



Relatório de Prática Clínica

Singularidades da Intervenção Psicológica nos Cuidados Paliativos

Liliana Sofia Gervásio Pilha

Orientadores

Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Mestre Eduardo Manuel Neves Oliveira Carqueja

Relatório de Prática Clínica apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, realizada sob a orientação científica da Diretora da ESALD Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, e orientação científica do Assistente Convidado pela Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Mestre Eduardo Manuel Neves Oliveira Carqueja.

Mai de 2016

Composição do júri

Presidente do júri

Professor Doutor, Jorge Salvador Pinto de Almeida

Professor Adjunto e IPCB, ESALD – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Orientador

Professor Doutor, Eduardo Manuel Neves Oliveira Carqueja

Psicólogo Clínico e Centro Hospitalar de São João do Porto

Arguente

Professora Doutora, Maria Elisa Pina Tomaz Veiga

Professora Auxiliar e Faculdade de Educação e Psicologia da Católica do Porto

Dedicatória

Com dedicatória especial a todas as pessoas (doentes e familiares) que acompanhei em Cuidados Paliativos.

Agradecimentos

À orientadora Paula Sapeta agradeço a motivação diária, que permitiu que todas as minhas viagens até Castelo Branco fossem com um sorriso na cara, mesmo que muito cedo para estar a tempo nas aulas. A sua dedicação e preocupação foi e é essencial (a conclusão deste Mestrado no tempo certo deve-se em parte à sua insistência e persistência, obrigada). Agradeço tudo o que foi fazendo por mim, na resolução de pequenos e grandes problemas que foram surgindo, mas cuja vontade de ambas permitiu ultrapassar. Peço-lhe o favor de continuar com este papel extraordinário nesta área (e na formação de profissionais em Cuidados Paliativos).

Ao Orientador Mestre Eduardo Carqueja agradeço a inspiração e orientação do meu trabalho, muito obrigada. Apesar da distância, trabalho e faculdade revelou-se uma pessoa muito disponível e interessada.

À minha Supervisora Cristina Rodrigues, como tu mesma dizes “não apareci na tua vida por acaso”, foi espetacular trabalhar contigo, a boa disposição, sabedoria constante e perspicácia (grande olho clínico) permitiu-me crescer bastante como profissional. Ah e um grande obrigada pelas grandes ideias, que foram muito ricas para mim (e ti). Não poderei esquecer que o meu estágio coincidiu com uma fase complexa na tua vida mas que mesmo assim me recebeste de braços abertos, espero ter tornado os dias mais “bem-dispostos”.

À Equipa onde desenvolvi a prática clínica, perante o desconhecimento da minha pessoa mas sabendo que estava sem possível local de estágio, foram os primeiros a aceitar o meu estágio, acho que pelo meu empenho consegui agradecer-lhes.

Aos Doentes e Familiares que acompanhei e virei a acompanhar, sendo que o presente mestrado e formação contínua só fez e faz sentido por vocês, para que aumente as minhas competências profissionais e me permita cuidar melhor.

À minha colega Francisca Pedroso porque, sem saber bem como iria ser o seu mês de Julho sem a minha presença na Fundação disse "se tem que ser, não irás ficar com o Mestrado a meio" e seguraste muito bem as “pontas” ... Um especial agradecimento por esse voto de confiança e pela ajuda que jamais esquecerei.

Às Minhas Meninas da Fundação de Veiros (LIJ), pois mesmo sem perceberem bem a razão pela qual estava ausente durante a semana e porque é que fui estudar com esta idade e nesta altura da minha vida, se disponibilizaram, cada uma à sua maneira, para me ajudar na gestão de tempo e dedicação a elas mesmas. Nenhum dia (mesmo longe) me esqueci de vocês.

E por último, mas aos que são realmente os primeiros, à minha querida Família pela infinita paciência, aguardando a minha disponibilidade temporal e mental. Assim como pela força constante e motivação para concluir tudo no tempo certo e com bom desempenho. Sabem que sem vocês o meu percurso profissional e formativo não teria sido possível.

Epigrafe

“Toda a gente sabe que vai morrer, mas ninguém acredita nisso.”

(...)

“- Bom, tenho que ver a vida de forma única, agora. Vejamos. Não posso ir às compras. Não posso controlar as contas bancárias, não posso levar o lixo lá para fora. Mas posso sentar-me aqui, com os meus dias encolhidos, e olhar para o que acho importante na vida. Tenho tanto o tempo, como o motivo, para fazê-lo.

Então, disse eu, numa resposta cínica reflexa, parece que a chave para encontrar o sentido da vida é deixar de levar o lixo lá para fora?”

(...)

“Dás-te ao trabalho de te manteres a par das notícias?

- Sim – disse Morrie -, achas isso estranho? Achas que, como estou a morrer, não me devia preocupar com o que acontece no mundo?”

(...)

Às Terças com Morrie

Resumo

Este relatório, sobre a intervenção psicológica em Cuidados Paliativos, traduz o último ano do 3º Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco. No mesmo consta a descrição das atividades desenvolvidas na prática clínica e no projeto de intervenção, com uma envolvente reflexão crítica. A prática clínica foi realizada numa Unidade de Cuidados Paliativos de excelência, num total de 200 horas. Acrescentam-se a estas 100 horas dedicadas ao projeto de intervenção que englobou uma componente formativa. O relatório abrange três capítulos: modelo organizacional, competências adquiridas e projeto de intervenção.

Do primeiro fazem parte a descrição detalhada do modelo mais utilizado em Cuidados Paliativos, a caracterização do local de estágio e uma reflexão sobre o modelo descrito/em vigor.

No segundo capítulo são apresentados os objetivos, toda a descrição do estágio, das tarefas realizadas e competências adquiridas (com base nos pilares base dos Cuidados Paliativos: comunicação, controlo de sintomas, formação, trabalho em equipa e apoio à família), finalizando-se este capítulo com a reflexão de 2 casos clínicos. A fase inicial da prática clínica foi apenas de observação, para aquisição de mais conhecimentos e integração na prática direta do que tinha sido aprendido no 1º ano do mestrado. Em seguida, foi possível a intervenção autónoma, mas supervisionada, com doentes e familiares.

O projeto de intervenção foi inteiramente dedicado à sensibilização para a temática dos Cuidados Paliativos, com a realização de 2 ações dirigidas à comunidade de Elvas. Paralelamente, foram desenvolvidas formações em serviço para uma EIHS CP sobre trabalho em equipa, comunicação, motivação e gestão de conflitos. Os temas para estas formações surgiram da análise SWOT realizada no âmbito do indicador de qualidade desenvolvido para a elaboração de um protocolo de intervenção no luto para referida equipa. Este mesmo protocolo é proposto como forma de melhoria da qualidade da prestação de cuidados.

A psicologia tem um papel imprescindível nos Cuidados Paliativos, mas não existem ainda, em Portugal, critérios definidos para esta intervenção, o que sustenta a necessidade do desenvolvimento deste tema. Foi também pela existência desta lacuna que a Revisão Sistemática da Literatura, realizada no âmbito de uma unidade curricular do 1º ano de mestrado, se debruçou sobre esta temática. Considera-se que a mesma contribuirá para a definição do papel da psicologia e as suas competências do psicólogo neste contexto.

Palavras chave

Prática clínica; Cuidados Paliativos; Intervenção psicológica; Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos; Equipa Intrahospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos.

Abstract

This report is about psychological intervention in Palliative Care and translates the last year of the 3rd Palliative Care Masters at Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias of Instituto Politécnico de Castelo Branco. It describes all activities developed during the clinical practice and in the intervention project, with the corresponding critical appreciation. The clinical practice took place in a Palliative Care Inpatient Unit of a reference hospital and it lasted about 200 hours. To those, another 100 hours were added and dedicated to the intervention project that involved an educational component. The report has three chapters: organizational model, acquired competences and intervention project.

In the first chapter we found the detailed description of the more commonly model used in Palliative Care, the description of the place where the internship took place and a reflection about the presented model.

The second chapter serves to present the report objectives, describe all internship tasks and acquired competencies (based in the Palliative Care core foundations: communication, symptom control, education, teamwork and family support), and to present 2 clinical case studies. The beginning of the clinical practice was only observational, in order to obtain more knowledge and to integrate within the practice everything learned during the Masters first year. After that it was possible a supervised but autonomous intervention, with patients and families.

The intervention project was entirely dedicated to raising awareness about Palliative Care, developing 2 interventions directed to the Elvas city community. At the same time, workshops were developed for the Intra Hospital Support Palliative Care Team, about teamwork, communication, motivation and conflict management. The workshops' themes came from the SWOT analysis, made for the development of the quality indicator chosen for the creation of a grief intervention protocol to be used by the same team. That protocol is proposed as a care quality improvement strategy.

Psychology has a vital role in Palliative Care but there aren't defined criteria for this intervention yet, at least in Portugal, what raises the need for the development of the area. It was also because of this gap that the Systematic Literature Review, made within a curricular unit of the Masters first year, was about this theme. We believe that work will help the definition of the psychology role and psychologists competencies in Palliative Care.

Keywords:

Clinical Practice; Palliative Care; Psychological intervention; Continuous and Palliative Care Unit; Intra Hospital Support Palliative Care Team.

Índice geral

Agradecimentos	VII
Epigrafe.....	IX
Resumo.....	XI
Abstract.....	XIII
Índice geral	XV
Índice de figuras	XVIII
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	XIX
I – Modelo organizacional e funcionamento.....	4
1.1 Tipologias de prestação de cuidados	5
1.2 Modelos de cuidados ao doente paliativo	7
1.3 Caraterização da UCP e EIHS CP	8
II – Competências adquiridas	11
2.1 Objetivos.....	11
2.2 Atividades Realizadas.....	13
2.3 Competências adquiridas consoante os pontos-chave dos Cuidados Paliativos	20
2.4 Casos clínicos.....	27
III – Projeto de intervenção.....	34
3.1 Enquadramento teórico.....	34
3.2 Plano e Concretização do Projeto de Intervenção.....	38
3.3 Plano e Concretização da Formação	46
3.4 Avaliação dos Planos de Intervenção e Formação	58
Conclusão	60
Referências Bibliográficas	62
Apêndices	68
Apêndice A - Panfleto Journal Club	70
Apêndice B - RSL – Artigo publicado no Repositório IPCB-ESALD	73
Apêndice D - Panfleto de divulgação das Ações de Sensibilização do projeto de intervenção.....	109
Apêndice E – Email a solicitar respetivos espaços para as ações com resumo do projeto em anexo.....	111

Apêndice F – Divulgação da Ação “Saber Viver é Saber Morrer” num evento do <i>Facebook</i>	117
Apêndice G - Ação “Saber viver é saber morrer”	119
Apêndice H – Certificado de Participação na Ação “Saber viver é saber morrer”	128
Apêndice I – Fotografias da Ação “Saber viver é saber morrer”	130
Apêndice J – Divulgação da Ação “Antes de morrer eu quero” num evento do <i>Facebook</i>	132
Apêndice l – Fotografias da Preparação da Ação “Antes de morrer eu quero” .	134
Apêndice M – Fotografias da Ação “Antes de morrer eu quero”	136
Apêndice N – Formação em serviço “Trabalho em Equipa”	139
Apêndice O – Formação em serviço “O ‘senão’ da comunicação em Cuidados Paliativos”	149
Apêndice P – Formação em serviço “Motivação e Gestão de Conflitos”	159
Anexos	167
Anexo A – Certificado de participação no V Workshop da Terapia da Dignidade	169
Anexo B - Divulgação no Media de ambas as Ações de Sensibilização.....	171
Anexo C - Notícias sobre a Ação de Sensibilização “Saber viver é saber morrer”	175

Índice de figuras

Figura 1 - Modelo Cooperativo com intervenção nas crises (adaptado de Gómez-Batiste et. Al, 2005; cit in Capelas & Neto, 2010)	8
---	---

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

A3ES: Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior

AOAL: Associação Oncológica do Alentejo

APCP: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AVC: Acidentes Vasculares Cerebrais

EIHSCP: Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos

ESALD: Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

IPCB: Instituto Politécnico de Castelo Branco

OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses

PNCP: Plano Nacional de Cuidados Paliativos

RNCCI: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL: Revisão Sistemática da Literatura

UCP: Unidade de Cuidados Paliativos

Introdução

O Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD) do Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB) integra o plano estratégico de desenvolvimento da escola. É um curso estruturado segundo normas nacionais e internacionais, reconhecido pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos e Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), que assenta nas diretrizes da Declaração de Bolonha e está acreditado pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES). O Mestrado tem a duração total de 2430h de trabalho global, dividindo-se entre 720h como horas de contacto (90 ECTS) por três semestres, onde os dois primeiros são de unidades curriculares pré-estabelecidas e o terceiro de prática em contexto real e clínico (Adenda, 2011).

