) controlar sintomas que se encontrem descontrolados e melhorar a qualidade de vida”	2
	Cuidados holísticos	E2 “...esses cuidados vão ao encontro de todas as necessidades que essa pessoa possa ter não só físicas, como psicológicas e emocionais, religiosas, espirituais”. E3 “Todos aqueles cuidados que visam minimizar o sofrimento físico e emocional... No fundo, é ver essa pessoa como um ser mais amplo, é não nos	3

		restringirmos à doença em si, todos os sintomas que ele tem”. E9 “Cuidados (...) que têm como objetivo aliviar o sofrimento físico, espiritual psicológico”.	
	Cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias	E6 “Cuidados que procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento”. E13 “(...) são cuidados que têm como objetivo também a família, procurando ajudá-la a ter melhor qualidade de vida”.	2

Fonte: Elaboração Própria

## 2.2. Significado de Doente Paliativo

A segunda categoria refere-se ao significado de doente paliativo (cf. Quadro 3). Na perspectiva dos enfermeiros entrevistados, emergiram as seguintes subcategorias: doente paliativo é uma pessoa em sofrimento e pouca qualidade de vida (n=3); pessoa que necessita de controlo de sintomatologia associada à doença incurável e/ou grave (n=6); pessoa com doença incurável e necessita de cuidados adequados para um fim digno (n=6); pessoa com necessidade de conforto (n=2) e pessoa com necessidades paliativas em qualquer fase da vida (n=1).

Quadro 3 - Significado de Doente Paliativo

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Significado de doente paliativo	Pessoa em sofrimento e pouca qualidade de vida	E1 "A pessoa em sofrimento". E6 "Pessoas em que a situação em si própria ou o seu tratamento têm significativos efeitos negativos dando origem a uma qualidade de vida fraca e/ou sofrimento". E12 "Pessoa em sofrimento, que apresenta uma patologia (oncológica ou não oncológica) e necessita de cuidados".	3
	Pessoa que necessita de controlo de sintomatologia associada à doença incurável e/ou grave	E2 "Doente que necessita de controlo sintomático, controlo da dor, de todos os sintomas que de alguma forma podem por em causa o seu conforto e a sua qualidade de vida... Sintomas como a dor, a náusea, a dispneia, vômitos associados à náusea, entre outros sintomas". E4 "Será um doente que está com uma doença grave, incurável e que terá sintomas descontrolados, dor, vômitos, que não tolera a alimentação, obstipação". E5 "Realmente é um doente com necessidades muito específicas, não procurando, lá está, o tratamento em geral, mas o controlo de sintomas e a procura de conforto". E7 "Realmente é um doente com necessidades muito específicas, não procurando, lá está, o tratamento em geral, mas o controlo de sintomas (...)". E10 "Doente que sofre de uma patologia degenerativa, oncológica ou pós trauma e que esta numa etapa em que não há tratamento curativo". E11 "Doente com uma doença incurável".	6
	Pessoa com doença incurável e necessita de cuidados adequados para um fim digno	E3 "Aquele que tem uma doença incurável, irreversível e que necessita de cuidados de modo a ter um fim de vida mais digno e mais adequado à situação". E8 "Um doente paliativo é um doente se encontra em situação de doença crónica em que já não tem cura". E6 "Pessoas com qualquer doença aguda e/ou grave e ameaçadora da vida onde a cura ou reversibilidade é um objetivo realista...". E13 "Pessoa que necessita de cuidados adequados para ter um, fim de vida digno".	6
	Pessoa com necessidade de conforto	E5 "[doente] que procura de conforto". E7 "(...) é um doente (...) a procura de conforto".	2
	Pessoa com necessidades paliativas em qualquer fase da vida	E9 "(...) A nova vertente dos CP diz que há pessoas com necessidades paliativas, qualquer pessoa na sua fase de vida ou doença pode ter necessidades paliativas".	1

Fonte: Elaboração Própria

### 2.3. Necessidades Identificadas na Pessoa com Necessidade de Cuidados Paliativos

De forma a saber quais as necessidades que os enfermeiros identificam no utente Paliativo, constituiu-se como categoria (cf. Quadro 4). Das unidades de registo dos entrevistados emergiram as seguintes subcategorias, indicativas das necessidades identificadas: controlo de sintomas/necessidades físicas (n=12); psicológicas, espirituais,

emocionais e sociais (n=5); esperança/sentido de vida (n=1); acompanhamento e apoio da família (n=1); autonomia (n=1).

Quadro 4 - Necessidades Identificadas na Pessoa com Necessidades de CP

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Necessidades identificadas na pessoa com necessidades de CP	Controlo de sintomas/necessidades físicas	E1 "Controlar os sintomas, sobretudo, a dor, são as principais...". E2 "Necessidades físicas, lá está, o controlo de sintomas, como a dor, a náusea, a obstipação, entre outros sintomas...". E4 "Controlo da sintomatologia, controlo da dor, da disfagia, de feridas com dor intensa". E5 "Não é linear, desde os cuidados básicos...até a outros cuidados mais específicos da doença em si, hemorragias, tratamento de feridas, pois algumas já não tem sequer tratamento, mas controlo da sintomatologia da ferida, nomeadamente o controlo da dor, as situações de vômito provocado pela dor descontrolada...". E6 "Controlo dos sintomas da doença e, si...". E7 (...) "Principalmente, muitos entram para controlo de sintomatologia". E8 "Atenção na parte física (...)". E9 "Necessidades físicas, de dor, de compensação de outros sintomas (...)". E10 "Necessidades de controlar os sintomas tentando minimizá-los ao máximo, como a dor, dificuldade respiratória, obstipação ou diarreia, vômitos e necessidades emocionais do doente". E11 "Necessidade de controlar a dor, náuseas, vômitos, astenia, dificuldade em respirar (...)". E12 "Necessidades físicas, de compensação de sintomas". E13 "Necessidade de controlar toda a sintomatologia, como dor, náusea, entre outros".	12
	Psicológicas, espirituais, emocionais e sociais	E3 "...Mas também outro tipo de necessidades, as psicológicas, espirituais, emocionais...". E8 "Atenção na parte (...) social e psicológica, áreas muito afetadas". E9 "(...) necessidade de sentir o sentido da vida, manter a esperança, necessidades espirituais e necessidade de sentir que há um acompanhamento, não sentirem que são abandonadas, necessidade do apoio da família." E10 "(...) necessidades emocionais". E11 "Necessidade de controlar a angústia, ansiedade (...)".	5
	Autonomia	E9 "Necessidades (...) de autonomia também.	1

Fonte: Elaboração Própria

#### 2.4. Necessidades Identificadas na Família e/ou pessoa Significativa da Pessoa com Necessidade de Cuidados Paliativos

No que se refere às necessidades identificadas na família e/ou pessoa significativa da pessoa com necessidade de CP (cf. Quadro 5), verifica-se que a maioria dos enfermeiros refere a necessidade/apoio psicológico (n=10), seguindo-se a necessidade de esclarecimentos/informações sobre a evolução da doença do seu familiar, como poder estar presente para o apoiar e para poder enfrentar as perdas (n=5). E<sub>1</sub> aponta a necessidade de

satisfação das necessidades afetadas do seu ente querido. Por sua vez, E<sub>2</sub> refere que identifica na família da pessoa em situação paliativa, necessidades espirituais. E<sub>3</sub> refere que muitas vezes os familiares querem ajudar mas não sabem como fazê-lo, necessitando, assim, de apoio para a prestação de cuidados ao seu ente querido, bem como para poderem confrontar a morte, o que é corroborado por E<sub>5</sub>, que argumenta que a família não consegue confrontar-se com a situação terminal do seu familiar. E<sub>3</sub> também acrescentou que uma das necessidades da família é a falta de disponibilidade para estar mais tempo com o doente, decorrente da sua vida profissional e pela distância da sua casa à Unidade. E<sub>4</sub> relatou que muitas vezes a família não consegue gerir os seus sentimentos, “sobretudo de revolta perante a situação”, o que implica apoio por parte da equipa multidisciplinar.

Quadro 5 - Necessidades Identificadas na Família e/ou Pessoa Significativa da Pessoa com Necessidades de CP

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Necessidades identificadas na família e/ou pessoa significativa da pessoa com necessidades de CP	Satisfação das necessidades afetadas do seu ente querido	E1 “Satisfação das necessidades afetadas do seu ente querido”.	1
	Psicológicas/apoio	E2 “Da minha experiência, essas necessidades são mais psicológicas no sentido de conseguirem gerir através de estratégias de <i>coping</i> todo o stresse e a ansiedade associado à doença do seu familiar...Mas para mim, para a família, serão sobretudo as necessidades psicológicas”. E5 “Necessidades psicológicas para suportar toda a situação e apoiar o seu familiar doente”. E6 “A família necessita de muito apoio psicológico, pois não é fácil ver o seu familiar numa fase tão complexa e sentir-se impotente perante tal”. E7 “(...) necessita de muito apoio psicológico, porque está sob grande pressão emocional”. E8 “Apoio psicológico porque a família também está em sofrimento, estafeta a nível emocional com grande ansiedade”. E9 “Chega a uma certa altura que tem os sintomas muito descompensados ou começa a entrar na reta final da doença, em fase terminal, a família necessita de apoio psicológico (...) necessita muito do nosso apoio para o luto, precisa de sentir que estamos com eles, que estamos preparados para falar com eles, que somos um apoio (...) necessidade de sentir que há um acompanhamento, não sentirem que são abandonadas, necessidade do apoio da família (...)”. E10 “Necessidades emocionais. Dar apoio psicológico à família que perante este momento muito difícil sente-se impotente por não poder ajudar o seu familiar. É importante permitir-lhes estar o mais tempo possível com o doente”. E11 “Apoio psicológico devido à angústia por não conseguir dar resposta”. E12 “A família necessita de muito apoio psicológico, sobretudo para a preparação para as perdas e para o luto (...)”. E13 “Muito apoio psicológico por se sentir angustiada perante o descontrolo dos sintomas e com o aproximar do fim (...)”.	10
	Esclarecimentos/informações	E2...”Também haverá a necessidade do esclarecimento de eventuais dúvidas de como irá ser o evoluir da doença, como poderão estar presentes nesse processo de evolução...”.	5