O presente Mestrado integra a 3ª edição do Mestrado em Cuidados Paliativos na ESALD-IPCB. A Prática Clínica (PC) decorre num contexto de referência em Cuidados Paliativos para fomentar as competências do profissional, com um total de 300h de contacto direto, das quais 100h correspondem à aplicação do projeto de intervenção. A PC é realizada com equipas de referência, em que o estagiário enquanto elemento constituinte, temporariamente, de uma equipa multidisciplinar terá a oportunidade de adquirir formação aprofundada para colmatar as suas lacunas em Cuidados Paliativos, sendo um complemento das competências teóricas e de base adquiridas. A prática clínica foi realizada numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP).

O projeto de intervenção teve dois objetivos: a sensibilização da comunidade da cidade de Elvas – através de duas ações de sensibilização, uma com carácter mais prático e outra com carácter mais formativo – e a formação dos profissionais de saúde (com formações de serviço) de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Alentejo em temáticas identificadas como uma necessidade formativa.

A orientação da PC, e do respetivo relatório, foi efetivada pela Professora Doutora Paula Sapeta, que tem um papel essencial na formação de profissionais de saúde nesta área, enquanto diretora da ESALD-IPCB e responsável por este mestrado; e pelo Psicólogo Clínico Eduardo Carqueja, que revela uma grande experiência em Cuidados Paliativos desempenhando funções no Hospital de São João do Porto.

O IPCB-ESALD tem contribuído bastante para os Cuidados Paliativos, na formação de profissionais nesta área, preconizando as boas práticas de intervenção. Estes louvores supracitados contribuíram para a minha decisão aquando a escolha da instituição para a realização deste Mestrado. A procura de formação e especialização técnica nesta área partiu da experiência profissional realizada neste contexto, em estágios curricular e voluntário. Os Cuidados Paliativos são mais do que uma profissão, são uma escolha. Enquanto psicóloga, acompanhar os doentes e familiares em Cuidados Paliativos valoriza-me muito enquanto pessoa, pois permite-me sentir “humana” e útil. Saber que contribuo para a felicidade, tranquilidade, bem-estar e qualidade de vida daquelas pessoas é uma sensação de felicidade e satisfação total difícil de explicar aos outros. Considero este contexto como o mais genuíno na área da psicologia, pela relação terapêutica estabelecida com a pessoa se basear num verdadeiro processo de ajuda. Assim esta motivação pessoal teve início na profissional, porém a determinada altura deste percurso surgiu a necessidade da formação especializada para uma maior e melhor preparação para atingir melhores resultados terapêuticos e mais eficazes. Considerei que investir na formação em Cuidados Paliativos seria uma aposta tão essencial como foi o curso de psicologia.

A concretização da formação teórica e pós-graduada (1.º ano do Mestrado) foi executada com sucesso. A etapa final deste percurso formativo do Mestrado corresponde à PC e ao projeto de intervenção que constam descritos no presente relatório. Por último, o relatório será apresentado e discutido em prova pública.

Por conseguinte, e segundo a Adenda (2013), o referido relatório tem com finalidade:

1. Potenciar o juízo crítico, com base numa reflexão sobre a tipologia e o modelo organizacional do serviço onde ocorreu a prática clínica;
2. Permitir a reflexão sobre a referida Unidade Curricular (UC) de PC: performance, objetivos e competências atingidos;
3. Favorecer a descrição das tarefas e atividades desenvolvidas no âmbito da PC e do projeto de intervenção, correspondendo aos pilares dos Cuidados Paliativos: comunicação, controlo de sintomas, apoio à família e trabalho em equipa;

4. Fomentar o recurso à literatura como forma de justificar as decisões tomadas e atividades desenvolvidas.

De uma forma genérica, pretendo com este relatório transparecer as competências adquiridas, objetivos cumpridos e as aprendizagens realizadas durante a prática clínica, culminando numa reflexão pessoal das melhorias verificadas enquanto profissional e pessoa.

Conclui-se a Introdução com a apresentação da estrutura do relatório, que se subdivide em 3 partes: I) modelo organizacional e de funcionamento do local de estágio e da equipa onde se deu formação no projeto de intervenção; II) competências adquiridas no seio dos pilares dos Cuidados Paliativos, pormenorizando as atividades desenvolvidas no âmbito da prática clínica; III) projeto de intervenção.

I - Modelo organizacional e funcionamento

Os Cuidados Paliativos correspondem à intervenção desenvolvida por uma equipa multidisciplinar que utiliza estratégias e medidas que preconizam o bem-estar, qualidade de vida e promovem o alívio do sofrimento físico, social, emocional, espiritual e psicológico do doente e dos seus familiares. Estes cuidados abrangem pessoas com doença grave, avançada e/ou incurável (WHO, 2002). Destaca-se a particularidade de que a unidade de cuidados engloba tanto o doente como a família, intervindo-se em ambos e em cooperação. E mais, o trabalho desenvolvido em Cuidados Paliativos estende-se após o falecimento do doente, abrangendo o acompanhamento no processo de luto da família. A equipa tem a responsabilidade de ajudar o doente e família a percorrer um processo para que se encerre o último capítulo da vida daquela pessoa com doença.

O processo de morrer é vivenciado por cada pessoa de forma individual e desencadeia uma panóplia de sentimentos negativos, como medo, revolta, impotência, etc. Todavia, a negação deste acontecimento inevitável do ciclo natural de vida sofre a influência do medo do desconhecido ou de qualquer mudança. É essencial ter presente que o processo de morrer e o momento efémero da morte, mesmo acarretando sofrimento para todos os elementos envolvidos, é um acontecimento muito enriquecedor pela transcendência, alta espiritualidade, expressão de sentimentos, de solidariedade e de coragem (Fratezi & Gutierrez, 2011). É esta filosofia que nos permite, enquanto profissionais, aceitar a própria morte e permitir a facilitação deste processo para os pacientes e familiares. Nunes (2008) acrescenta que “o sentido ético da morte está presente quando cada um de nós toma consciência de que temos os dias contados, o que nos impele a avançar na construção de nosso projeto de vida”.

A intervenção em Cuidados Paliativos é efetuada por uma equipa multidisciplinar, na qual se integra a psicologia, que tem um papel indispensável no alívio do sofrimento do doente e familiares que decorre do processo de doença (Barbero, 2008; Bayés, 2005), surgindo assim a necessidade de definir as competências do psicólogo, que trabalha nesta área, na intervenção tanto com o doente, como com a família.

A Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2012), na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, defende que o psicólogo tem como dever: proporcionar apoio psicológico

aos próprios profissionais de saúde (para evitar o *burnout*) e facilitar o processo de luto, nos doentes e familiares (Martinho, Pilha, & Sapeta, 2015).

A APCP afirma que os psicólogos são igualados a qualquer outro profissional da equipa, nomeadamente o médico. O acompanhamento psicológico em Cuidados Paliativos permite melhorias em termos da diminuição do sofrimento emocional, aumenta da qualidade de vida, promoção de estratégias que permitam viver com maior equilíbrio (sejam semanas, meses ou anos) junto do doente e seus familiares, aceitando a morte como a fase final do ciclo vital (Martinho, Pilha, & Sapeta, 2015).

Os Cuidados Paliativos exigem uma abordagem transdisciplinar que abranja as necessidades do doente e da família (corresponde à unidade de cuidados), sendo o objetivo a promoção de maior qualidade de vida e bem-estar referida à unidade. A competência e formação de cada profissional enriquecem a atuação da equipa, onde cada elemento complementa a equipa (Barbosa & Neto, 2010). Identificam-se como pilares centrais de uma equipa de Cuidados Paliativos: rigor técnico, comunicação, flexibilidade, adaptabilidade, profissionalismo, respeito, apoio interdisciplinar e cooperação (APCP, 2006a).

1.1 Tipologias de prestação de cuidados

Primeiramente irão definir-se as tipologias de equipas de Cuidados Paliativos para uma melhor compreensão dos níveis de organização dos serviços/equipas de Cuidados Paliativos ou dos serviços/equipas que prestam cuidados a doentes Cuidados Paliativos. Assim encontramos:

1. Equipas básicas - constituídas por médico, enfermeiro, psicólogo ou assistente social;
2. Equipas complexas - médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e outros dois profissionais (fisioterapeutas, nutricionistas, etc.);
3. Equipas de referência - dedicam-se à formação e investigação, e fazem consultadoria.

Serão caracterizadas os dois tipos de equipas com quem se manteve contacto direto: uma equipa de uma Unidade de Cuidados Paliativos (onde se desenvolveu a prática

clínica) e uma equipa intra-hospitalar de suporte (para a qual foi dada formação no âmbito do projeto de intervenção).

- Equipa de Unidade de Cuidados Paliativos:

As equipas de unidades de Cuidados Paliativos destinam-se aos cuidados de doentes com processo de doença paliativa, porém são especialistas em contexto de internamento (Radbruch, Lukas, *et al*, 2010; *cit. in* Bartolomeu, 2014). Habitualmente estas equipas encontram-se inseridas em hospitais de agudos, oncológicos ou até universitários, sendo que poderão estar incluídas ou não na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). As referidas unidades deverão ter como objetivos o alívio do sofrimento decorrente do processo de doença e respetivos tratamentos, controlo dos sintomas, disponibilização de acompanhamento psicológico e apoio social (para gestão de alta). A equipa UCP do HL preconiza os pressupostos mencionados, utilizando como modelo de organização o de intervenção nas crises (explicado no seguinte subcapítulo).

- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos:

A proposta do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) (2008-2016), da Direção Geral de Saúde (DGS) indica que as Equipas Intra-hospitalares de Suporte são equipas multidisciplinares e incluem: Médico e Enfermeiro com formação diferenciada em Cuidados Paliativos; Apoio psiquiátrico / psicológico; Fisiatria / Fisioterapia; Apoio espiritual; Serviço social e Apoio administrativo próprio (DGS, 2004).

Estas equipas têm um papel primordial na consultadoria dos restantes serviços do hospital a que pertencem. Têm como objetivo central o controlo de sintomas do doente, apoiando a família, relacionando-se estreitamente com os respetivos serviços do hospital, e tendo como foco a alta (quando existem condições para tal) do contexto hospitalar de agudos. A formação também é outra área a que se dedicam estas equipas, pois para melhorar práticas e a intervenção, será necessária a constante formação, tendo a equipa o dever de cumprir este objetivo, que poderá estender-se externamente (Bartolomeu, 2014).

Segundo Capelas (2014a) estas equipas têm como vantagens a elevada efetividade e eficiência, conhecimento e acesso a todos os restantes serviços do hospital, que permite melhorar a articulação e a própria intervenção. No entanto surgem como

desvantagens a dificuldade na gestão de situações complexas, conflitos de interesse ou orientação de outros profissionais. Para Portugal previu-se uma equipa por cada hospital que tenha mais de 250 camas

O nível mais básico, nos níveis de organização ou de estruturas, correspondem às ações paliativas. Este tipo de classificação defende que as ações poderão ser desenvolvidas por qualquer profissional de saúde em qualquer resposta de saúde, desde internamento ou ao domicílio, com ou sem a colaboração de equipas ou outros serviços. Obviamente que estes profissionais de saúde deverão ter formação adequada para esta realidade de Cuidados Paliativos, pois são cuidados diferenciados dos outros, tal como a Medicina Interna se distingue dos Cuidados Paliativos (Capelas & Neto, 2010).