		E7 "A família necessita de esclarecimentos, informações precisas (...). E9 "(...) de informação de forma a adaptar-se às perdas da doença (...). E12 "(...) esclarecimentos (...). E13 "(...) informação sobre o desenvolvimento da doença".	
	Espirituais	E2 "...e depois, para além disso, as necessidades espirituais".	1
	Prestação de cuidados	E3 "...querem cuidar e não saberem como...".	1
	Confrontar a morte	E3 "...não estarem preparados para um desfecho, nunca terem passado por uma situação idêntica". E5 "Não conseguirem confrontar-se a situação final do seu familiar".	2
	Falta de disponibilidade para estar mais tempo com o doente	E3 "O facto de estarem longe, por causa do trabalho...".	1
	Envolvimento emocional (revolta)	E4 "Não conseguirem gerir os sentimentos, sobretudo de revolta perante a situação".	1

Fonte: Elaboração Própria

## 2.5. Intervenções de Enfermagem que Executa Quando Cuida de Pessoas com Necessidades de Cuidados Paliativos

Com esta categoria procurou-se saber quais as intervenções de enfermagem que os enfermeiros executam quando cuidam de pessoas com necessidades de CP (cf. Quadro 6), tendo-se constatado que a maioria refere o controlo da sintomatologia subjacente à patologia que o doente apresenta, como a dor, a dispneia, os vómitos, as náuseas e as insónias (n=9). Uma das entrevistadas reforçou o pressuposto de que se tem sempre de estabelecer prioridades:

Tento estabelecer prioridades e da nossa prática diária condicionada por outros fatores temos que realmente estabelecer prioridades. Neste caso, para mim, uma das principais prioridades é identificar as necessidades de controlo de sintomatologia associada a esse doente, normalmente o controlo da dor. Se a pessoa não estiver bem, com desconforto pela dor, outras necessidades à partida não estarão satisfeitas. Se a pessoa não dorme bem durante a noite acaba por ficar cansada durante o dia e acaba por ser um ciclo. Alguns sintomas interferem noutra sintomatologia. Depois de o doente estar minimamente confortável nível físico, realmente estar atento às necessidades de comunicação, de interação conosco, equipa, de depois as necessidades psicológicas e emocionais. Ao prestar cuidados à pessoa em situação paliativa é prestar cuidados de acordo com o próprio doente, ou seja, organizarmos os nossos cuidados em função das necessidades do doente. Por exemplo, a nível de horários, se o doente quiser descansar mais um pouco, por que não. Às vezes, no hospital por alguns motivos temos de cumprir determinados *timings*, o pequeno-almoço tem de ser àquela hora, os cuidados de higiene também. Tem de ser tudo àquela hora e muitas vezes não há necessidade disso. Nós temos de ir ao encontro das necessidades do doente. Se o doente está cansado, se dormiu mal a noite e está a descansar naquele momento, pode adiar-se o pequeno-almoço. Será que o doente tem a necessidade de tomar um banho diário. Se calhar não há necessidade disso ou então serem cuidados de higiene mais breves. O que importa é que a pessoa se sinta bem, no seu próprio corpo e com a sua pessoa. E acho que nós enfermeiros em CP temos de parar mais vezes para refletir. Sendo que e há necessidade de salvaguardar isto: há unidades de CP, mas há muitos doentes com necessidade de CP em quase todos os hospitais. Mas isso às vezes tem a ver com os recursos nos serviços, não muito pessoal e não se consegue dar resposta a tudo e não se prestam cuidados de qualidade como desejaríamos" (E2)

Outras intervenções que os enfermeiros referem são os cuidados de higiene e conforto (n=6), medidas não farmacológicas, como a distração, sessões de relaxamento, massagem terapêutica e sessões de musicoterapia, alegando E<sub>9</sub> que estas intervenções são muito importantes para que o doente se sinta calmo, apoiado e que sinta que se importam com ele:

“Aproveito, quando estou a prestar os cuidados de higiene, para fazer sessões de relaxamento, massagem terapêutica e sessões de musicoterapia, porque é muito importante para o doente que se sente calmo, sente apoio, que nos importamos com ele. É assim, não é possível fazer ao mesmo tempo com todos os doentes, faço um plano de cuidados direcionado a cada doente e há certos doentes que é muito bom e temos um *feedback* muito positivo”. (E<sub>9</sub>)

Segundo esta entrevistada, apesar de intervir mais na higiene, pois só trabalha da parte da manhã, na Unidade de CP, onde exerce, as intervenções são múltiplas:

“Quando temos mais disponibilidade, levamos os doentes a passear no nosso jardim, vão tomar café connosco, temos intervenções com a família, fazemos conferências familiares, deambulamos com os doentes aqui no serviço, tentamos estimular ao máximo a autonomia dos doentes, tentar que tenham as capacidades físicas o mais tempo possível. Incentivamos muito a ida do doente casa, nem que seja a passar um fim-de-semana e pronto e se ele deambular é mais fácil para todos. Sei lá, fazemos tantas coisas que nem temos a noção do que fazemos (...) Normalmente quando temos casos de vômitos ou dispneia fazemos intervenções mais especializadas, não se recorre muitas vezes à sedação paliativa, mas por vezes temos de recorrer, em casos de dispneias que não conseguimos controlar e que isso esteja a causar um grande mau estar ao doente, que esteja com uma sensação de sufoco, temos de recorrer a essas situações, porque nós normalmente tentamos controlar a medicação oral e quando essa via não é possível, então recorreremos à subcutânea, normalmente é as vias que utilizamos. Inicialmente também tentamos recorrer a métodos não farmacológicos e quando não resultam, vamos para os métodos farmacológicos” (E<sub>9</sub>).

De acordo com 3 enfermeiros, as suas intervenções também passam por integrar/envolver a família nos cuidados, prestando-lhes o apoio necessário e possível. Outras intervenções relatadas são o estabelecimento de comunicação com o doente (n=2), a satisfação das necessidades psicológicas/emocionais (n=3), recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas, para controlo sintomático (n=5), cuidados de alimentação (n=2) e realização de tratamento de feridas (n=2).

Importa ressaltar que E<sub>10</sub> não presta cuidados diretos à pessoa com necessidades de CP.

Quadro 6 - Intervenções de Enfermagem que Executa Quando Cuida de Pessoas com Necessidades de CP

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Intervenções de enfermagem que executa quando cuida de pessoas com necessidade de CP	Controlo de sintomas	<p>E1 "Controlar os sintomas, sobretudo, a dor".</p> <p>E2 "...para mim, uma das principais prioridades é identificar as necessidades de controlo de sintomatologia associada a esse doente ... controlar a dor, a dispneia, a insónia que se repercute para o resto do dia ... Alguns sintomas interferem noutra sintomatologia...".</p> <p>E3 "De resto vai-se fazendo de tudo um pouco do normal em CP, o tradicional [controlo de sintomas]".</p> <p>E4 "...controlo da dor...".</p> <p>E6 "Controlo da sintomatologia...".</p> <p>E7 "Controlo de sintomas, como a dispneia, dor, vômitos (...)"</p> <p>E9 (...) E a parte toda do controlo sintomático. O sintoma mais prevalente é a dor, mas consoante as patologias que cá temos (...)"</p> <p>E11 "Depende do doente, mas maioritariamente são intervenções para controlo da dor ou outros sintomas".</p> <p>E12 "Controlo dos sintomas associados à doença, dor, vômitos, dispneia (...)"</p> <p>E13 "Controlo sintomático, sendo os mais evidentes a dor, os vômitos e a dispneia (...)"</p>	9
	Comunicação com o doente	<p>E2 "...Depois de o doente estar minimamente confortável nível físico, realmente estar atento às necessidades de comunicação, de interação conosco, equipa...".</p> <p>E13 "(...) intervenho muito em termos de comunicação com o doente, para que sinta conforto (...)"</p>	2
	Satisfação das necessidades psicológicas/emocionais	<p>E2 "...depois as necessidades psicológicas e emocionais...".</p> <p>E3 "...procuramos estar mais tempo com o doente, vê-lo como um todo...".</p> <p>E8 "(...) na parte emocional e psicológica, portanto, muito, muito afetadas (...)"</p>	3
	Cuidados de higiene e conforto	<p>E3 "A higiene corporal, a massagem com creme...".</p> <p>E4 "...cuidados de higiene...".</p> <p>E5 "Começamos logo pelo conforto...".</p> <p>E6 "...confortar o doente".</p> <p>E7 "(...) cuidados de higiene (...) e conforto".</p> <p>E9 "as minhas intervenções são mais nos cuidados de higiene (...)"</p>	6
	Medida Farmacológicas/Não Farmacológicas	<p>E3 "...a massagem com creme...por ser mais relaxante... Já houve alturas que aplicámos a musicoterapia, mas muitas vezes não estão recetivos...".</p> <p>E5 "...Atitudes não farmacológicas também passam pela nossa intervenção de enfermagem, como a massagem ou a distração, ou seja, usar não tanto as ações terapêuticas, como as massagens (...) intervenções com atitudes terapêuticas, como o controlo através de fármacos."</p> <p>E6 "...recurso à massagem...".</p> <p>E9 "(...) Aproveito, quando estou a prestar os cuidados de higiene, para fazer sessões de relaxamento, massagem terapêutica e sessões de musicoterapia, porque é muito importante para o doente que se sente calmo, sente apoio, que nos importamos com ele (...)"</p> <p>E12 "(...) recorro muitas vezes à massagem terapêutica e à distração (...) medicação oral e em casos extremos, não se recorre muitas vezes à sedação paliativa, mas por vezes temos de recorrer, em casos de dispneias que não conseguimos controlar e que isso esteja a causar um grande mau estar ao doente".</p>	5