Porém o PNCP distingue somente 3 níveis organizacionais, sem contemplar o anterior, sendo que no nível I a equipa é móvel e básica, podendo a sua intervenção incidir no contexto domiciliário ou no de internamento. Já o nível II corresponde a uma equipa com mais profissionais, sendo a sua intervenção no domicílio ou internamento, tendo que ser assegurada durante as 24 horas. O nível III corresponde a equipas de referência, que se dedicam também à investigação e formação, sendo muitas vezes consultoras em Cuidados Paliativos, sendo habitualmente unidades de internamento específicas (DGS, 2004).

1.2 Modelos de cuidados ao doente paliativo

A OMS tem vindo, ao longo dos anos, a alterar a filosofia preconizada para a organização dos serviços de Cuidados Paliativos com base em diversos modelos de atuação. Presentemente o modelo que vigora (de acordo com a definição atual de Cuidados Paliativos) designa-se de modelo cooperativo com intervenção nas crises. Este adequa-se à prestação de cuidados ao doente e família de forma a dar resposta adequada às necessidades do doente e da família, no alívio do sofrimento e promoção da qualidade de vida. O presente modelo considera que deverá haver uma constante colaboração e articulação entre profissionais e serviços, tendo-se acesso às duas possíveis realidades específica ou curativa e paliativa, desde a fase inicial do processo de doença (Capelas & Neto, 2010). Por outras palavras, existe intervenção paliativa de equipa de Cuidados Paliativos em diversos momentos da doença, desde o seu

diagnóstico, sendo ou não essa fase paliativa. Por exemplo, os doentes com AVC beneficiam imenso da intervenção de uma equipa de Cuidados Paliativos, mas apenas em momentos específicos, e não durante todo o processo de doença, até porque pode existir uma franca melhoria (aqui existe uma estreita relação entre a parte curativa ou reabilitativa versus a paliativa) (Figura 1).

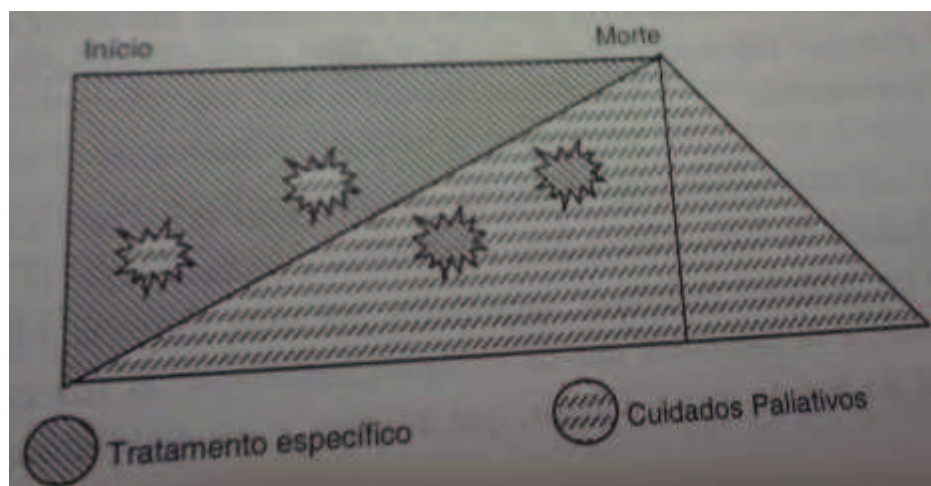


Figura 1 - Modelo Cooperativo com intervenção nas crises (adaptado de Gómez-Batiste et. al, 2005; cit in Capelas & Neto, 2010)

Considera-se que este modelo é utilizado na UCP onde decorreu o estágio, pois a diversidade de doentes, patologias e níveis de intervenção traduzem essa mesma abordagem, desde doentes oncológicos numa fase muito avançada, a doentes com AVC com potencial reabilitativo. Foi importante clarificar-se o modelo de intervenção adotado para se compreender o funcionamento dos serviços/equipas, assim como as diretrizes da sua atuação.

1.3 Caracterização da UCP e EIHS CP

O estágio ocorreu na UCP do HL, durante o 2º ano/3º semestre do Mestrado, no mês de Julho de 2015, correspondendo a um total de 193 horas diretas de contacto, sendo o horário habitualmente entre as 9h e as 17h/18h.

A UCP do HL surgiu há cerca de 8 anos. Fica no 4.º piso da torre B (HR), dispondo de espaço físico e recursos humanos adequados aos cuidados prestados. O piso dispõe de 40 camas, sendo que existem quartos individuais e quartos partilhados (com 2

camas), com wc privativo em cada quarto. A equipa é composta por cerca de 30 enfermeiros, 2 médicas, 1 psicóloga e 2 fisioterapeutas (que não são exclusivos da equipa, mas são os que mais diretamente colaboram com ela).

A intervenção da equipa abrange a área reabilitativa, com situações de perda de autonomia e necessidades curativas, e área paliativa, com doenças avançadas, graves e/ou incuráveis e que acarretam bastante sofrimento. A Equipa intervém com o doente e família, adequando o plano de intervenção a cada situação em particular. A abordagem é multidisciplinar, olhando para os problemas de forma integral. Os grandes objetivos são o conforto, dignidade e qualidade de vida da unidade de cuidados (doente e família).

Como é característica do trabalho em Cuidados Paliativos, a consultadoria é essencial, para além do apoio dado a doentes internados noutros serviços que necessitam de intervenção de Cuidados Paliativos. Assim esta UCP não é diferente, pois trabalha em cooperação com equipas de Oncologia, Neurologia, Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Unidade da Dor e Medicina Física e de Reabilitação. As parcerias referidas são muito importantes para satisfazer as necessidades dos doentes e melhor resposta às patologias que sofrem, exemplo disso: doença oncológica, neurológicas degenerativas, insuficiências orgânicas avançadas, acidentes vasculares cerebrais (AVC), pós-cirurgia, pós-acidentes, doenças neuromusculares (Esclerose Lateral Amiotrófica - ELA), fibrose quística e doenças reumáticas incapacitantes. Acrescenta-se que esta equipa da UCP tem ainda serviço de consulta externa.

Esta equipa dedica-se também à formação e investigação, como áreas essenciais de intervenção. A formação contínua e a partilha dos resultados desse trabalho é, simultaneamente com o trabalho assistencial, parte integrante das suas prioridades. A equipa é distinguida pela APCP, pelo exemplo das boas práticas, e foi Designated Center of Excellence in Palliative Care and Oncology pela European Society of Medical Oncology (2011-2013 e 2014-2015).

Considera-se pertinente a caracterização da equipa de EIHS CP, local onde se implementou o plano de formação, para melhor conhecimento do funcionamento do contexto. A EIHS CP encontra-se inserida na infraestrutura do Hospital de Dia, que é um sistema de prestação de cuidados hospitalares, em regime de não internamento. Os doentes frequentam o hospital em horário diurno para realizar o tratamento, análises,

exames e/ou consultas, regressando posteriormente ao seu domicílio. Este tipo de prestação de cuidados é utilizado, sobretudo, no acompanhamento e reabilitação de doentes crónicos (ULSNA, 2008). O Hospital de Dia é um espaço constituído como serviço autónomo desde março de 2003, de forma a dar resposta ao crescente número de doentes e patologias, além da oncológica. É um espaço destinado ao acompanhamento de doentes que necessitam administração de terapêutica endovenosa, subcutânea e vigilância clínica apertada, assim como realização de ações de educação para a saúde do doente e família, fundamentalmente nas seguintes áreas: Oncologia; Cuidados Paliativos (EIHSCP); Doenças Autoimunes/Reumatologia sob terapêuticas biológicas ou imunossupressoras; Imuno-hemoterapia; Medicina Interna; Cirurgia; Ortopedia (Hospital de Dia, 2010).

Relativamente à valência Cuidados Paliativos, este tipo de assistência poderá ser definida como os cuidados ativos, coordenados e totais, prestados por uma equipa multidisciplinar, a doentes e seus cuidadores/familiares, em situação de sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover o conforto e a qualidade de vida do doente. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional ao doente e à família durante o processo da doença de forma interdisciplinar; e apoio em processo de luto (EIHSCP, 2009; Twycross, 2003; Pais Ribeiro, 2007). O seu intuito é o de permitir a adaptação à morte iminente de forma construtiva e o mais completa possível (WHO, 2002). O internamento específico em Cuidados Paliativos tem subjacentes as seguintes necessidades: controlo da sintomatologia, alívio das famílias e acompanhamento no momento da morte (Twycross, 2003). Porém o hospital em questão não tem internamento específico de Cuidados Paliativos, logo os doentes ficam internados na valência de medicina interna, com camas que abrangem este tipo de cuidados, mesmo que esta secção não seja especialista em Cuidados Paliativos.

II - Competências adquiridas

2.1 Objetivos

Os Cuidados Paliativos assentam em quatro diretrizes básicas: controlo de sintomas, comunicação terapêutica, apoio aos familiares e trabalho em equipa multidisciplinar (Barbosa, 2013). Tendo por base a definição de Cuidados Paliativos, pôde-se projetar para a prática clínica e projeto de intervenção os objetivos que se seguem:

- Objetivos gerais:
 - a) Aplicar os valores e princípios inerentes aos Cuidados Paliativos na prática clínica;
 - b) Implementar um plano assistencial de qualidade à pessoa em processo de doença paliativa e familiares;
 - c) Intervir com base na filosofia dos Cuidados Paliativos;
 - d) Desenvolver a capacidade de raciocínio crítico face aos dilemas éticos.
- Objetivos específicos
 - a) Potenciar o desenvolvimento de formação e conhecimento científico;
 - b) Identificar as necessidades dos pacientes;
 - c) Avaliar, controlar e intervir nas necessidades psicológicas;
 - d) Desenvolver programas de intervenção e formação;
 - e) Aumentar as capacidades comunicacionais;
 - f) Amplificar as técnicas específicas de intervenção psicológica para as diversas necessidades / problemáticas com pacientes e familiares;
 - g) Dotar de estratégias para lidar com situações difíceis;
 - h) Desenvolver competências de intervenção psicológica no processo de luto.

A European Association for Palliative Care (EAPC, 2013) define como diretrizes centrais nos Cuidados Paliativos a autonomia, dignidade, relação entre doente e profissionais de saúde, qualidade de vida, posição em relação à vida e à morte, comunicação, educação pública, abordagem multiprofissional, perda e luto. E acrescenta que devem existir as seguintes competências nos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos:

1. Aplicar as diretrizes básicas dos Cuidados Paliativos, no ambiente próprio e mais seguro para os doentes e famílias;
2. Aumentar o conforto físico durante as trajetórias de doença dos doentes;
3. Atender às necessidades psicológicas, sociais e espirituais dos doentes;
4. Responder às necessidades dos cuidadores/familiares face aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo;
5. Responder aos desafios do processo de tomada de decisão clínica e dos dilemas éticos em Cuidados Paliativos;
8. Implementar uma coordenação integral do cuidar e um trabalho de equipa interdisciplinar em todos os contextos onde os Cuidados Paliativos são necessários;
9. Desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas ao processo de fim de vida;
10. Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional.