	Integrar a família nos cuidados	E3 "...integrar a família nos cuidados". E7 "(...) envolver a família nos cuidados (...)". E13 "(...) procuro integrar a família nos cuidados, prestando-lhe apoio (...)".	3
	Alimentação	E9 "(...) alimentação (...)". E13 "(...) alimentação (...)".	2
	Tratamento de feridas	E5 "(...) tratamento de feridas". E9 "(...) pensos (...)".	2

Fonte: Elaboração Própria

## 2.6. Enfermeiro Especialista em Reabilitação Como Agente Facilitador na Satisfação das Necessidades do Doente na Equipa de Unidade de Cuidados Paliativos

Todos os enfermeiros referiram que têm algum conhecimento das competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação, apesar de não terem nenhum colega EER a trabalhar a exercer a especialidade. Os conhecimentos que têm advêm do contacto com um enfermeiro especialista em reabilitação que trabalha ou que já trabalhou na Unidade, mas sem exercer a função de especialista, mas de enfermeiro generalista:

"(...) Já trabalhei com um colega que tinha essa especialidade, trabalhou na unidade de CP. Mas sei que vai ao encontro de desenvolver, dentro das capacidades do doente paliativo, tentar desenvolver ao máximo as suas capacidades que lhe restam e tentar preservá-las ao máximo no sentido dessa pessoa se manter autónoma e independente o máximo possível. Claro que este desenvolvimento de capacidades ou competências tem de ir ao encontro do estado do doente, desde que não provoque desconforto, dor ou outra sintomatologia associada, e é bom que nós enfermeiros desenvolvamos essas competências. O enfermeiro especialista em reabilitação tem uma visão mais profunda do que o enfermeiro generalista. Por exemplo, fazer algumas manobras para potenciar um mecanismo fisiológico de forma que o doente consiga controlar melhor os seus sintomas, nomeadamente a falta de ar associada à presença de secreções, uma drenagem torácica que, às vezes, é efetuada pelo enfermeiro de reabilitação pode realmente aliviar o doente" (E2).

"Conheço algumas, porque tivemos cá um colega que estava a tirar a especialidade e às vezes falávamos uns com os outros e percebia algumas coisas que fazia. Mas tenho a confessar que não sei na totalidade sobre as competências específicas. Posso até confundir com as do fisioterapeuta, então prefiro não nomear" (E5).

Quando se referiram a algumas das competências do enfermeiro especialista em reabilitação referenciaram a reabilitação funcional e respiratória, bem como o treino da deglutição, intervenção na disfagia e as mobilizações:

"Penso que uma das competências é estar direcionado mais para a parte física, para dinamizar o doente, para reabilitar, para manter a função física. Também a nível da parte respiratória, de cinesioterapia respiratória e da manutenção da função respiratória e da limpeza respiratória" (E9).

Todos consideram ser uma mais-valia a integração do enfermeiro especialista em reabilitação na equipa multidisciplinar para ajudar a satisfação das necessidades da pessoa em situação paliativa, como se pode observar nos seus depoimentos:

“É importante para melhorar o conforto do utente” E1.

“Para mim, é importante existir enfermeiro especialista em reabilitação. Aliás, tal como já disse, já trabalhei com um colega com essa especialidade e notava-se realmente que tinha uma abordagem diferente com os doentes. Dai eu achar que é realmente muito, muito importante na abordagem junto do doente e do resto da equipa no sentido de sensibilizar para algumas práticas, para potenciarmos ao máximo a independência do doente, não só na alimentação, nos cuidados de higiene. Nós, todos enfermeiros, temos conhecimentos para isso. Mas quando existe um colega com uma especialidade, acaba por sensibilizar mais os outros não só através da sua prática, mas de uma discussão benéfica, construtiva acerca das intervenções que podemos ter junto do doente” (E2).

“Seria importante ter um colega com essa especialidade, para fazer várias atividades com os doentes, desde movimentos passivos, evitar a espasticidade, mesmo ao nível da disfagia, evitar de tudo um pouco a nível muscular, ajudar a relaxar e pronto. Mas ainda não tivéssemos essa benesse, para já. Mas sabemos que há determinados procedimentos que faria toda a diferença” (E3).

“Eu acho que seria muito importante, vem cá um fisioterapeuta, mas tem pouco tempo, e acho que o enfermeiro é quem conhece melhor o doente de manhã, à tarde e à noite, ao estar muito tempo com o doente, este transmite-lhe coisas que não transmite a mais ninguém. O enfermeiro especialista faz uma avaliação física que o fisioterapeuta não faz. Seria muito importante, pois alguns doentes estão em estado terminal e, como já disse, é muito importante manter a esperança e muitos quando vêm dos cuidados curativos para os CP, sentem-se abandonados pelo sistema, que já não quer fazer nada e abandonaram-me, desistiram de mim. E, então, quando sentem cá no serviço que alguém ainda se importa, alguém que ainda está a investir. A reabilitação é algo, a priori, para reabilitar. Embora possa não ter um resultado significativo, mas só o facto de o doente ser tocado, mobilizado, estar ali alguém a investir nele tem um ganho imenso para o doente. Muitos doentes quando deixam de fazer fisioterapia, nota-se logo, vão abaixo e isso influencia tudo. Porque a nossa equipa é muito reduzida e temos muitos doentes e, muitas vezes, um enfermeiro generalista, para além de nem sequer ter as competências devidas, mas também não temos tempo para fazer certas coisas para manter e estimular a autonomia dos doentes. Eu posso deambular um bocadinho com o doente no corredor, fazer um treino marcha, consoante os meus conhecimentos. Mas não é o suficiente. Pronto, até mesmo no nível da deglutição, penso que também seria importante, embora nós não temos o hábito, não é uma regra entubarmos os doentes, também entubamos. E se houvesse alguém com a especialidade para fazer um treino da deglutição seria importante. Mesmo os doentes acamados fazer certas mobilizações. Acho que era muito benéfico para os doentes”. (E9)

Como exposto no Quadro 7, todos os enfermeiros são de opinião que o enfermeiro especialista em reabilitação seria um agente facilitador na satisfação das necessidades do doente na equipa de Unidade de CP, intervindo ao nível das técnicas respiratórias para cinesiterapia respiratória (n=7), na promoção/preservação da autonomia/independência do

doente (n=5), na mobilização (n=3), no treino da deglutição/disfagia (n=3) e na massagem (n=2).

A reforçar algumas enfermeiras entrevistadas referiram:

“Os contributos serão potenciar ao máximo a independência, a autonomia do doente tendo em conta o estadió da doença e o estado físico e psicológico em que ele se encontra. Mas, realmente, o contributo será muito importante” (E2).

“(…) acabava por se uma mais-valia para o serviço, para os utentes e para a família. Dar mais autonomia à família nos cuidados” (E3).

“Digamos que o enfermeiro especialista em reabilitação já tem competências em áreas específicas, podendo intervir nas necessidades essenciais do doente paliativo e atuar numa área mais afetada, como a mobilidade, respiração, na drenagem linfática para o conforto, não para a cura” (E8).

“Acho que iria ser um grande agente facilitador, porque ao melhorar a parte física, porque nestes doentes que vivem o dia-a-dia, não é, já não têm esperanças a longo prazo, podem ter a curto prazo ou até diário, e é isso que temos de fazer, ajudar a viver o dia-a-dia, pois uns são melhores outros piores. Assim, acho que iria ser muito benéfico, um agente facilitador, porque os pequenos ganhos, o facto de estar lá com o doente, sentir que se importam com ele, que se está a investir nele, mantém a esperança. Logo, faz-se um trabalho físico, espiritual, psicológico. Penso que iria ser bastante importante para o doente. Mesmo que para ganhos para a saúde imediatos, de recuperação, mesmo que isso não fosse possível, mas só o facto de o enfermeiro estar ali a tocar, a mobilizar, iria ser muito importante, porque iria trabalhar outra dimensão, pois nós somos seres psico-bio-sociais. Assim, trabalhavam-se todas as dimensões dos CP. Logo, o EEER iria ser um agente facilitador desta missão” (E9).

“O enfermeiro especialista em reabilitação seria um agente facilitador de uma melhor satisfação das necessidades da pessoa em situação paliativa (…)” (E12).

No geral, todos os enfermeiros consideraram que o enfermeiro especialista em reabilitação seria um agente muito importante para responder às necessidades do doente em situação paliativa, sendo de opinião que este profissional tem competências especializadas para fazer uma avaliação holística do doente e responder de forma mais eficiente às suas necessidades. Assim, como refere E10 “ pode não só ter um contributo para a melhoria da sua capacidade funcional, mas desta forma contribuir para melhorar o estado emocional, dando maior serenidade ao doente”.

Quadro 7 – Conhecimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Conhecimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação	Cinesiterapia respiratória	E1 "(...) Todas as que estão mais relacionadas com a parte respiratória. Toda essa parte, de alívio do sistema respiratório...". E2 "...fazer algumas manobras para potenciar um mecanismo fisiológico de forma que o doente consiga controlar melhor os seus sintomas, nomeadamente a falta de ar associada à presença de secreções, uma drenagem torácica...o enfermeiro de reabilitação pode realmente aliviar o doente". E5 "(...) intervir ao nível da reabilitação respiratória, com recurso à cinesiterapia respiratória (...)". E6 "Consciencialização e controlo da respiração com otimização da ventilação através da técnica respiratória, alívio de secreções (...)". E7 "Tudo o que tenha a ver com a parte respiratória (...)". E8 "(...) exercitar a parte funcional respiratória, contribuir para a qualidade de vida do doente paliativo". E9 "(...) Fazer um trabalho em certos doentes a nível de cinesioterapia respiratória, até promoção da expansão pulmonar, aumentar/melhorar a parte respiratória, por exemplo, temos um doente cá com esclerose múltipla, penso que seria muito benéfico para esse doente (...)". E10 "(...)Tem muitos contributos que pode oferecer especialmente a nível respiratório (...)".	7
	Promoção/preservação da autonomia/independência do doente	E2 "...tentar desenvolver ao máximo as suas capacidades que lhe restam e tentar preservá-las ao máximo no sentido dessa pessoa se manter autónoma e independente o máximo possível (...)". E7 "(...) promover mais a independência física do doente (...)". E8 "(...) manter algumas funções, como a mobilidade (...)". E9 "Principalmente na reabilitação física, manter a autonomia das pessoas, a deambulação (...)". E10 "(...) otimizar as funcionalidades alteradas no indivíduo (...)".	5
	Mobilização	E3 "(...) desde movimentos passivos, evitar a espasticidade...". E4 "(...) estímulo de movimentos passivos à pessoa que vem completamente anquilosada, sem mobilização (...)". E7 "(...) mobilizações".	3
	Treino da deglutição/disfagia	E3 "...mesmo ao nível da disfagia...". E5 "(...) intervir na disfagia (...)". E10 "(...) a nível digestivo, controlo de obstipação, treino de deglutição (...)".	3
	Massagem	E3 "(...) evitar de tudo um pouco a nível muscular, ajudar a relaxar (...)". E10 "(...) No controlo da dor através da massagem (...)".	2