Perante o referido anteriormente, está inerente o desenvolvimento de competências, tanto teóricas como práticas, assim como o aumento de estratégias que permitam ultrapassar as dificuldades sentidas diariamente. Exemplos disso: lidar com situações difíceis (conspiração do silêncio e transmitir más notícias), cuidar nos últimos dias e horas de vida, como comunicar (o que dizer e como face a situações que emergem por uma rápida resposta, como intervir nas conferências familiares). Assim as competências específicas de um psicólogo em Cuidados Paliativos deverão ser as seguintes, segundo a literatura:

- a) Integrar os princípios e a filosofia dos Cuidados Paliativos na prática de cuidados;
- b) Planear ações de sensibilização e programas de psicoeducação para comunidade;
- c) Atuar como consultor nos dilemas éticos e legais;
- d) Estabelecer uma relação terapêutica com o paciente e respetivos familiares (definir objetivos a atingir e respeitar as particularidades do paciente);
- e) Avaliar e intervir nas necessidades psicológicas dos pacientes e família;

- f) Comunicar de forma terapêutica e facilitar a comunicação profissional-paciente/famíliares, tal como na transmissão de más notícias;
- g) Promover intervenções psicossociais com base em técnicas cognitivo-comportamentais [sendo as mais eficazes (Breitbart, *et al.*, 2010)], com os pacientes e famílias na antecipação de possíveis situações/reações, adaptação ao processo de doença e suas consequências, questões existenciais e espirituais, perturbações psicológicas e psiquiátricas, dor e gestão de outros sintomas físicos, planeamento da assistência antecipada e de planos de cuidados personalizados, revisão de memórias/reminiscência cognitiva de vida (acontecimentos de vida significativos, resolução de problemas/conflitos, situações ou assuntos por resolver);
- h) Facilitar a elaboração das diversas perdas com o doente, identificar fatores de risco nos familiares enlutados e realizar terapia de luto com estes últimos;
- i) Implementar ou melhorar programas de intervenção;
- j) Oferecer orientação/formação em Cuidados Paliativos para os profissionais de saúde;
- k) Avaliar a qualidade dos serviços e programas implementados (Adenda, 2011; Demiris, *et al.*, 2010; Golijani-Moghaddam, 2014; Kissane, *et al.*, 2006; Reverte, Gil, Toro, García, & Batiste, 2008; Roletto, 2013; Schmidt, Gabarra, & Gonçalves, 2011).

2.2 Atividades Realizadas

Neste âmbito, definiram-se um leque de atividades a ser realizadas no contexto clínico:

- i. Participação ativa em atividades científicas (congressos, seminários, jornadas, etc.);
- ii. Análise crítica de artigos científicos que permitam a melhoria de práticas com base na evidência científica e aumentar conhecimentos;
- iii. Realização de pelo menos uma formação em serviço, para melhoria de cuidados, com base nas necessidades do mesmo;
- iv. Melhoria de qualidade do serviço com o desenvolvimento de um indicador de qualidade e avaliação do mesmo;

- v. Desenvolvimento de uma revisão sistemática da literatura nesta área, com potencial para ser submetida a publicação científica;
- vi. Desenvolvimento de protocolo específico de intervenção, na área do processo de luto;
- vii. Participação nas atividades do serviço/ instituição relacionadas com Cuidados Paliativos;
- viii. Desenvolvimento de um diário de campo.

Das atividades enumeradas não se conseguiu desenvolver o indicador de qualidade nem de um protocolo específico de intervenção, na área do processo de luto. Isto aconteceu porque, para além da limitação temporal (o estágio aconteceu em jornada contínua durante um mês) impediu que se desse resposta a todos os objetivos propostos, o próprio serviço já tinha disponível um protocolo de atuação no luto, que cumpria com todos os indicadores de qualidade.

Das restantes atividades supracitadas enumera-se de seguida a sua implementação. A participação em atividades científicas decorreu da importância da constante aprendizagem, para uma reciclagem de conhecimentos e melhorias de práticas, assim como para aumento das competências profissionais. Durante o tempo de estágio foram aproveitados os eventos que surgiram na zona tendo em conta a área. Primeiramente frequentou-se o V Workshop de Terapia da Dignidade dinamizado pela Faculdade de Medicina de Lisboa, durante o dia de 16 de julho das 9h às 18h (certificado de participação no Anexo A). Resumidamente neste workshop aprendi os fundamentos do modelo da dignidade em fim de vida, os pressupostos da própria terapia de dignidade e treino do respetivo protocolo de intervenção (com *role-playing*) e discussão de aspetos técnicos específicos. A presente formação foi bastante enriquecedora pelas aprendizagens feitas sobre esta terapia. Também permitiu bastante reflexão, pois considero que esta terapia poderá ser utilizada como técnica e não propriamente como uma terapia, porque não me faz sentido, enquanto psicóloga, que as pessoas vão livremente falando sobre determinadas situações dolorosas e não exista intervenção psicológica, de forma a se reformular o que é dito pela pessoa (apenas ouvir sem se dar feedback). Assim, considero que deverá ser um complemento essencial na intervenção psicológica em Cuidados Paliativos. Por outro lado, acrescento o facto de achar que esta

terapia deveria ser aplicada por psicólogos pela formação de base ao nível comunicacional.

Outra formação, no dia 24 de Julho, designou-se de “Amostra de Projetos Empreendedores” em simultâneo com a final do “Prémio de Inovação em Intervenção Psicológica (Academia OPP), evento desenvolvido pela OPP de forma a divulgar projetos inovadores e eventuais contactos importantes. Com o presente evento conheci os vários projetos inovadores desenvolvidos por jovens psicólogos, permitindo-me desenvolver ideias sobre eventuais projetos ou pequenas ações na área da saúde. Para além desse fato, o aumento dos contactos é sempre uma experiência positiva e que permitirá estabelecerem-se contactos e redes futuras. Foi então um momento reflexivo e criativo, quer para mim mesma quer pela discussão de ideias.

Em relação aos objetivos de análise crítica de artigos científicos e realização de pelo menos uma formação em serviço, foram desenvolvidos com base numa atividade proposta pela equipa da UCP: Journal Club, cujo principal objetivo é a seleção, leitura e discussão de um artigo científico atual que seja prático, com potencial de se aplicar no serviço (estratégias, técnicas, nova intervenção ou procedimento) de forma a melhorar práticas de intervenção, sendo então apresentado e discutido numa das reuniões de equipa (última terça-feira do mês). Assim sendo, o artigo selecionado intitula-se de “*Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice*” da autoria de Neimeyer, Burke, Mackay & Stringer, publicado em 2009 pela *Journal of Contemporary Psychotherapy*. O presente artigo foi brevemente apresentado, tendo sido discutido na reunião do dia 28 de Julho.

Resumidamente o artigo aborda a perspetiva construtivista, que concebe o luto como um processo de reconstrução de significados que são contestados pela perda de alguém. Embora a maioria das pessoas consiga elaborar esta perda e dar significado à sua vida, existem outras que são incapazes de encontrar o sentido da vida após a morte de um ente querido. Nestes últimos casos, esta perspetiva construtivista fornece algumas estratégias para ajudar os clientes. Este artigo baseia-se em excertos de terapia com duas enlutadas para ilustrar as estratégias a utilizar: recontar a narrativa, escrita terapêutica, metáfora e visualização evocativa, e posição pró-sintoma (Neimeyer, Burke, Mackay, & Stringer, 2009).

Considerou-se pertinente que se deveria deixar no serviço material que refletisse a teoria construtivista exemplos de estratégias para os profissionais de saúde a implementar com as famílias enlutadas (um panfleto – Apêndice A). Assim sendo, e com base na literatura, pode-se considerar que a Terapia Construtivista enfatiza as experiências que perturbam as pessoas, de forma a levá-las à procura de sentido nas suas perdas. Esta abordagem psicológica emerge a necessidade das pessoas na procurar do significado das suas experiências de vida, permitindo ter consciência das mesmas e consolidá-las. Neimeyer considera que a perda forma um ciclo de luto, começando com a antecipação da morte e vai-se desenvolvendo num percurso de sucessivos ajustes. O luto dá a oportunidade de reconstrução interna de significados que foram abalados com o falecimento do ente querido. Este processo é único e individual, não existindo um padrão entre as pessoas.

As intervenções devem ser específicas para permitir o significado de reconstrução durante o processo de doença e a morte, são necessárias para ajudar as pessoas a recuperar um sentido de vida. Enumeram-se:

1.Recontar a narrativa: Pedir ao familiar que fale sobre a morte do doente, pois o não falar sobre o assunto não ajuda a elaborar essa perda. Será essencial para que a pessoa questione crenças e valores e se reestruture emocionalmente.

2.Escrita terapêutica: Utilizar qualquer formato de escrita que ajude a elaborar a perda, pois a escrita é reparadora e organizadora. Podemos incluir até pintura, desenho, biografia, montagens de álbuns, poesias, etc.

3.Metáfora e Visualização Evocativa: identificar palavras ou simbologia que a pessoa usa para se perceber significados (ex.: “tenho dentro de mim um assassino”, “câncer” - perceber o que significa destas palavras).

4.Posição pró-sintoma: Validar a dor da pessoa, porque será a única forma de aplicar as técnicas anteriores, pois se a pessoa não reconhecer que está a sofrer não conseguirá mudar o padrão.

Todas estas estratégias podem ser utilizadas desde o início do processo de doença, adaptando-se às várias perdas para permitir um ajuste até à própria morte e antecipar este processo dotando as pessoas de ferramentas. O grande objetivo é encontrar um significado para a perda, seja ele positivo ou negativo, mas que seja o sentido para

aquela pessoa (Brandstätter, *et al.*, 2014; Currier, Neimeyer, & Berman, 2008; Neimeyer, *et al.*, 2009; Presa, 2013; Romanoff & Thompson, 2006).

A equipa recebeu esta ideia com muita satisfação, gostando do panfleto, que foi partilhado por todos os membros da equipa, pois constituirá um instrumento útil de trabalho na área de luto. Apesar do panfleto ter surgido do *Journal Club*, acrescentasse a dupla função deste instrumento, por ter contribuído, de certa forma, para o objetivo de melhoria do protocolo de intervenção no processo de luto (mesmo que não seja diretamente o desenvolvimento de um protocolo já que este já existia) permitiu melhorar práticas com exemplos práticos e dinâmicos a implementar.

Para o objetivo do desenvolvimento de uma revisão sistemática da literatura passasse a explicar a sua realização. Ao longo de todo o Mestrado, aula após aula, sempre pairou na minha mente a seguinte dúvida: “Mas afinal qual é a intervenção específica do psicólogo em Cuidados Paliativos, para além da intervenção no processo de luto?” Alguns profissionais afirmavam que apoio emocional qualquer profissional em Cuidados Paliativos poderá fazer, estratégias comunicacionais também deverão ser extensíveis a qualquer membro da equipa, o conhecimento, pelo menos geral, dos sintomas, diagnósticos e prognósticos, funcionamento de diversas patologias, terapêuticas, etc., deverá ser partilhado por todos... Porém alguns autores confirmam que a sobreposição e discórdias sobre a o suporte psicológico têm uma frequência significativa, entre os diversos profissionais das equipas de Cuidados Paliativos, nomeadamente psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e voluntários (Junger & Payne, 2010; *cit. in* Carqueja & Costa, 2014). Tudo isto aumentava as minhas dúvidas acerca do meu real papel, que o distinguisse da intervenção dos restantes elementos da equipa. Por esta razão, eu e outra colega psicóloga, decidimos investir na revisão sistemática da literatura (RSL) nesta área, que já foi entretanto publicada no Repositório do IPCB logo após a sua realização (poderá ser consultada em <http://hdl.handle.net/10400.11/3103>, estando no Apêndice B).

Resumidamente a presente RSL abordou a temática dos Cuidados Paliativos, incidindo na intervenção psicológica. Constituiu então o objetivo da RSL a compreensão das competências do psicólogo, englobando a intervenção tanto com o doente como a família. A RSL teve um horizonte temporal entre 2005 e 2014, complementando-se com o método PICOD, para a escolha dos artigos.

Assim sendo pode-se afirmar que as competências do psicólogo são bastante vastas e estão definidas por diversas entidades, como por exemplo a EAPC. No entanto em Portugal estas competências ainda não foram validadas, estando a APCP a abrir este o 'caminho' através da organização de um Grupo de Psicologia e com publicações nesta área, porém a OPP terá um papel preponderante na definição destas competências. Segundo Beloff *et. al* (2008; *cit. in* Carqueja & Costa, 2014), os psicólogos são os profissionais com melhor preparação e formação para intervir na construção de significados para as situações complicadas e auxiliar os outros profissionais também na construção de significados.

A intervenção do psicólogo inicia-se numa fase *a priori* ao processo de doença na fase de prevenção ao nível de saúde, seguindo-se ao acompanhamento psicológico do doente e familiares durante o processo de doença (como por exemplo antecipação de eventuais reações, questões existenciais e espirituais, perturbações psicológicas e psiquiátricas, dor e gestão de outros sintomas físicos, planeamento da assistência atempadamente, revisão de memórias, acontecimentos de vida e resolução de problemas, preocupações ou assuntos não resolvidos); por último no processo de luto (Golijani-Moghaddam, 2014).