Fonte: Elaboração Própria

Importa referir que alguns dos entrevistados fizeram sugestões para o modelo de intervenção para o enfermeiro de reabilitação no sentido de melhor satisfazer as necessidades do doente paliativo, considerando que este deveria estar integrado na Unidade de CP mas a fazer exclusivamente reabilitação e não a desempenhar funções de um enfermeiro generalista, como se pode observar nos seus testemunhos:

“Seria bom que houvesse um enfermeiro de reabilitação se calhar no meu serviço em CP. Mas depois para além disso, parece-me também esses mesmos enfermeiros especialistas, decorrente de todas as situações que estão a ocorrer nos hospitais, tivessem disponibilidade, tempo para exercer vários tipos de intervenção. Se calhar muitas vezes relacionado com a falta de recursos humanos, esses colegas acabam por ficar com um determinado n.º de doentes e há prioridades. Claro que eles não irão conseguir fazer o que os outros fazem mais algumas intervenções, o que se torna mais difícil. Do conhecimento que tive do enfermeiro com quem trabalhei ele tentava ao máximo, embora não estivesse como enfermeiro especialista. Tinha a especialidade em reabilitação, mas na sua prática diária, para além da prestação de cuidados aos seus doentes, ele tentava sempre ao máximo, dentro do possível, usar algum do seu tempo para intervir com manobras de reabilitação, estando mais junto do doente (...)” (E2).

“Temos um colega que já tirou depois a especialidade, Então, porque não ser ele a fazer esse tipo de coisas, dar-lhe espaço para ele fazer coisas que nós não fazemos por falta de tempo. Então se o colega estivesse mais direcionado para a reabilitação e à parte motora que seja, seria muito bom para nós e as pessoas também beneficiariam. Mas, contudo, o colega sempre foi integrado como membro da equipa, com o mesmo n.º de utentes, mesmas horas, não lhe sobra tempo para estar com o foco na reabilitação. Seria uma mais-valia, sem dúvida, para todos, para a equipa, para os utentes. É pena a equipa não se poder dar a esse luxo. Nós temos aqui o ginásio, e se tivéssemos um enfermeiro especialista em reabilitação, as pessoas não teriam apenas que passar da cama para o cadeirão e do cadeirão para a cama. No fundo, nós por vezes proporcionamos. Mas, o colega poderia dar mais uma capacidade de autonomia de forma a minimizar um desfecho tão decadente” (E3).

“Primeiro, tinha de ter horas distribuídas para desempenhar a função. É que nós temos cá especialistas que prestam o mesmo tipo de cuidados que nós enfermeiros generalistas. Poderia ser ele a fazer uma listagem dos doente que poderiam fazer mais exercício e nós poderemos fazer essa função quando ele não tivesse tempo para abranger toda a gente. Ajudar a equipa a crescer e fazer algumas atividades com os doentes, às vezes temos doentes que estão o dia todo a olhar para a parede porque não querem televisão e barulho. E às vezes bastava arranjar uma série de atividades que tivessem um impacto importante para eles. Nós já temos atividades lúdicas, mas juntava-se o terapêutico com o ludismo (...)” (E4).

“Quanto mais agentes trabalharem para a qualidade de vida do doente paliativo melhor, será mais um elemento a contribuir para o bem-estar do doente e isso é muito importante. Intervir na parte respiratória e posicionamentos específicos para drenagem de expetoração, para saber tossir, saber libertar, saber expelir as secreções. Ajudar o doente na mobilização quando está muito afetada, ficando o doente muito deprimido, apático e desmotivado, penso que o enfermeiro de reabilitação será mais um interveniente para ajudar nessa função que está comprometida” (E8).

“Já trabalho há 13 anos, durante a minha prática, ainda só vi em 2 serviços com a atuação do EEER. Na minha opinião, e penso que seja a de todos os enfermeiros, o enfermeiro especialista em reabilitação deveria estar no serviço a fazer exclusivamente reabilitação (...). Assim, penso que o ideal era que o EEER estar num serviço a fazer exclusivamente reabilitação. Não era estar a fazer cuidados de enfermeiro generalista. Não quer dizer que não faça uma higiene, que é um momento muito importante, pois é quando o doente se

expõe, que nós observamos o corpo, as capacidades da pessoa. Mas há determinadas tarefas que não deveria fazer, mas exclusivamente a reabilitar os doentes” (E9).

Os seus discursos deixaram transparecer que o enfermeiro especialista em reabilitação deveria ter mais tempo para poder intervir junto do doente com necessidades de CP. Por um lado, não terem doentes atribuídos, não cumprirem funções de chefia, como refere E12, segundo a qual, em algumas situações, o enfermeiro especialista em reabilitação exerce “funções de gestão” devendo, ainda na sua perspetiva, “estar disponível para poder exercer as suas funções de especialista em reabilitação” (E12).

Em suma, todos são unânimes que a integração do enfermeiro especialista em reabilitação na equipa multidisciplinar será essencial.

Sendo assim, e tendo por base os testemunhos dos enfermeiros entrevistados, entende-se, como sugestão, que seria pertinente consagrar em legislação o assegurar de cuidados de enfermagem de reabilitação, atendendo à mais-valia que estes reconhecem na intervenção do EEER junto dos doentes no sentido de ser um contributo para a qualidade de vida que se deseja para os doentes com necessidades paliativas até à sua fase final de vida.

## **2.7. Reconhecimento da Importância do EEER na Equipa de CP**

Constatou-se que todos os enfermeiros reconhecem a importância do EEER na equipa de CP (cf. Quadro 7), considerando que as suas competências específicas lhes permitem atuar de forma diferenciada, sendo uma mais-valia para o doente e para a equipa, como se exemplifica com o testemunho de E8:

“Quanto mais agentes trabalharem para a qualidade de vida do doente paliativo melhor, será mais um elemento a contribuir para o bem-estar do doente e isso é muito importante. Intervir na parte respiratória e posicionamentos específicos para drenagem de expetoração, para saber tossir, saber libertar, saber expelir as secreções. Ajudar o doente na mobilização quando está muito afetada, ficando o doente muito deprimido, apático e desmotivado, penso que o enfermeiro de reabilitação será mais um interveniente para ajudar nessa função que está comprometida” (E8).

Quadro 8 - Reconhecimento da Importância do EEER na Equipa de CP

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Reconhecimento da importância do EEER na equipa de CP	Muito importante	<p>E1 “É importante para melhorar o conforto do utente”</p> <p>E2 “...Para mim, é importante existir enfermeiro especialista em reabilitação. Aliás, tal como já disse, já trabalhei com um colega com essa especialidade e notava-se realmente que tinha uma abordagem diferente com os doentes (...)”.</p> <p>E3 “(...) Seria importante ter um colega com essa especialidade, para fazer várias atividades com os doentes (...)”.</p> <p>E4 “É muito importante (...) Ajudar a equipa a crescer e fazer algumas atividades com os doente (...)”.</p> <p>E5 “(...) muito importante para trabalhar várias áreas com os doentes (...)”.</p> <p>E6 “Considero que deveria existir um enfermeiro especialista em reabilitação, seria uma mais-valia para a equipa (...)”.</p> <p>E7 “Digamos que o enfermeiro especialista em reabilitação já tem competências em áreas específicas, podendo intervir nas necessidades essenciais do doente paliativo (...)”.</p> <p>E8 “(...) Quanto mais agentes trabalharem para a qualidade de vida do doente paliativo melhor, será mais um elemento a contribuir para o bem-estar do doente e isso é muito importante (...)”.</p> <p>E9 “(...) seria muito importante, vem cá um fisioterapeuta, mas tem pouco tempo, e acho que o enfermeiro é quem conhece melhor o doente de manhã, à tarde e à noite, ao estar muito tempo com o doente, este transmite-lhe coisas que não transmite a mais ninguém (...)”.</p> <p>E10 “(...)Tem muitos contributos que pode oferecer aos doentes e à equipa (...)”.</p> <p>E11 “Seria muito positivo (...)”.</p> <p>E12 ““O enfermeiro especialista em reabilitação seria um agente facilitador de uma melhor satisfação das necessidades da pessoa em situação paliativa (...)”.</p> <p>E13 “Seria muito importante, pois alguns doentes estão em estado terminal (...) é muito importante manter a esperança e muitos quando vêm dos cuidados curativos para os CP”.</p>	13

Fonte: Elaboração Própria

Importa referir que alguns dos entrevistados fizeram sugestões para o modelo de intervenção para o enfermeiro de reabilitação no sentido de melhor satisfazer as necessidades do doente paliativo, considerando que este deveria estar integrado na Unidade de CP, mas a fazer exclusivamente reabilitação e não a desempenhar funções de um enfermeiro generalista, como se pode observar nos seus testemunhos:

“Seria bom que houvesse um enfermeiro de reabilitação se calhar no meu serviço em CP. Mas depois para além disso, parece-me também esses mesmos enfermeiros especialistas, decorrente de todas as situações que estão a ocorrer nos hospitais, tivessem disponibilidade, tempo para exercer vários tipos de intervenção. Se calhar muitas vezes relacionado com a falta de recursos humanos, esses colegas acabam por ficar com um determinado n.º de doentes e há prioridades. Claro que eles não irão conseguir fazer o que os outros fazem mais algumas intervenções, o que se torna mais difícil. Do conhecimento que tive do enfermeiro

com quem trabalhei ele tentava ao máximo, embora não estivesse como enfermeiro especialista. Tinha a especialidade em reabilitação, mas na sua prática diária, para além da prestação de cuidados aos seus doentes, ele tentava sempre ao máximo, dentro do possível, usar algum do seu tempo para intervir com manobras de reabilitação, estando mais junto do doente (...)" (E2).

"Temos um colega que já tirou depois a especialidade, Então, porque não ser ele a fazer esse tipo de coisas, dar-lhe espaço para ele fazer coisas que nós não fazemos por falta de tempo. Então se o colega estivesse mais direcionado para a reabilitação e à parte motora que seja, seria muito bom para nós e as pessoas também beneficiariam. Mas, contudo, o colega sempre foi integrado como membro da equipa, com o mesmo n.º de utentes, mesmas horas, não lhe sobra tempo para estar com o foco na reabilitação. Seria uma mais-valia, sem dúvida, para todos, para a equipa, para os utentes. É pena a equipa não se poder dar a esse luxo. Nós temos aqui o ginásio, e se tivéssemos um enfermeiro especialista em reabilitação, as pessoas não teriam apenas que passar da cama para o cadeirão e do cadeirão para a cama. No fundo, nós por vezes proporcionamos. Mas, o colega poderia dar mais uma capacidade de autonomia de forma a minimizar um desfecho tão decadente" (E3).

"Primeiro, tinha de ter horas distribuídas para desempenhar a função. É que nós temos cá especialistas que prestam o mesmo tipo de cuidados que nós enfermeiros generalistas. Poderia ser ele a fazer uma listagem dos doente que poderiam fazer mais exercício e nós podermos fazer essa função quando ele não tivesse tempo para abranger toda a gente. Ajudar a equipa a crescer e fazer algumas atividades com os doentes, às vezes temos doentes que estão o dia todo a olhar para a parede porque não querem televisão e barulho. E às vezes bastava arranjar uma série de atividades que tivessem um impacto importante para eles. Nós já temos atividades lúdicas, mas juntava-se o terapêutico com o ludismo (...)" (E4).

"Já trabalho há 13 anos, durante a minha prática, ainda só vi em 2 serviços com a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Na minha opinião, e penso que seja a de todos os enfermeiros, o enfermeiro especialista em reabilitação deveria estar no serviço a fazer exclusivamente reabilitação (...). Assim, penso que o ideal era que o EEER estar num serviço a fazer exclusivamente reabilitação. Não era estar a fazer cuidados de enfermeiro generalista. Não quer dizer que não faça uma higiene, que é um momento muito importante, pois é quando o doente se expõe, que nós observamos o corpo, as capacidades da pessoa. Mas há determinadas tarefas que não deveria fazer, mas exclusivamente a reabilitar os doentes" (E9).

Os seus discursos deixaram transparecer que o enfermeiro especialista em reabilitação deveria ter mais tempo para poder intervir junto do doente com necessidades de CP. Por um lado, não terem o mesmo número de doentes atribuídos, não cumprirem funções que não é da competência deles, como refere E12, segundo a qual, em algumas situações, o enfermeiro especialista em reabilitação exerce "funções de gestão, que realmente compete aos nossos chefes", devendo, ainda na sua perspetiva, "estar disponível para estar junto do doente. Eu acho que o enfermeiro especialista em reabilitação consegue,

dentro das especialidades, aquele que mais consegue mostrar o fruto do seu trabalho. Mas esses frutos terão de ser colhidos junto do doente” (E12).

Em suma, todos são unânimes que a integração do enfermeiro especialista em reabilitação na equipa multidisciplinar será essencial, alegando em que há situações que a Unidade recebe doentes que vêm do domicílio e, por exemplo, como salienta E4:

“nos cuidados de higiene nunca houve um grande estímulo de movimentos passivos e a pessoa vem completamente anquilosada, sem mobilização. Embora eu ache que no fim de vida o objetivo não será reabilitar para ganhar novamente funcionalidade, mas pelo menos não deixar evoluir, não deixar agravar e dar-lhe algum bem-estar. Há muita gente que tem dores na mobilidade e seria bom que houve alguém que fizesse e até em termos respiratórios (...)” (E4).

Sendo assim, e tendo por base os testemunhos dos enfermeiros entrevistados, entende-se, como sugestão, que seria pertinente consagrar em legislação o assegurar de cuidados de enfermagem de reabilitação, atendendo à mais-valia que estes reconhecem na intervenção do EEER junto dos doentes no sentido de ser um contributo para a qualidade de vida que se deseja para os doentes com necessidades paliativas até à sua fase final de vida.



### 3. Discussão dos Resultados

A amostra estudada revela que a maioria dos enfermeiros entrevistados refere que os CP são cuidados à pessoa com doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado. Esta definição de CP está em conformidade com a preconizada pela OMS (2002) e pelo *Center for Advance Palliative Care-USA* (2014), que define CP como os cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, nomeadamente a dor, mas também dos psicológicos, sociais e espirituais. Correspondem a cuidados de saúde ativos que visam reduzir o sofrimento das pessoas com doenças graves – que ameaçam a vida – incuráveis (mas não necessariamente) e progressivas, através de uma abordagem global do mesmo nas suas múltiplas vertentes, efetuada por uma equipa multidisciplinar (Neto, 2017).

Entre os entrevistados apurou-se que grande parte dos enfermeiros considera que os CP são cuidados dirigidos a doentes que necessitam de controlo sintomático, controlo da dor, de todos os sintomas que, de alguma forma, podem por em causa o seu conforto e a sua qualidade de vida. Sintomas como a dor, a náusea, a dispneia, vómitos associados à náusea, entre outros. Estas respostas corroboram os princípios do controlo de sintomas, um pilar dos CP. De acordo com Neto (2017), os CP são cuidados de saúde que intervêm no sofrimento das pessoas com doenças graves e em fim de vida, baseiam-se num rigoroso controlo sintomático. Incluem obrigatoriamente o tratamento dos sintomas físicos. Sublinha-se que a intervenção dos CP se faz para responder a um conjunto de necessidades determinadas pelo sofrimento na doença avançada e pelas múltiplas perdas que esta determina e não com base num prognóstico ou num diagnóstico. Alves, Abril e Neto (2017) referem que a dor e a fadiga assumem-se como prevalentes e presentes em praticamente todas as patologias avançadas. De acordo com Neto (2017), “outros sintomas como a dispneia, as náuseas e vómitos, a anorexia, o *delirium*, a insónia, a obstipação ou a diarreia, são relevantes para este grupo de doentes e necessitam de tratamento adequado”. Todavia, a mesma autora reforçam que “a valorização e a hierarquização dos sintomas deve ser sempre individual, uma vez que altera de doente para doente mesmo dentro do mesmo grupo de patologia base”. Os sintomas não podem ser negligenciados, exigindo uma resposta terapêutica rápida, “em contraste com uma atitude incorreta que tolera e banaliza a presença de sintomas nestes doentes”. Neto (2017) refere ainda que “cada doente poderá apresentar mais de 5-6 sintomas e isso está associado a maior complexidade clínica, que exige resposta adequada e muito rigor na intervenção a tomar”. Há sintomas que, *per si*,

também conferem maior complexidade à situação global, como é exemplo, “a hemorragia, da depressão, dos sintomas resultantes de quadros de oclusão e se associados (dor, náusea ou vômito, obstipação), da compressão medular ou da ameaça de asfixia”.

Em conformidade alguns enfermeiros entrevistados, o controlo sintomático detém um papel imprescindível e central na intervenção global no sofrimento das pessoas com doença avançada e incurável. Todavia, essa intervenção dos CP deve integrar-se num plano mais alargado que se destina às diferentes dimensões afetadas da pessoa doente, promovendo o bem-estar físico e psicológico. Os seus testemunhos expressam que esses cuidados vão ao encontro de todas as necessidades que essa pessoa possa ter não só físicas, como psicológicas. Trata-se de cuidados que visam minimizar o sofrimento físico e psicológico. No fundo, é ver essa pessoa como um ser mais amplo, é não restringir os cuidados à doença em si, mas a todos os sintomas que o doente apresenta, físicos e psicológicos. Esta aceção de CP corrobora Gonçalves (2016), segundo a qual, acompanhar o processo de fim de vida implica ter uma visão holística como garantia de uma assistência integral à pessoa. Implica a identificação precoce e a avaliação minuciosa de problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Direção-Geral da Saúde, 2004). Sendo o principal objetivo a promoção do bem-estar e a qualidade de vida da pessoa, “através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (Lei de Bases dos CP, Lei n.º52/2012 de 5 de setembro, p. 5119).

Entendem ainda que os CP são cuidados de conforto, tornando-se, assim, imprescindível que toda a equipa multidisciplinar assuma os objetivos terapêuticos e os discuta, de forma a conseguir o maior nível de conforto da pessoa doente, promovendo o máximo de conforto e qualidade dos cuidados das pessoas, sendo cuidados multidisciplinares a uma pessoa com doença grave, terminal ou incurável de forma a proporcionar maior conforto e menor sofrimento. A monitorização do conforto é imprescindível e, para tal, deve-se recorrer às chamadas constantes de conforto. Segundo Neto (2010, p. 67), estas “dizem respeito a: 1) Presença de sintomas 2) Qualidade do sono 3) Bem-estar psicológico.” Na fase de fim devida, estas constantes ganham um relevo maior. As constantes vitais, ainda que muito importantes, têm que ser valorizadas quando complementadas com as de conforto”.