Com a referida RSL consegui definir então as competências de um psicólogo, distinguindo o que é sua função. Sendo a primeira RSL que fiz considero o balanço bastante positivo. Para além do facto de ter aumentado as minhas competências ao nível do desenvolvimento de uma RSL. A sua publicação no repositório permitirá o aumento do seu potencial de publicação em revistas científicas credíveis na área de Cuidados Paliativos em Portugal.

Quanto ao objetivo da participação nas atividades da UCP, foi posto em prática diariamente. Durante o tempo de desenvolvimento do estágio, o serviço realizou poucas atividades, sendo que participei em todas as que foram desenvolvidas. Por exemplo, nas reuniões de equipa com periodicidade semanal (terça-feira às 14 horas), nas quais eram discutidos os casos atuais, por ser necessário delinear o plano de intervenção mais adequado mas também pelas dúvidas que os mesmos suscitavam. Paralelamente eram lembradas pessoas que já tivessem partido, e os membros da equipa que assim entendiam falavam abertamente sobre a sua intervenção, da equipa e sobre o impacto que o caso teve em si. Foram momentos de partilha muito intensos,

muito enriquecedores para mim, pois num estágio desta dimensão eu estava mesmo como “esponja”, absorvendo tudo de todos, de forma a retirar o maior proveito possível, fazendo grandes aprendizagens.

Além das referidas reuniões, diariamente existiam reuniões mais breves, semelhantes à passagem de turno, que contavam com a presença da médica (diretora de serviço), médicos internos, enfermeiro responsável e com ambas as psicólogas (a minha orientadora e eu). Nesses momentos eram definidos os objetivos de intervenção para esse dia, identificando-se os doentes que necessitavam da avaliação e intervenção psicológica, que famílias era necessário abordar, os processos de luto que era necessário preparar, quais as más notícias que era preciso transmitir, etc. Este momento era o ponto de partida para o dia e permitia a organização da agenda de cada profissional.

Tive a oportunidade de acompanhar dois médicos em momentos distintos. Com um médico oncologista assisti a uma conferência familiar, realizada por cujo objetivo era informar e explicar ao filho mais próximo da paciente a sua real situação clínica e discutir o plano de intervenção. A conferência decorreu no quarto da paciente, sendo que enquanto a mesma ocorria a senhora continuava o seu almoço. A sua evidente negação face à gravidade da situação clínica e o evitar, da forma que lhe foi possível, a presente postura foi bastante notória e reflexiva. Noutra ocasião acompanhei uma médica de medicina geral e familiar nas consultas a alguns doentes, como é sua prática diária para avaliar o estado de cada um e ajustar o respetivo plano de intervenção. Em ambas as experiências, bastante enriquecedoras por sinal, constatei que a comunicação é a ferramenta principal nos Cuidados Paliativos, ficando então admirada pelas competências destes elementos ao nível comunicacional que desencadeava a aproximação ao paciente e intervenção eficaz. As situações potenciaram as minhas capacidades de comunicação, pois todas estas observações permitiram maior desenvolvimento de conhecimento e práticas.

Por último, o objetivo da realização do diário de campo foi totalmente concretizado, sendo um trabalho individual, onde diariamente registei o trabalho efetuado. Este diário permitiu não só o relato das atividades desenvolvidas mas também uma reflexão adequada sobre as mesmas, com base nas anotações feitas. Poderei enumerar o dia-a-dia, pelo menos o tronco comum a cada dia de estágio:

- Reunião de “passagem de turno” com enfermeiro (de cada doente) e médica responsável;
- Leitura dos registos clínicos, no sistema informático, dos doentes que iriam ser avaliados ou submetidos à intervenção psicológica;
- Divisão de tarefas, entre mim e a minha orientadora (sendo que numa primeira fase o estágio apenas foi de observação);
- Planeamento consoante a hierarquia de necessidades dos pacientes a serem atendidos;
- Solicitação de informação mais pormenorizada sobre o paciente e família;
- Acompanhamento ou avaliação psicológica, habitualmente no quarto da pessoa;
- Feedback ao enfermeiro responsável: devolução da informação importante, discussão de estratégias de atuação e intervenção, identificação das necessidades e de quem se deverá intervir, assim como chamada de atenção do profissional para determinados aspetos importantes;
- Registo no sistema dos diversos atendimentos realizados;
- No período da tarde, a organização do trabalho era semelhante, habitualmente os telefonemas, discussão de objetivos, reflexão de casos, preparação de altas, apoio psicológico à família ficavam para após a hora de almoço (pela maior disponibilidade da família ou doente).

2.3 Competências adquiridas consoante os pontos-chave dos Cuidados Paliativos

Comunicação

Sabemos hoje que, para além do controlo sintomático, é na área da comunicação que se situam as maiores necessidades dos doentes e famílias e que estes as classificam como sendo da maior importância na qualidade dos cuidados recebidos. Se estes fatos forem ignorados, os profissionais de saúde em Cuidados Paliativos correm o risco de desumanizar as suas respostas (Neto, 2003).

A comunicação é um dos pilares dos Cuidados Paliativos (e da psicologia), tendo utilidade terapêutica pela sua eficácia na diminuição do sofrimentos e sintomatologia

associada à doença avançada e terminal (Querido, Salazar & Neto, 2010). Com a comunicação com o doente/família num processo de doença terminal pretende-se entender problemas, medos e expectativas; promover o alívio de sintomas de modo eficaz e aumentar a autoestima/autoconceito; transmitir a verdade gradualmente, de acordo com as necessidades, capacidades e desejos do doente; compreender quais as necessidades do doente e da família; conhecer a sua cultura e necessidade espirituais; promover e respeitar a autonomia; relação profissional/doente aberta, baseada na sinceridade e honestidade; proporcionar resolução de conflitos com os entes queridos e a resolução de assuntos pendentes; diminuir as incertezas; e por último ajudar a pessoa a viver bem o processo de morte (Silva & Araújo, 2009). Deve-se respeitar o ritmo do doente/família e basear-se a comunicação na honestidade para ter eficácia.

Considero que neste estágio consegui refletir sobre a minha intervenção e ponderar as áreas a melhorar, pois um bom profissional tem que ter uma comunicação adequada e eficaz. As estratégias que têm de ser treinadas são: abolir “não há nada a fazer” ou “todos nós morremos”; utilizar as técnicas base da comunicação: a dos dedos cruzados, reforço positivo “vamos fazer tudo o que pudermos para lhe proporcionar a melhor qualidade de vida possível”, tiros de aviso “os exames parecem indicar o que nós não gostaríamos”. Assim, pretendo adquirir mais competência nesta área e conseguir ultrapassar as inseguranças e medos para ser uma profissional à altura dos doentes e famílias, tal como é seu direito e merecimento.

As competências comunicacionais foram as mais treinadas, numa fase inicial, como já referido, consistiu na observação da orientadora, seguindo-se de maior autonomia onde colocava em prática o aprendido. A comunicação de más notícias foi posta em prática na observação de transmissão de más notícias em situação de falecimento, onde a gestão emocional é primordial e a reflexão das melhores palavras a usar em cada momento. Foram momentos difíceis pela carga emocional associada, todavia muito enriquecedores pelas aprendizagens feitas.

Controlo de sintomas

A dor é uma condicionante muito incapacitante e o mais temível dos sintomas, pela sua associação ao sofrimento. Os objetivos da intervenção psicológica na dor, ansiedade e depressão são similares, incluindo a promoção de mecanismos de

ajustamento ao processo de doença e de homeostasia emocional (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

A PC permitiu-me encontrar respostas que possibilitam a adaptação do paciente à sua nova condição. O *coping* é um fator de estabilização da pessoa perante acontecimentos ou situações de stress, facilitando então o ajustamento individual ou a adaptação à situação de stress (Dias & Durá, 2002).

A dor é mencionada pelos doentes como um dos sintomas mais incomodativos. Como tal, é compreensível que um doente com dor intensa não tenha disponibilidade para conversar. Assim ao longo do estágio, foi possível refletir sobre as intervenções a desenvolver com doentes com dor. Inclusive permitiu tecer que a atuação da psicologia não é adequada nem “bem-vinda” quando o paciente está cheio de dor (por exemplo), e só após o controlo deste sintoma é que a intervenção será eficaz, pois no momento de sofrimento físico a pessoa não nos está a escutar. A nível psicológico, existe um trabalho essencial a desenvolver com estes doentes, que é tão ou mais importante que a farmacologia. É essencial, no entanto, existir um maior envolvimento do cuidador/família, para que se atinjam os resultados terapêuticos com maior excelência.

De todos os sintomas optou-se pelo aprofundamento da dor, porque apesar de ser dos mais abordados, continua a ser o que maior impacto negativo tem sobre o doente e a família, limitando o seu funcionamento como um todo, sendo também o mais visível (pelo não-verbal principalmente).

Dor define-se como uma sensação/percepção desagradável e dolorosa, sendo brilhantemente definida por McCaffery (1968) como “a experiência que o doente define como dor”. A Dor Total, conceito inserido por Cecily Saunders, é definida como o sofrimento global que a pessoa doente sente na fase terminal da sua vida, afetando as dimensões: física (doença em si), social (relações familiares e questões financeiras), espiritual (sentimentos de culpa, vazio e sem sentido de vida), psicológica e emocional (isolamento, medo e depressão) (Pereira, 2010). Por isso é emergente que os profissionais de saúde de Cuidados Paliativos forneçam a resposta a todas estas dimensões da pessoa doente e família, mesmo que seja um papel cauteloso e um ajuste atempado. Estando o sofrimento total, obviamente, presente no fim de vida, sendo um constructo fulcral na intervenção psicológica (Carqueja & Costa, 2014). Acrescentando Carqueja (2009) que o sofrimento é canalizado para a componente psicológica,

projetando-se no desequilíbrio emocional e percepção da situação como ameaçadora ou sentimento de perda, o que ameaça o *Self*.

A componente psicológica tem um efeito significativo sobre o aparecimento, manutenção e/ou agravamento de doenças (onde se poderá englobar a dor). Predominantemente o foco de eleição é tratar as pessoas com terapêuticas físicas e químicas, desvalorizando as dimensões psíquicas, emocionais e comportamentais da doença. Com estas últimas é possível promover apoio psicossocial, estratégias de adaptação, autocontrole e os resultados de saúde podem ser significativamente melhorados (Sobel, 1995). Quando se pensa em dor devemos ter em conta as sensações dolorosas, estado cognitivo, distância entre a dor e o humor, personalidade e fatores ambientais de influência (Serrano-Atero, et. al, 2002). É importante conhecer o nível funcional da pessoa anterior ao processo de doença e de dor, sendo essencial a inclusão do cuidador principal/família. é também importante salientar que o nível educativo, atividade social, fatores de stress, e história profissional são condicionantes sobre o êxito do programa de intervenção na dor (Serrano-Atero, et. al, 2002).

O modelo de intervenção psicológica com maior eficácia é o Cognitivo-Comportamental (Gomes, 2008; Joint Commission, 2005; OPP, 2012; Palacios & Trejo, 2009). Exemplos dessas estratégias são:

□ Psicoeducação: Abordar o processo de doença/dor (causas, diagnóstico e prognóstico), tratamentos possíveis, efeitos secundários e estratégias de *coping* adequadas (Maia & Correia, 2008). Os folhetos informativos ou flyers são instrumentos muito úteis.

□ Programação de atividades diárias: Pretende-se neutralizar a desmotivação, inatividade e preocupação com as consequências da depressão e promover o autocontrolo do tempo. Na programação diária inserem-se atividades prazerosas, (com utilidade e que façam sentido para a pessoa) e que funcionam como estratégias de distração (menor focalização em processos dolorosos).