Todos os enfermeiros são unânimes ao considerarem que o EEER seria uma mais-valia para a Unidade de CP, com grandes benefícios para a pessoa com necessidades de CP e para a sua família. Estes têm noção que o enfermeiro especialista em reabilitação seria um agente facilitador na satisfação das necessidades do doente na equipa de Unidade de CP, intervindo ao nível das técnicas respiratórias para cinesiterapia respiratória, na

promoção/preservação da autonomia/independência do doente, na mobilização, no treino da deglutição/disfagia e na massagem. Salvaguardam que este profissional tem competências especializadas para fazer uma avaliação holística do doente e para poder responder de forma mais eficiente às suas necessidades, mas a fazer exclusivamente reabilitação e não a desempenhar funções de um enfermeiro generalista.

Neste âmbito, importa reforçar que ao restaurar-se a capacidade funcional do doente com necessidades paliativas é, segundo as evidências científicas, um dos passos mais importantes na promoção da sua qualidade de vida. A reforçar estas premissas, Fu et al. (2015, p. 2) referem que, embora haja um mau prognóstico neurológico, os doentes sujeitos a reabilitação conseguem melhorias funcionais significativas. Quando apropriada, a reabilitação deve ser considerada. Independentemente da gravidade da patologia, a intervenção da reabilitação deve ser sempre ponderada, pois dela podem resultar melhorias funcionais e, conseqüentemente, melhorias a outros níveis integrantes da qualidade de vida. Neste sentido, Osborne, Ramsenthaler, Wolf-Linder, Schey et al. (2014) referem que são várias as potenciais contribuições da reabilitação para que haja melhorias nesse domínio. Contudo, para aumentar a probabilidade de sucesso, é necessário que o enfermeiro especialista em reabilitação considere as limitações dos doentes e altere o programa de reabilitação sempre que necessário.

Na avaliação geral verificou-se que, os enfermeiros que têm uma perceção positiva face aos possíveis contributos positivos do enfermeiro especialista em reabilitação para os doentes das Unidades de CP, revelam um grau de concordância máximo em relação aos vários contributos positivos em termos de intervenção do enfermeiro especialista nas referidas unidades, nomeadamente: ao nível do ensino e treino sobre técnicas da tosse; ao nível do controlo da dor através de estratégias não farmacológicas; na execução de exercícios musculo-articulares passivos e assistidos; na diminuição do risco de rigidez articular; no termos de ensino e treino sobre estratégias adaptativas para se transferir; no ensino e treino de técnicas adaptativas para deambular. Estas opiniões estão em conformidade com o referido por Minosso et al. (2011), segundo os quais, vários estudos têm evidenciado que alguns dos potenciais benefícios da reabilitação em CP compreendem a melhoria da capacidade funcional, a qualidade de vida, mobilidade, fadiga, dor, dispneia, estado emocional e função cognitiva. O planeamento do tratamento deve ser feito individualmente e baseado no prognóstico geral, no potencial para a recuperação funcional, no desejo e na motivação do doente para atingir o objetivo. Estes pressupostos foram corroborados com os resultados encontrados neste estudo, uma vez que se constatou que, em relação às áreas em que os enfermeiros entendem que seria benéfica a intervenção do EEER, para os utentes, são a respiratória e a motora. De acordo com Alves (2013), a

reeducação funcional respiratória contribui para a diminuição da dispneia no doente paliativo, mesmo nos últimos dias/horas de vida.

Face a estes resultados importa ressaltar que os efeitos das intervenções de reabilitação em CP podem ser ampliados para além da dimensão física, como, por exemplo, as alterações benéficas na dinâmica familiar, através da redução da carga sobre cuidadores e famílias (Minosso, Sousa & Oliveira, 2016). A Enfermagem de Reabilitação, “mais do que uma especialidade de Enfermagem, pode ser uma estratégia de assistência na configuração de um novo paradigma de prestação de cuidados de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.27).

Capelas (2010) refere que a implementação de um PNCP nas suas diferentes vertentes, de forma a obter ganhos na qualidade de vida dos doentes e suas famílias, deverá assentar em quatro pilares fundamentais: adequação, disponibilização de fármacos, formação dos profissionais e da população e, implementação diversificada e equitativa dos recursos.

Em suma, vive-se numa época em que as pessoas com doenças crónicas vivem cada vez mais tempo, sendo muitas vezes os recursos exíguos. Como tal, é imprescindível a existência de especialistas e de unidades de CP para cuidar de todas as pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas (Comissão Nacional de CP, 2018), uma vez que estes cuidados proporcionam uma resposta humanizada aos doentes que deles necessitam, requerendo, para essa finalidade, uma interdisciplinaridade doente-família-equipa multidisciplinar, na qual deve estar integrado o enfermeiro especialista em reabilitação, com o objetivo de oferecer os melhores cuidados de forma efetiva e precoce, promovendo a dignidade dos mesmos.

## Conclusão

A abordagem paliativa em alguns países já é reconhecida como uma especialidade, contudo em Portugal, apesar de nos últimos anos existirem bastantes progressos, ainda existe muito a fazer. A APCP (2016) considera os CP como uma prioridade política de saúde, recomendando uma abordagem programada e planificada numa perspetiva de apoio. Estes definem-se, segundo o mesmo organismo como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes utentes e suas famílias. São cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo.

Os CP emergiram da necessidade verificada por alguns profissionais de saúde de continuar a cuidar utentes incuráveis, pois, apesar de o objetivo nesta fase não ser a cura da patologia, muito haveria a fazer pelo seu bem-estar, nomeadamente o controlo de sintomas. Com o avanço da medicina e da tecnologia, os hospitais orientam-se para a cura da doença, centrando-se na dimensão biológica da pessoa, renegando a existência da morte e negligenciando as outras dimensões da pessoa. Para muitos profissionais nos serviços de saúde, cuidar de pessoas com estas necessidades é um trabalho de grande complexidade e exige complexas abordagens, faz com que os doentes que precisam de CP sejam, muitas vezes, um problema de carácter social e de saúde pública. Deste modo, os CP são uma prioridade da política de saúde, preconizando um apoio global aos variados problemas dos doentes que carecem destes apoios. Para cuidar dos doentes com estas necessidades, os enfermeiros devem ter uma preparação/treino sólido e diferenciado, envolvendo formação pré e pós-graduada, exigindo preparação técnica, formação teórica e experiência de prática efetiva.

Sabendo-se que a qualidade dos cuidados é da responsabilidade de todos os profissionais que os prestam e nunca foi tão importante como agora, existem várias razões para a necessidade crescente da garantia da qualidade, uma das razões é a integração do EEER na equipa multidisciplinar das UCP, pressuposto este que esteve na base da realização deste estudo, que teve como participantes 13 enfermeiros a exercerem em Unidades de Cuidados Paliativos da região centro do País.

Das entrevistas efetuadas, concluiu-se que todos os enfermeiros consideram ser muito importante e como uma mais-valia a integração de um EEER na equipa multidisciplinar, assumindo unanimemente que este profissional será um agente facilitador na satisfação das necessidades do doente na equipa de UCP, intervindo sobretudo ao nível do foro respiratório através de cinesiterapia respiratória, promoção/preservação da

autonomia/independência do doente, mobilização, treino da deglutição/disfagia e massagem.

Os entrevistados ressaltaram que o EEER tem competências especializadas que lhe permitem fazer uma avaliação holística do doente o que lhes permite responder de forma mais eficiente às suas necessidades. Contudo, salvaguardaram que o EEER deve desempenhar as suas funções como especialista, sem acumular funções de enfermeiro generalista.

Mediante estes resultados, considera-se que este trabalho se constituiu em momentos de reflexão, de confrontação e de aquisição de conhecimentos, procurando-se perceber como é percecionado o EEER nas equipas de CP pela restante equipa de enfermagem.

Esta é uma área que requer um aprofundamento a nível de investigação, nomeadamente perceber como é que o EEER pode melhorar a qualidade de vida da pessoa com necessidades de CP e como adequar a sua intervenção nas respetivas Unidades. Importa salientar, a este propósito, que o trabalho em equipa é de extrema importância em qualquer profissão, requerendo respeito entre as classes profissionais, existindo a compreensão pelo papel desempenhado, assim como é valorizado as capacidades de cada um pode trazer à equipa multidisciplinar. O trabalho em equipa significa trabalhar para o mesmo objetivo, ou seja, a autonomia do doente e o seu bem-estar holístico.

Termina-se este trabalho fazendo referência às suas limitações, que se reportam à escassa bibliografia acerca do papel do EEER em CP e o facto de não se ter conseguido uma amostra mais dilatada. Apesar destas limitações, crê-se que os resultados obtidos permitiram adquirir um conhecimento mais concreto e científico acerca da importância do EEER em CP, tendo em conta a perspetiva pessoal de enfermeiros que exercem na área. As conclusões deste estudo sugerem a necessidade de se continuar a realizar pesquisas desta natureza.

## Referências Bibliográficas

- A Enfermagem e as Leis (2018, Maio 29). *Cuidados paliativos*: Cobertura alargada a todo o país com mais equipas e mais camas (página eletrónica). Acedido em <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2018/05/29/cuidados-paliativos-cobertura-alargada-a-todo-o-pais-com-mais-equipas-e-mais-camas/>.
- Album, M. (1999). *Terças com Morrie*. Editora: Sinais de Fogo.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2011). Introdução à teoria de enfermagem: História terminologia e análise. In A. Marriner Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (6a ed., pp. 3-13). Loures: Lusociência.
- Alves, M., Abril, R., & Neto, I.G. (2017). Controlo sintomático nos doentes em fim de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 30(1), 61-68.
- Alves, M.C.F.C. (2013). *Os cuidados de enfermagem de reabilitação na mobilidade do doente paliativo não oncológico: Perspetiva do enfermeiro de reabilitação* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Acedido em [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1194/1/Maria\\_Alves.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1194/1/Maria_Alves.pdf).
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de serviços em cuidados paliativos*. Acedido, em [http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios\\_de\\_Qualidade-2006.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf).
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2016). *Desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. Posição da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 1-65.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, (2016). *Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. Acedido em <http://www.apcp.com.pt/> 2016]. Acedido em Dezembro de 2018.
- Barbosa, A. & Neto, I., (2016). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bernardo A., Rosado J., Salazar H. (2016) *Trabalho em Equipa*. In Barbosa A., Pina P., Tavares, F., Neto, I., (DATA). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa
- Bernardo, A., Monteiro, C., Ferreira, C., Pires, C., Carvalho, L., Capelas, M., & Pereira, S. (2016). *Desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal: Posição da Associação*. Acedido em [http://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio\\_da\\_Saude\\_Proposta\\_vf\\_enviado.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio_da_Saude_Proposta_vf_enviado.pdf).

- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Capelas, M.L. (2010). *Equipas de cuidados paliativos domiciliários: Quantas e onde são necessárias em Portugal*. Cadernos de Saúde, Vol. 3, 2, 21-26. Acedido em [http://www.apcp.com.pt/uploads/eq\\_cpdomiciliarios\\_csauade\\_3\\_2.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/eq_cpdomiciliarios_csauade_3_2.pdf).
- China, M.F.N. (2015). *Avaliação do impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação com a utilização da reeducação funcional respiratória no doente crítico, numa Unidade de Cuidados Intensivos*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=38379>. 2018.
- Circular Normativa, n.º 8/2017/CNCP/ACSS, de 19 de abril de 2017. Acedido em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/05/Circular\\_Normativa\\_8\\_2017\\_CNCP\\_ACSS.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/05/Circular_Normativa_8_2017_CNCP_ACSS.pdf).
- Collière, M. (2002). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2018). *Cuidados paliativos beneficiam Doentes Crónicos em Fases Precoces*. Saúde & Bem-estar. Acedido em <https://www.movenoticias.com/2018/10/cuidados-paliativos-beneficiam-doentes-cronicos-em-fases-precoces/>
- Cordeiro, M.C.O., & Menoita, E.C.P.C. (2014). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Cuidados Paliativos: Cobertura alargada a todo o País com mais equipas e mais camas* (2018). *Enfermagem e as Leis*. Acedido em <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2018/05/29/cuidados-paliativos-cobertura-alargada-a-todo-o-pais-com-mais-equipas-e-mais-camas/>.
- Cunha, M. J. S. (2009). *Investigação científica: Os passos da pesquisa científica no âmbito das ciências sociais e humanas*. Chaves: Ousadias.
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. Diário da República — I SÉRIE-A N.º 109 — 6 de Junho de 2006. Acedido em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/18627/38563866.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho. Diário da República n.º 145/2015, Série I de 2015-07-28. Acedido em [https://dre.pt/home/-/dre/69879425/details/maximized?p\\_auth=0kL55c3B](https://dre.pt/home/-/dre/69879425/details/maximized?p_auth=0kL55c3B).
- Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro. Diário da República n.º 224/2014, Série I de 2014-11-19. Acedido em <https://dre.pt/home/-/dre/58940164/details/maximized?serie=I&drelid=58940158>.
- Decreto-Lei n.º 281/2003. Diário da República n.º 259/2003, Série I-A de 2003-11-08. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/468981/details/maximized>.

- Despacho n.º 7824/2016 de 15 de junho. Diário da República n.º 113/2016, Série II de 2016-06-15. Acedido em <https://dre.pt/home/-/dre/74699399/details/4/maximized?serie=II&day=2016-06-15&date=2016-06-01%2Fen%2Fen&drelid=74671946>.
- Dia, A.S.S. (2012). *Referenciação para unidades de internamento de cuidados paliativos portuguesas: Quando, quem? E porquê?* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10518/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Ana%20Sofia%20Dias.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2004). Despacho Nº: 14/DGCG. *Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção-Geral da Saúde*. Acedido em [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano\\_Nacional\\_CP\\_-\\_Direcção\\_Geral\\_de\\_Saúde\\_Circular\\_Normativa\\_\(DGS\\_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Direcção_Geral_de_Saúde_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf).
- Direção-Geral da Saúde (2004). Circular Normativa n.º: 14/DGCG. *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Acedido em [https://www.apcp.com.pt/uploads/Plano\\_Nacional\\_CP\\_-\\_Circular\\_Normativa\\_\(DGS\\_13-7-2004\).pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf).
- Doyle, D., Hanks, G.W.C., Cherney, N., & Calman, K. (2005). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Londres: Oxford University Press, 3 nd ed.
- Fernandes, A. (2013). *Dificuldades Sentidas Pelas Equipas dos Cuidados de Saúde Primários, na Referenciação de Utentes para a RNCCI* (Dissertação de Mestrado), Instituto Politécnico de Bragança). Acedido em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9931>.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frankl, V.E. (2014). *Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração*. 32 ed. rev. Tradução de Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline. São Leopoldo: Sinodal, 2011. 184p.
- Freixo, M.J.V. (2011). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. 3ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gonçalves, A.F.M. (2016). *O Cuidar dos Enfermeiros na Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1819/1/Filipa\\_Goncalves.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1819/1/Filipa_Goncalves.pdf).
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didáctico
- Lei n.º 31/2018. Diário da República n.º 137/2018, Série I de 2018-07-18. Acedido em <https://dre.pt/home/-/dre/115712240/details/maximized>.

- Lei n.º52/2012 de 5 de Setembro. Diário da República. I Série. 172 (2012/09/05) 5119-524.  
Acedido em <http://livrozilla.com/doc/783337/lei-de-bases-dos-cuidados-paliativos>.
- Matsumoto, D.Y. (2009). *Cuidados Paliativos: Conceito, Fundamentos e Princípios*. In: Paliativos (pp.14-19). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Miller, E.T. (2012). Care vs Cure? Acedido em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rnj.52/abstract>. Consultado em novembro de 2018.
- Minosso, J.S.M., Carqueija, E., Alvarenga, R.M.M., & Oliveira, M.A.C. (2011). *Declínio funcional e reabilitação em cuidados paliativos: Uma revisão integrativa*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63759/2/Trabalho%20de%20projecto%20Jessica%20Mino%20sso.pdf>.
- Minosso, J.S.M., Sousa, L.J. de., & Oliveira, M.A.C. de (2016). Reabilitação em cuidados paliativos. *Texto Contexto Enfermagem*; 25(3):e1470015. Acedido em [http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt\\_0104-0707-tce-25-03-1470015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-1470015.pdf).
- Neto, I. G., Marques, L. A., Gonçalves, E., Domingos, H., & Feio, M. (2014). A Propósito da Criação da Competência de Medicina Paliativa. *Cuidados Paliativos*, 1(1),13-16.
- Neto, I.G. (2010). *Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos*. In A. Barbosa & I.G. Neto, (Edit.) Manual de Cuidados Paliativos (pp. 1-42). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de Lisboa.
- Neto, I.G. (2017). *Princípios do controlo de sintomas, um pilar dos cuidados paliativos*. Acedido em <https://ordemdosmedicos.pt/principios-do-controlo-de-sintomas-um-pilar-dos-cuidados-paliativos-por-isabel-galrica-neto/>.
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: Limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, 16 (1), 41-50. Acedido em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4017/1/etica%20em%20cuidados%20paliativos\\_limites%20ao%20investimento%20curativo.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4017/1/etica%20em%20cuidados%20paliativos_limites%20ao%20investimento%20curativo.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: Regulamento aprovado na Assembleia Geral Extraordinária de 20 de novembro de 2010*. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.p](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.p)
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Who the solid facts palliative care*. Acedido em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107561/1/E82931.pdf>.
- Osborne, T.R., Ramsenthaler, C., Wolf-Linder, S., Schey, S.A., Siegert, R.J., Edmonds, P.M. et al. (2014). Understanding what matters most to people with multiple myeloma: A qualitative study of views on quality of life. *BMC Cancer*.; 14(1), 496.

- Pais-Ribeiro, J.L. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia*. 2ª ed. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista Bioética*; 10. 51-72.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). *Descobrimo Regressão: Com a Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociencia.
- Portaria 66/2018, de 6 de março. Diário da República n.º 46/2018, Série I de 2018-03-06. Acedido em <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/114822275/details/maximized?serie=I&day=2018-03-06&date=2018-03-01>.
- Portaria n.º 165/2016 de 14 de junho: Diário da República n.º 112/2016, Série I de 2016-06-14. Acedido em [https://dre.pt/home/-/dre/74671910/details/maximized?print\\_preview=print-preview](https://dre.pt/home/-/dre/74671910/details/maximized?print_preview=print-preview).
- Portaria n.º 340/2015 de 8 de outubro. Diário da República n.º 197/2015, Série I de 2015-10-08. Acedido em [https://dre.pt/home/-/dre/70485726/details/maximized?p\\_auth=xv8FelyT](https://dre.pt/home/-/dre/70485726/details/maximized?p_auth=xv8FelyT).
- Portaria n.º 66/2018, de 6 de março de 2018. Diário da República n.º 46/2018, Série I de 2018-03-06. Acedido em <https://dre.pt/home/-/dre/114822275/details/maximized>.
- Portaria n.º 75/2017, de 22 de fevereiro. Diário da República n.º 38/2017, Série I de 2017-02-22. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/106509197/details/maximized>.
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos. (2010). *Estratégia para o desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 – 2013*. Acedido em [http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/668/cuidadospaliativos\\_1-1-2011.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/668/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf).
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008) *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Decreto-Lei nº 161/96, de 7 de setembro. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/aenfermagem/documents/repe.pdf>.
- Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros - Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011.
- Regulamento n.º 125/2011 Referente ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.
- Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho de 2015. Diário da República, 2.ª série — N.º 119 — 22 de junho de 2015. Acedido em

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf).

Riley, J.B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. Loures: Lusociência. 4ª Edição.

Rodrigues, S.F.G.B. (2014). *Efeitos de um programa pré-operatório de reeducação funcional respiratória, no doente Submetido a Cirurgia Abdominal Programada*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Bragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11999/1/Sandra%20F%C3%A1tima%20Gomes%20Barreira%20Rodrigues.pdf>.

Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro – doente*. Loures: Lusociência.

Silva, K., & Sena, R. (2006). A formação do enfermeiro: Construindo a integralidade do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (4). Retirado de <http://www.scielo.br>.

Silveira, M.H., Ciampone, M.H.T., & Gutierrez, Beatriz, A.O. (2014). Perceção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Revista brasileira geriatria e gerontologia* vol.17, 1, 7-16. ISSN 1809-9823. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100002>.