□ Técnicas de Distração: Advêm da Teoria do Portão, isto é, a dor é processada através da via estímulo-resposta, mediada por uma rede de processos interativos. O objetivo primordial é inibir a transmissão do estímulo para o sistema nervoso central, desviando o foco de atenção para outra atividade ou tarefa (Ogden, 2004). Assim, através da distração a pessoa consegue “enganar” a própria dor, pois indica ao cérebro

outro estímulo, reduzindo o estímulo doloroso. Estes outros estímulos são normalmente atividades de prazer (ex. ver televisão, ler) ou mentais (ex. contar até 100).

□ Relaxamento: As técnicas de relaxamento permitem que a pessoa, através da imaginação consiga relaxar os músculos e encontrar um local seguro, abstraindo-se do que está ao seu redor, provocando sensações de bem-estar, diminuindo a ansiedade, tensão muscular e dor (Gomes, 2008; Joint Commission, 2005).

□ Reestruturação Cognitiva: Treina-se a identificação de ideias irracionais e pensamentos automáticos negativos resultantes da doença, para se reduzir sentimentos de mau estar, baixa autoestima, problemas de auto imagem, pessimismo, desesperança e isolamento social (frequente em doentes com dor crónica) (Dias & Durá, 2002). É função do psicólogo dotar o paciente de mecanismos para que este compreenda e identifique as interpretações erradas, testando a sua (in)eficácia através da exploração das mesmas. Pretende-se alterar as cognições referidas que mantêm a ansiedade, medo e humor deprimido, não permitindo o ajustamento ao processo de doença/dor.

As diversas técnicas foram aplicadas (tenha sido em modo de observação como aplicadas por mim própria) com os diversos pacientes em várias situações. Sendo que as mesmas estratégias são transversais, em qualquer dos sintomas físicos (náuseas, vômitos, etc.) não se restringindo somente a dor.

Apoio à família

A família deve também ser um alvo de intervenção pela equipa de Cuidados Paliativos, sendo tão importante como o próprio doente. Face a qualquer perda significativa desenrola-se um processo necessário e fundamental para que o vazio deixado, com o tempo, possa voltar a ser preenchido. Esse processo é denominado de processo de luto e consiste numa adaptação à perda, envolvendo uma série de tarefas ou fases para que tal aconteça. A revolta, negação, desorganização, depressão e aceitação são as fases características deste processo. Os sentimentos mais comuns incluem tristeza, ansiedade, choque, solidão, fadiga, independência, raiva, desamparo, alívio, apatia, culpa ou autocensura.

Existem dois tipos de processo de luto: o normal e o complicado. O primeiro decorre segundo os aspetos acima mencionados e o segundo desenvolve-se face uma perda inesperada, um luto adiado, crónico, exagerado com comportamentos autodestrutivos ou indizível (privação do direito de enlutado, ex.: amante do falecido). O processo de luto normal não é considerado uma patologia. Aliás, a experiência de uma perda auxilia à melhor elaboração da perda seguinte. O processo de luto gera sofrimento que deve ser ultrapassado neste período, integrando o acontecimento na sua vida. Logo o objetivo da intervenção deverá ser a mudança do foco negativo para o positivo (aspetos importantes da sua vida e que contribuem para o sentido de vida), estabelecendo-se conjuntamente com a pessoa enlutada objetivos. Tendo em conta que o processo de luto é psicológico, é necessário auxiliar a pessoa a organizar os seus sentimentos de forma a resolver esse luto e aceitá-lo na sua história de vida. A intervenção psicológica no processo de luto normativo subdivide-se em três fases: a psicoeducação, resolução de problemas pendentes e readaptação à vida quotidiana (Silva & Nardi, 2010). O processo de luto termina quando o enlutado consegue regressar às suas rotinas habituais, aceitando-se a perda (com saudade) e predominando as boas recordações. Todo este processo de luto normativo ocorre num período mínimo de 2 anos, habitualmente.

Já no processo de luto complicado, a intervenção deve assentar nos seguintes pontos: listar as doenças físicas; estabelecer uma boa relação terapêutica; revivência de memórias da pessoa que faleceu; avaliar quais das quatro tarefas do processo de luto não foram completadas; lidar com a instabilidade emocional causada por essas lembranças; explorar e diminuir a “relação” da pessoa aos objetos que recordem o falecido; reconhecer a perda e o seu carácter definitivo; lidar com a “idealização” de como terminar o luto e ajudar o paciente a terminar a intervenção (Worden, 1998).

O processo de luto complicado poderá ser “evitado” se existir um bom acompanhamento da família, com antecipação e preparação para a finitude da vida. Porém o momento da comunicação do falecimento é sempre um momento extremamente doloroso, seja para quem transmite a notícia (é um despoletar de emoções a gerir) como para quem a recebe, sem comparação possível obviamente. Essa situação foi observada em três falecimentos, sendo que um foi mais difícil pois o processo de doença foi sempre complexo, com recusa constante do paciente na

aceitação da doença, terapêutica, qualquer tipo de apoios e revolta contra “tudo à sua volta”. Consequentemente, se este processo foi difícil, a fase final de vida também foi muito difícil. A agitação e sofrimento deste paciente eram bastante visíveis, tendo falecido sozinho de manhã (após uma noite de muita agitação e luta). A comunicação desta notícia à família foi complicada, pela sobrecarga emocional associada ao serviço, pois já lá tinha falecido outro familiar próximo. Com o relato deste pequeno exemplo vivenciado, quero transparecer a preparação, gestão e autocontrolo necessários na comunicação de más notícias para que se dê apoio efetivo à família. Para além do confronto com a pessoa morta, era necessário o meu equilíbrio para prestar apoio à família e acompanhar os familiares que queriam ao quarto para ver e estar com o paciente. Lidar com a morte exige constante reflexão, assim como uma preparação ao nível emocional para gerir a situação observada (nossas emoções e a dos familiares). Tenho a revelar que me surpreendi a mim mesma, pois apesar de não ser uma realidade totalmente desconhecida para mim, no entanto estar tanto tempo no quarto do doente a acompanhar os familiares (tendo ocorrido nos 3 falecimentos mencionados) foi muito importante para perceber a minha preparação e motivação pela área dos Cuidados Paliativos.

Acrescenta-se que outra tarefa destinada à psicóloga no âmbito do apoio à família, tendo em conta a inexistência de Assistente social na equipa, era a preparação de altas (ajuda na procura de respostas sociais). A psicóloga abordava as pessoas, de forma a encaminhar, habitualmente os familiares, a procurarem as melhores respostas sociais para a situação do paciente, dando-se indicações de como encontrar essas respostas. Habitualmente era fornecida uma listagem (adequada à realidade clínica da pessoa) com as respostas sociais disponíveis para a pessoa, e respetivos contactos. Era disponibilizada a possibilidade de, se necessário, agendar uma reunião com as equipas das instituições para melhor conhecimento da situação clínica. Consequentemente a alta só era dada aquando o paciente tivesse uma resposta adequada à realidade.

Formação

A formação interna constitui um aspeto essencial no aumento de competências da própria equipa, com reuniões, discussões de casos, revisão de literatura, etc. porém a formação externa também é imprescindível para abertura de horizontes e aumento de

conhecimentos (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010). Para os profissionais de saúde que trabalhem neste contexto de Cuidados Paliativos é imprescindível o investimento na formação específica, sendo este um dever instituído por várias *guidelines* e pelo PNCP. Sendo este imperativo justificável pela preparação diferenciada inerente a cada área de intervenção, não sendo os Cuidados Paliativos diferentes. A formação em Cuidados Paliativos exige formação teórica específica e experiência prática. Existem três níveis de formação, segundo a EAPC:

1. Nível básico que corresponde a um curso básico de Cuidados Paliativos, por exemplo os realizados pela APCP, com noções gerais dos Cuidados Paliativos, numa variabilidade entre 18 e 45 horas;
2. Nível avançado condiz com atividades de formação com uma durabilidade de 90 a 180 horas, sendo formações mais extensas que o curso básico porém correspondem a algumas unidades curriculares;
3. Nível especializado ajusta-se à Pós graduação ou Mestrado, com uma formação superior a 280h, tendo estágios de mais de 2 semanas em unidades credíveis e reconhecidas (APCP, 2006b).

O meu percurso formativo engloba o nível básico, pela realização de um curso básico da APCP e atualmente o especializado pela conclusão do presente Mestrado. Tenho sempre investido na formação como forma de melhorar as minhas ferramentas e competências neste contexto. Sendo esta filosofia de formação contínua é preconizada e exigida pelas recomendações da APCP e associações internacionais de referência.

2.4 Casos clínicos

Caso 1 – Senhor António (nome fictício)

Senhor António, de 42 anos, casado, com 2 filhas de 12 anos. É economista e professa a religião hindu. Tem uma relação com esposa de uma extrema cumplicidade, como se ambos fossem só uma única pessoa, pela proximidade e as tomadas de decisão em conjunto. Ambos com uma tranquilidade admirável, com uma verdadeira transparência nas suas ideias e dúvidas. Os pais do paciente são pessoas muito presentes na sua vida, ajudando bastante com as netas.

O paciente sofre de neoplasia renal, com metastização pulmonar, já fez imunoterapia (sem resposta) e quimioterapia. Este ano, num intervalo de 2 meses, teve 2 internamentos. No primeiro as queixas prendiam-se por mal-estar abdominal e astenia intensa, sendo o objetivo o controlo sintomático. O segundo para o mesmo plano de controlo de náuseas e vómitos. Só este último internamento é que decorreu durante o período da minha prática clínica, onde a minha posição foi apenas de observadora porque foi a minha orientadora que realizou a intervenção psicológica. O paciente mantém ansiedade contida pela dificuldade em gerir a debilidade, tendo em conta que no primeiro internamento o controlo dos sintomas foi mais rápido de este último internamento. Por isso foi então explicado o carácter progressivo da doença, justificando a maior debilidade física e menor capacidade de recuperação do status global como numa fase mais inicial da doença. Ao longo do internamento foram-se fazendo pontos de situação com o doente e familiares, sempre que se sentiu necessário.

Especificamente quanto à intervenção psicológica, junto da esposa, foram sendo explicados procedimentos e decisões tomadas pela equipa no controlo sintomático do paciente. A senhora tem dificuldade em falar no futuro, isto é, utiliza o evitamento como mecanismo de defesa para lidar com o sofrimento. O maior obstáculo é o fato de não se expressar como desejava em português, o que limita o relato da sua dor, para além do afastamento dos seus pais que continuam longe. Demonstra ter dificuldades em falar das coisas difíceis com as filhas, nomeadamente a doença e a morte.

O pai acompanha diariamente o paciente, passando grande parte do seu dia na UCP. Na conversa com o senhor, este afirmou ter consciência da situação clínica do filho, falando da mesma como se fosse um castigo para o filho, castigo esse que o paciente não merece. Foi desmistificada essa ideia. Reforçou-se a importância de cuidar de si próprio pela sua situação clínica, de uma doença crónica.

Do acompanhamento psicológico feito com o próprio destaca-se a nobreza de relação entre o casal, e que na maioria das vezes a esposa fica na sessão (mantém sempre proximidade física, indicando um elevado grau de intimidade), com um papel secundário mas essencial para que o doente consiga verbalizar as suas angústias e dores. No segundo internamento o paciente pede explicitamente apoio psicológico, o que não tinha feito no internamento anterior, para poder criar estratégias que lhe permitam lidar com as contrariedades. As emoções negativas são discutidas, sobre o

que se consegue retirar das mesmas (não as evitando porque não é possível eliminá-las). O sentido da vida e os medos são temas bastante debatidos. Obviamente que o medo ameaça o seu dia-a-dia e é difícil viver com a perda do controlo da sua vida, doença e futuro. Os motivos que desencadeiam a ansiedade são alvo de intervenção, tais como o futuro (tentar evitar este tema como mecanismo de defesa), as filhas ou os pais. Sendo normativo para os que estão numa maior proximidade do fim de vida a grande preocupação com os que ficam (família). Assim como, este se organiza perante a ausência de um elemento da família (falta de apoio e por questões até económicas), tendo em conta que este integrava a noção anterior de homeostasia familiar.