Van Mechelen, W., Aertgeerts, B., De Ceulaer, K., Thoonsen, B., Vermandere, M., Warmenhoven, F. et al. (2013). Defining the palliative care patient: a systematic review. *Palliat Med.*; 27(3), 197-208. doi: 10.1177/0269216311435268. <http://pmj.sagepub.com/content/early/2012/02/06/0269216311435268.full.pdf+html> [PubMed] [CrossRef].

World Health Organization (2016). *Definition of palliative care*. Acedido em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.

World Health Organization (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. Acedido em [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf).

**APÉNDICE**

---



# Apêndice 1

## Guião da entrevista

### Parte I – Dados pessoais e profissionais

#### 1. Caracterização pessoal e profissional

Sexo \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

#### 2. Habilitações académicas

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

#### 3. Formações adicionais

Pós-graduação. Qual? \_\_\_\_\_

Pós-licenciatura/Especialidade. Qual? \_\_\_\_\_

Outra(s). Quais \_\_\_\_\_

#### 4. Categoria profissional

Enfermeiro(a)

Enfermeiro(a) graduado(a)

Enfermeiro(a) especialista

5. Tempo total de exercício profissional \_\_\_\_\_

6. Tempo de exercício profissional em unidades de cuidados paliativos: \_\_\_\_\_

#### 7. Vínculo à instituição

Quadro Função Pública

Contrato de Trabalho a Termo Certo

Contrato Individual de Trabalho a Tempo Indeterminado

Outro. Especifique \_\_\_\_\_

**Parte II – Perceção dos enfermeiros de cuidados paliativos sobre a intervenção  
do enfermeiro de reabilitação**

1. O que são cuidados paliativos para si?
2. O que é, para si, um doente paliativo?
3. Quais as necessidades que identifica na pessoa em situação paliativa?
4. Quais as necessidades que identifica na família do doente paliativo e/ou pessoa significativa?
5. Quais as intervenções de enfermagem que executa quando cuida de pessoas em situação paliativa?
6. Tem conhecimento das competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação?
7. Qual a sua opinião acerca sobre a importância da integração do enfermeiro especialista em reabilitação nas equipas de cuidados paliativos?
8. Na sua perspectiva, quais são os contributos da intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação para os utentes destas unidades?
9. Quais os principais focos de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, na sua opinião, nos utentes paliativos?
10. Considerando as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, em que medida considera que este pode ser um agente facilitador na satisfação das necessidades da pessoa em situação paliativa?
11. Que sugestões propõe ao modelo de intervenção de enfermeiro de reabilitação no sentido de melhor satisfação das necessidades do doente paliativo?

## Apêndice 2 - Pedidos de autorização



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmo. Sr.  
Presidente do Conselho de Administração  
**Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE**  
Quinta do Alvito  
6200-251 Covilhã

Vossa Referência:

Vossa Data:

Vossa Referência:

ESSV 1233 (14-DEC-\*)17

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o aluno Rosa Catarina Amaral Cardoso, nº 4064, do 6.º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Perceção dos enfermeiros de cuidados paliativos sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação". Neste contexto, somos a solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 15 de Dezembro de 2017 a 15 de Fevereiro de 2018.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V.ª Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Rosa Martins, é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes. Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

*Professor Doutor Carlos Pereira*

RMAL

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-943 Viseu, Portugal

Fax. +351 232 428 343

E-mail: [essvgeral@essv.ipv.pt](mailto:essvgeral@essv.ipv.pt)

Web: [www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)



18 JUN 2018

Assunto: Projecto de Investigação n.º 2/2018 - "Percepção dos enfermeiros de cuidados paliativos so	
Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	Nº: 29/2018
De: Gabinete de Investigação e Inovação	Data: 18-06-2018

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de Rosa Catarina Amaral Cardoso, aluna de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Percepção dos enfermeiros de cuidados paliativos sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação", a realizar no Serviço de Medicina Paliativa deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer 26/2017, emitido pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,

  
(Dr.ª Rosa Saraiva)

RS/RS

Centro Hospitalar Cova da Beira  
Parecer do Conselho de C.A.  
em 25 JUN 2018

Assunto: Percepção dos enfermeiros de cuidados paliativos sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação

Proposto por: Rosa Saraiva


Presidente do C.A.: Dr. João Carlos

Vogal do C.A.: Dr. João Carlos

Vogal do C.A.: Dr. João Carlos

Vogal do C.A.: Dr. João Carlos

Coordenador Clínico: Dr. João Carlos

  
Centro Hospitalar Cova da Beira  
Assunto de Investigação Clínica  
Dr. Carlos Cláudio





Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.  
Presidente do Conselho de Administração  
**Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo**  
R. Padre Américo  
3060 Cantanhede

Vossa Referência:

Vossa Data:

Nossa Referência:

ESSV 1232 14-DEC-17

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o aluno Rosa Catarina Amaral Cardoso, nº 4064, do 6.º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Perceção dos enfermeiros de cuidados paliativos sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação". Neste contexto, somos a solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 15 de Dezembro de 2017 a 15 de Fevereiro de 2018.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Rosa Martins, é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes. Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

*Professor Doutor Carlos Pereira*

RMA/L

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL  
Fax. +351 232 428 343

E-mail: [essvgeral@essv.ipv.pt](mailto:essvgeral@essv.ipv.pt)

Web: [www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)





Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmo. Sr.  
Presidente do Conselho de Administração  
**Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo**  
Rua Padre Américo  
3060-186 Cantanhede

VOSA REFERÊNCIA:

VOSA DATA:

NOSA REFERÊNCIA:

ESSV 0000 17-479-18

**ASSUNTO: ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO**

Em resposta ao v/ofício nº 234 de 05 de março de 2018, a estudante Rosa Catarina Amaral Cardoso, nº 4064, do 6º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, vem anexar a documentação em falta do estudo subordinado ao tema: "Perceção dos enfermeiros de cuidados paliativos sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação".

Um exemplar dos Dados do Projeto do Estudo/Investigação e a Declaração de Consentimento Informado de participação no estudo.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

  
O Presidente da ESSV  
*Professor Doutor Carlos Pereira*

Na resposta indicar a vossa referência. Em cada v'ofício tratar só de um assunto

PMRL

Tel. +351 232 410 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, Portugal

Fax. +351 232 428 343

E-mail: [essvgen@essv.ipv.pt](mailto:essvgen@essv.ipv.pt)

Web: [www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)





20/03/2018  
01.06.05 1193

HAJC S.º Padre António 3060-186 - 14-199 119

Exmo. Senhor

Prof.º Doutor Carlos Pereira

Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu

Rua D. João António Crisóstomo Gomes Almeida, nº 102  
3500-843 Viseu

V/Ref.º	Data	N/ Ref.º	Data
---------	------	----------	------

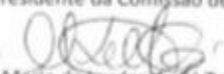
**Assunto: Pedido de autorização para efetuar colheita de dados**

Na sequência do nosso ofício nº 234, datado de 5 de março de 2018, solicitando a V. Exa., a metodologia do trabalho e o envio do consentimento informado.

Como até à presente data não obtivemos qualquer resposta, vimos por este meio insistir no envio dos documentos em falta, para decisão de parecer desta Comissão.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética

  
(Dr.ª Maria de Lurdes de Sá Tenreiro)

*estilizada*

FFAT





Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
**Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.**  
Av. Rei D. Duarte  
3504-509 VISEU

Vossa referência:

Vossa data:

Vossa referência:

ESSV 1231 14-DEC-17

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o aluno Rosa Catarina Amaral Cardoso, nº 4064, do 6.º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Perceção dos enfermeiros de cuidados paliativos sobre a intervenção do enfermeiro de reabilitação". Neste contexto, somos a solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 15 de Dezembro de 2017 a 15 de Fevereiro de 2018.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Rosa Martins, é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes. Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

*Professor Doutor Carlos Pereira*

RM/UL

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Cristóvão Gomes de Almeida, n.º 102, 3500-843 Viseu, Portugal.

Fax. +351 232 428 343

E-mail: [essv@essv.ipv.pt](mailto:essv@essv.ipv.pt)

Web: [www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)

Na 1.ª página indicar a origem referencial. Em cada folha indicar a página de um total de 100.



Entregue cópia SAR  
1/1 - 29/1/2018

**Escola Superior de Saúde de Viseu-IPV**

**De:** sec.enfdirector <sec.enfdirector@hstviseu.min-saude.pt>  
**Enviado:** sexta-feira, 26 de janeiro de 2018 15:20  
**Para:** uli@essv.ipv.pt; essvgeral@essv.ipv.pt  
**Assunto:** FW: Resposta ao pedido de autorização para efetuar colheita de dados data de 14-12-2017

**Importância:** Alta

29-01-2018  
01-06-05 259

**De:** sec.enfdirector  
**Enviada:** sexta-feira, 26 de janeiro de 2018 11:46  
**Para:** uli@essv.ipv.pt; 'essvgeral@essv.ipv.pt'  
**Assunto:** Resposta ao pedido de autorização para efetuar colheita de dados data de 14-12-2017  
**Importância:** Alta

Exmo Senhor Presidente da ESSV  
Professor Doutor Carlos Pereira

Encarrega-me o Senhor Enfermeiro Diretor, Carlos Portugal, de informar V. Exa. que foi autorizado o pedido de realização de colheita de dados referente ao vosso ofício datado de 14-12-2017.

Com os melhores cumprimentos

Patrícia Rodrigues  
Secretariado do Conselho de Administração



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

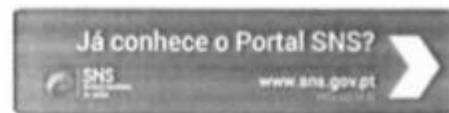


CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU

Av. Rei D. Duarte  
3504-009 VISEU, PORTUGAL  
TEL +351 232 420 506

[www.hstviseu.min-saude.pt](http://www.hstviseu.min-saude.pt)

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



SNS + Os primeiros passos do SNS do futuro  
PROXIMIDADE [www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)