O paciente apresenta como necessidades de intervenção psicológica a gestão de expectativas face ao seu futuro e da família, sentimentos negativos (nomeadamente medo e a gestão do mesmo) e a integração da evolução da própria doença. Perante a sua grande capacidade de *insight*, este paciente necessita constantemente de respostas às suas dúvidas para que consiga lidar da melhor forma, para si próprio, com a doença, nomeadamente o porquê de sentir medo e de ter pensamentos automáticos negativos.

O acompanhamento psicológico incidiu em estratégias que potenciam maior equilíbrio emocional. No entanto, a intervenção psicológica integrou uma abordagem humanista (reflexão sobre o seu papel / funções, escuta empática e ativa), comumente com estratégias cognitivo-comportamentais (ex.: psicoeducação face ao funcionamento da emoção primária - o medo e à doença, reestruturação cognitiva face aos pensamentos negativos e distorcidos).

A escolha deste caso prendeu-se com a sua magnitude, pelas capacidades do paciente, invejável o seu “olhar” para o processo de doença e a vida. E também pelo tipo de pessoa: tranquilo e com uma paz apaziguadora. Sentia-me muito pequenina perante a grandeza deste senhor, a sua análise da vida, de como funcionava, qual o seu papel, que objetivos queria estabelecer, tudo isto era extraordinariamente importante ouvir.

As singularidades deste caso prendem-se com vários motivos, em primeiro lugar as questões religiosas que podem ser um limite à intervenção da equipa se não existir conhecimento sobre essa mesma religião, causando um choque de culturas (não se respeitando o princípio da não-maleficência). De seguida, destaca-se a capacidade introspetiva do paciente e da família, que é extraordinária, decorrente da sua religião

e educação, a um nível pouco frequente (ou menos habitual perante o padrão habitual de pacientes em Cuidados Paliativos). A proximidade entre todos os membros da família era bastante estreita, o que contribuía, por um lado, para a estabilidade emocional e, por outro, para um sofrimento antecipatório pela perda de alguém do núcleo familiar.

Outro aspeto importante de abordar é o *setting* terapêutico. O *setting* como é “aprendido” ao longo da formação de base em psicologia corresponde em muito pouco ao que é encontrado no contexto da saúde. Muitas vezes temos de nos sentar na cama do paciente, existindo a necessidade de maior proximidade física (ajustada à disponibilidade da pessoa), e nem sempre se consegue manter a privacidade, pois os quartos podem ser partilhados. Inicialmente, no decorrer do meu estágio curricular no âmbito da licenciatura (primeiro contacto com o contexto de saúde) foi mais difícil encontrar algumas estratégias e mecanismos que permitissem quebrar os obstáculos referidos à intervenção psicológica. Neste presente estágio de prática clínica, encontrar formas de gerir as barreiras foi mais fácil, pelas experiências *a priori*. Estas barreiras mencionadas só serão uma entrave se o profissional de saúde as considerar, pois mesmo que sejam um constrangimento deverá ser este último a encontrar a solução mostrando ao paciente formas de gerir a situação. Temos que ter sempre em atenção a vontade e que a tomada de decisão é do paciente, se sentamos ou não na cama, se podemos puxar a cortina, falar ou não na presença de familiares, o membro extrínseco (estagiária) poder assistir à sessão, etc., o psicólogo apenas sugere e não decide. Por exemplo, neste caso clínico em questão, a cada sessão questionávamos o paciente da sua vontade sobre a minha presença.

A realidade do *setting* terapêutico é pouco explorada aquando da nossa preparação para sermos psicólogos. A aprendizagem destes grandes pormenores é feita nestes estágios de observação e contacto com a prática clínica. Este aspeto é muito importante e deve ser refletido pois este ajuste do *setting* terapêutico é fator primordial no estabelecimento da relação terapêutica.

Acrescenta-se que para além de que neste caso em concreto o quarto era particular o que permitia salvaguardar mais as questões da privacidade assim como a gestão feita pelo doente, pois o quarto era o espaço apenas dele que o mesmo controlava e decidia como e quem estar. Obviamente que estas tomadas de decisão permitem à pessoa

maior autocontrolo e potenciam sentimentos de utilidade e funcionalidade, o que contribui para melhor gestão emocional do processo de doença.

Caso 2 – Senhora Antónia (nome fictício)

Senhora de 79 anos, viúva, com duas filhas, com netos e bisnetos.

Ambas as filhas vivem distantes e a relação tornou-se mais fria desde que a paciente encontrou um novo companheiro, que não é bem aceite pela família da senhora, apesar de a relação já ter quase 15 anos.

A paciente tem um adenocarcinoma do duodeno e é internada por descontrolo sintomático. O companheiro apresenta exaustão familiar, pela dificuldade em cuidar sozinho da paciente.

As primeiras 2 sessões foram ainda em modo de observação, sendo que posteriormente intervim sozinha. O fator de maior destabilização é o contexto familiar, pois a gestão de alta tem de ser debatida, perante o meio envolvente. Surgindo a possibilidade da paciente ir para casa de uma das suas filhas, consequentemente o plano tem que ser definido atempadamente. Consegue-se intervir com a paciente e o marido e também individualmente, de forma a se perceber a sua opinião, papel e sofrimento face a esta situação.

Perante a debilidade física da paciente e a exaustão do marido, não é possível que retornem ao seu lar sem apoio domiciliário. A distância da residência das filhas, o apoio que estas podem prestar é muito limitado, e por isso uma delas acabou por sugerir que a mãe e o seu companheiro fossem viver com ela (com o marido e com os filhos). Estas pessoas são familiares com quem a paciente tem pouco contacto, pela indisponibilidade que têm em visitá-la, mesmo durante o processo de doença. Tendo em conta o conflito existente, o companheiro recusa-se a ir, afirmando não deixar a sua casa por receio de ser mal tratado na casa da enteada. Perante esta situação familiar complexa, o marido sente-se “encostado à parede” e incompreendido na sua ambivalência, entre o processo de doença da esposa/afastamento da mesma (podendo a situação agravar) e conflito com a enteada e restantes familiares.

Salvaguarda-se que nunca tive contacto com a filha mais disponível, pois a mesma deslocou-se à UCP em horários em que eu não estava, para além de que a médica

informou a mesma da minha disponibilidade para conversar com ela, sendo que não aceitou este acompanhamento.

O acompanhamento psicológico incidiu na dificuldade de cada um (paciente e cônjuge) em gerir o sofrimento associado a esta situação e ao afastamento de ambos (pois ao longo destes anos têm sido um suporte do outro). Com a paciente a intervenção começou pelo processo de doença, como lidava com a situação e estes conflitos familiares (assunto que muitas vezes evitava como a melhor forma de lidar com o sofrimento). Refletiu-se sobre o processo de tomada de decisão por querer estar próxima das suas filhas, que se têm afastado tanto, e como geria a situação. Com o esposo validou-se este sofrimento, esta dificuldade em ter de se afastar da sua esposa e tomar a decisão difícil ou de ficar sozinho ou “sujeitar-se a aspetos menos bons na casa da enteada (como especulava). Exploraram-se as suas vivências, a forma como se ajustava ao processo de doença da esposa, relação com a mesma e consequente a não-aceitação das enteadas.

O prognóstico foi um assunto bastante abordado, pois aquando a entrada na UCP as suas expetativas eram curativas, tendo então que se reforçar o papel dos Cuidados Paliativos, o que “há para fazer em fim de vida”, respostas às perguntas para as quais não queremos escutar e a aceitação da finitude da vida. Essa reflexão do prognóstico pesou na sua decisão, pois um dia antes da alta da senhora para casa da filha (mesmo depois de já ter afirmado que não iria), o companheiro acabou por decidir ir com a esposa pelo fato de possivelmente nunca mais vê-la viva e o sentimento de culpa de não estar presente no final da sua vida, o que seria aterrador para si. Obviamente que este foi um final positivo para esta história tão turbulenta e pensarmos que a equipa proporcionou esta capacidade reflexiva, estando sempre a apoiar em qualquer tomada de decisão, é fantástico e uma alegria para todos.

Porém é importante acrescentar que a maioria da equipa não “conhecia” a perspetiva aprofundada do esposo. Tendo sido esta relação apenas estabelecida comigo, tendo eu o dever de informar a equipa desta ambivalência e de definir com os outros profissionais estratégias de gestão da situação e a melhor forma para contribuir para o equilíbrio da paciente e família. Nem sempre foi fácil demonstrar esta perspetiva, pois nós (qualquer ser humano) desenvolvemos expetativas face às coisas e às pessoas, com base no que vimos e na informação que temos, e quando nos dizem

o contrário do que achamos torna-se, no primeiro impacto, difícil de acreditar. Este foi o maior desafio, o verdadeiro trabalho em equipa, a coordenação entre todos os elementos e a capacidade de cada um escutar o outro, com o objetivo de proporcionar melhores cuidados à pessoa em processo de doença, sendo o mais importante.

Para além de que não importa o que eu Liliana acho que é melhor para aquela senhora ou senhor, pois eu não sei o que iria decidir estando na mesma posição e situação que a pessoa, por isso não devemos de todo expressar a nossa opinião sobre o que achamos que deve ser a decisão. O papel de cada profissional da equipa, e principalmente do psicólogo, é ajudar a pessoa a refletir sobre as consequências de cada possível tomada de decisão e não decidir pelo próprio.

É nestes aspetos que vou encontrando a motivação para trabalhar nesta área, o saber que conseguimos em equipa proporcionar a felicidade e qualidade de vida que é possível aos doentes e familiares, mas a felicidade que eles procuram e não aquela que nós queremos para eles. O fato de estarmos presentes em momentos difíceis, a apoiar, é recompensador; e sem mudarmos nada nas suas vidas que estes não queiram, pois há decisões que têm que ser os próprios a tomar.

É importante acrescentar a reflexão sobre a abordagem psicológica utilizada, decorrente da análise destes casos clínicos e da discussão pública dos mesmos. A minha escola de base foi a terapia cognitivo-comportamental, identificando-me com a mesma conseguindo-a aplicar às diversas problemáticas, inclusive aos cuidados paliativos. Todavia, sei que a grande base da intervenção psicológica nesta área se baseia na comunicação, sendo esta a maior ferramenta terapêutica, tal como as abordagens humanista e centrada na pessoa defendem. Cheguei à conclusão de que a abordagem utilizada por mim compila diversos métodos e técnicas de diversas abordagens, que se complementam na intervenção feita. Usando a mesma mas sem a designar de abordagem humanista, concebendo-a como o bom uso de estratégias comunicacionais.

Neste seguimento reforço que a abordagem humanista defende que o profissional de saúde tem que se captar toda a informação transmitida pelo doente, para que se coloque no lugar do outro na plenitude da expressão, na mesma perspetiva e compreensão que tem para ele próprio, o que facilita a autonomização, relação de ajuda e alívio do sofrimento (comumente escuta ativa e empatia na sua plenitude), tal como defende Pinto (2014). Sendo estes os princípios aplicados também na intervenção.

III - Projeto de intervenção

3.1 Enquadramento teórico

O projeto de intervenção e toda a prática clínica assentaram na atuação do psicólogo em Cuidados Paliativos, sendo um aprofundamento da intervenção psicológica neste contexto, de forma a perceber quais as competências exigidas, a importância/papel do psicólogo e as singularidades da intervenção psicológica. Tendo em conta que os Cuidados Paliativos só são exequíveis com uma equipa multidisciplinar, na qual deverá existir um psicólogo, a psicologia tem então um papel imperativo pois a intervenção psicológica previne e alivia o sofrimento do doente e família num processo de doença paliativa (Barbero, 2008; Bayés, 2005).

Até ao presente momento, em Portugal, as competências do psicólogo nas equipas de Cuidados Paliativos não estão definidas e não existem por isso recomendações nacionais a este nível para a uniformização de procedimentos. Por essa razão recentemente a APCP formou um Grupo de Psicologia com este mesmo objetivo. Assim, a escolha deste tema (As Singularidades da Intervenção Psicológica nos Cuidados Paliativos) para o relatório de prática clínica (incluído o projeto de intervenção) prende-se com a necessidade de formular diretrizes claras da intervenção psicológica nos Cuidados Paliativos. Segundo a OPP (2012) a relevância da intervenção psicológica e do papel dos Psicólogos nos Cuidados Paliativos centram-se na facilitação do apoio psicológico aos cuidadores profissionais, com o objetivo preventivo face a perturbações psicológicas, e elaboração do processo de luto nos doentes e familiares.

Uma das áreas de intervenção do psicólogo é o processo de luto, seja com o indivíduo que vai falecer ou com os familiares. Assim surgiu a necessidade de se efetivar uma proposta de melhoria da qualidade através de um Indicador e *Standard* de Qualidade sobre o acompanhamento no processo de luto intitulado “Elaboração e disponibilização de um plano individualizado de apoio ao luto que disponibilize cuidados antes de morte do doente e se prolongue pelo tempo necessário e desejado pelo familiar” (Capelas, 2014b, p. 292). Corresponde ao “acompanhamento da família após a morte do doente, em que foi incluído pelo tempo considerado necessário em detrimento de um período predeterminado, como um importante aspeto a ter em conta na avaliação da qualidade dos cuidados” (p. 227). Com base em indicações dos pilares

dos Cuidados Paliativos, tanto o doente como os familiares devem ser o alvo central da atuação dos profissionais de Cuidados Paliativos (APCP, 2006a; Barbosa & Neto, 2010; Rojas, *et. al*, 2008; Twycross, 2003). No momento final do percurso de vida do doente e da sua morte a equipa deve cuidar especialmente a família. Através de um programa específico, a equipa deve poder identificar e intervir em situações de risco de luto patológico/complicado (Gómez-Batiste, *et. al*, 2003).

O presente indicador foi escolhido com base numa realidade conhecida, a EIHS CP, de forma a melhorar os cuidados prestados. Tanto o local de estágio como a equipa de aplicação do projeto de intervenção foram alteradas face ao que tinha sido delineado inicialmente, o que não permitiu a aplicabilidade do indicador, nem a consequente avaliação de melhoria da qualidade. No entanto, decidiu-se refazer o mesmo para a presente realidade da EIHS CP (com a qual já tive contacto em experiência profissional passada) será esboçada a pesquisa feita e a análise para avaliação do indicador, podendo esta referida análise contribuir para a caracterização da equipa de EIHS CP (mesmo sem se avaliar a sua aplicabilidade). Com este indicador pretendia-se melhorar as competências da equipa na intervenção do luto, adaptada à realidade de cada doente e família; melhorar a elaboração da perda do ente querido e prevenir o luto complicado. Assim foram definidos os seguintes pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças para o respetivo indicador, com base no sistema de autoavaliação “SWOT” (Capelas, 2014b):

a) Pontos fortes

- Equipa multidisciplinar que proporciona cuidados aos doentes e às suas famílias nas diversas dimensões do ser humano (física, emocional, psicológica, espiritual, social, etc.);
- Formação avançada dos profissionais da equipa (em alguns);
- Preocupação dos profissionais em prestar os cuidados com base na evidência científica;
- Abertura por parte da equipa para a mudança e melhorias de práticas diárias;
- Disponibilidade da equipa para assumir a intervenção no processo de luto.

b) Pontos fracos

- Falta de formação básica e/ou avançada de alguns profissionais;
- Restrita experiência profissional em Cuidados Paliativos de alguns elementos;

- Conflitos dentro da equipa, onde o líder nem sempre assume o papel de gestão dos mesmos;
- Mudança de profissionais com muita frequência, não se mantendo a mesma equipa desde o seu início;
- Abordagem por vezes desadequada face aos doentes, devido confusão entre o limiar curativo e paliativo (a mesma equipa é responsável pela prestação de cuidados a doentes com outras problemáticas de saúde, nomeadamente autoimunes, oncológicas num estadio inicial, etc.);
- Dificuldade da equipa em identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de um luto complicado;
- Não envolvimento da família após o falecimento do doente.

c) Oportunidades

- PNCP onde a intervenção do luto é uma das diretrizes dos Cuidados Paliativos;
- Investigação científica que prova a eficácia da intervenção no processo de luto, identificação de fatores de risco e de proteção, e como efetuar esse mesmo acompanhamento nos Cuidados Paliativos;
- Sensibilizar outros profissionais (do hospital) e equipas (RNCCI) (com quem existe já articulação e partilha) para a temática dos Cuidados Paliativos e dar a conhecer o trabalho desenvolvido pela equipa;
- Articulação com outros serviços ou locais, por exemplo com Espanha (Badajoz), para a partilha de informação sobre as práticas utilizadas que potencie uma aprendizagem mútua entre todos;
- Participação em eventos científicos (ex.: congressos, investigações, etc.) de forma a melhorar práticas e “reciclar” conhecimentos de forma contínua.

d) Ameaças

- Nos cursos de base (licenciaturas e/ou mestrados) dos diversos profissionais não tiveram nenhuma unidade curricular dedicada aos Cuidados Paliativos (sendo mais difícil a mudança de mentalidades, dada a perspetiva curativa enraizada em muitos desses cursos);
- A administração do hospital não se interessa pela equipa, desvalorizando a importância da área e dos diversos profissionais na equipa;

□ Os cortes financeiros no material e recursos humanos impedem que se alcance mais melhorias na prestação de cuidados.

Perante estas ameaças serão seguidamente definidas áreas de melhoria e respetivos objetivos: o aumento da formação em Cuidados Paliativos levará a uma melhoria contínua da qualidade da prática/prestação de cuidados – e por isso numa fase inicial pretende-se desenvolver ações de sensibilização para a Cuidados Paliativos, e posteriormente aprofundar temáticas mais específicas como o papel do líder numa equipa de Cuidados Paliativos, o processo de luto vivenciado pelo doente, familiares e profissionais, entre outros. Será imprescindível desenvolver um protocolo de acompanhamento no processo de luto, com os diversos procedimentos junto da família (registos, agendamento de consulta, etc.) bem como, desenvolver e implementar um plano formal de intervenção psicológica no processo de luto que vise a minimização dos fatores de risco para luto complicado.

A título conclusivo, com estas ações pretende-se melhorar a intervenção em Cuidados Paliativos por parte da equipa. Pretende-se dotar os profissionais da equipa de competência ao nível da identificação dos diversos tipos de luto, acompanhamento das famílias e apoio psicológico ao doente em fim de vida e, em continuidade, às famílias. Devendo-se futuramente aplicar o referido programa à equipa em questão, tendo sido já apresentada a proposta à mesma. Assim sendo, os objetivos a curto prazo são:

a) Desenvolver ações de sensibilização para a identificação de fatores de proteção e de risco; e estratégias de intervenção no processo de luto, incluindo ações mais formais dinamizadas para os profissionais da equipa (ex.: com formadores externos para aumentar a credibilidade e interesse da formação) e pequenas ações nas reuniões diárias efetuadas pela equipa.

b) Junto da administração do Hospital, mostrar a importância dos Cuidados Paliativos, do investimento nos mesmos, nomeadamente a importância de uma equipa multidisciplinar (contratação dos diversos elementos necessários, ex.: psicólogo e assistente social).

c) Desenvolver um protocolo de acompanhamento do processo de luto em Cuidados Paliativos, com base na evidência científica (segundo um exemplar de um protocolo adequado à realidade da equipa – Apêndice C).

A médio prazo:

a) Desenvolver-se-á formação em serviço sobre Cuidados Paliativos, alargando-se, para além dos elementos da equipa, para os do hospital e equipas com quem existe articulação, com a colaboração de formadores externos e credenciados na área dos Cuidados Paliativos em Portugal;

b) Facultar-se-á material educativo e informativo sobre o processo de luto em Cuidados Paliativos (uns específicos para a intervenção dos profissionais e outros para pacientes e familiares);

c) Homogeneidade da intervenção da equipa (sendo que para isso é imprescindível que a nível formativo todos estejam ao mesmo nível, e o mínimo será um curso básico).

A título reflexivo, os profissionais concordam que a intervenção no luto é uma condição essencial nos Cuidados Paliativos, sendo que metade das equipas possui um programa específico de acompanhamento no processo de luto. Esta é uma área alvo de mudança, pois os Cuidados Paliativos não se podem dissociar dos cuidados no processo de luto, devendo-se mostrar às equipas/comunidade que o seu trabalho não termina com o falecimento do doente, pelo contrário, apenas se inicia uma nova etapa de prestação de cuidados (Capelas, 2014b). Considera-se que a equipa tem oportunidades e pontos fortes que sustentam a mudança e inclusão deste protocolo nas práticas diárias, porém é necessário efetuar um árduo trabalho de forma a desenvolver um protocolo com base na revisão da literatura e adequado às necessidades dos doentes e famílias acompanhados. Posteriormente é imprescindível a disseminação destes conhecimentos e das boas práticas por outros profissionais para que os mesmos sejam práticas em todos os serviços de atuação nos Cuidados Paliativos.

3.2 Plano e Concretização do Projeto de Intervenção

Neste seguimento, torna-se imperativo a sensibilização como uma medida de ação a implementar. Apresenta-se o Plano Pedagógico de duas Ações de Sensibilização em Cuidados Paliativos e respetivos passos de concretização. Tendo em conta que numa primeira fase é essencial sensibilizar a comunidade para este tipo de cuidados, pois só assim se pode começar a mudar paradigmas e consciências, este percurso formativo inicia-se pela formação de base. O presente projeto de intervenção contempla duas ações de sensibilização, sendo que a primeira (intitulada “Saber viver é saber morrer”) correspondeu a um estilo mais formativo (aberto à comunidade) e a segunda

(designada “Antes de morrer eu quero...”) a uma “chamada de atenção à consciência da finitude da vida” (sensibilização num contexto informal sem caráter formativo (Apêndice D).

Destaca-se a colaboração da Associação Oncológica do Alentejo (AOAL) - Delegação de Elvas que se prontificou a ajudar ao nível da logística da organização das ações, e de ser a entidade que estará por trás (pela credibilidade de existir uma associação em vez de ser uma pessoa individual) da emissão dos certificados de participação da ação “Saber viver é saber morrer”. Considera-se pertinente esta justificação pela participação dos membros da AOAL na divulgação e organização das ações. Contou-se também com o apoio da Câmara Municipal de Elvas na disponibilização das salas e espaços onde decorreram as ações mencionadas, e para tal foi necessário enviar-se um email a solicitar os respetivos espaços (Apêndice E).

Os objetivos gerais de aprendizagem foram comuns a ambas as ações. Assim, no final das ações o grupo deveria ser capaz de:

1. Definir o que são Cuidados Paliativos;
2. Potenciar transformação da consciência/conhecimento sobre Cuidados Paliativos;
3. Sensibilizar outros para esta temática.

Ação “Saber viver é saber morrer”

No caso da Ação “Saber viver é saber morrer” o plano pedagógico contempla também objetivos específicos. Assim, no final da ação, o participante deveria ser capaz de:

- Compreender o que são os Cuidados Paliativos;
- Distinguir quais os beneficiários de Cuidados Paliativos;
- Identificar as necessidades globais do doente e família;
- Conhecer os profissionais que constituem uma equipa;
- Parafrasear as diversas equipas de Cuidados Paliativos do distrito;
- Caraterizar os pilares de base;

- Ter noção das barreiras da comunicação;
- Diferenciar boas práticas de más práticas.

Os conteúdos temáticos da ação abrangeram:

a) Cuidados Paliativos - Princípios e filosofia;

b) Comunicação - Princípios básicos da comunicação com o doente em fim de vida e família, algumas situações problemáticas de comunicação em Cuidados Paliativos;

c) Cuidar a família e apoio no luto;

d) Finitude da vida;

e) Tarefas de reconciliação;

f) Equipas e tipologias de Cuidados Paliativos;

g) Mitos de Cuidados Paliativos.

Quanto à fundamentação e pertinência (teórica e prática) da ação em questão, salienta-se que o aumento de doenças crónicas se deve, em parte, ao aumento do envelhecimento, sendo urgente que o Sistema Nacional de Saúde e os profissionais de Saúde se ajustem à nova realidade, que inclui a progressão nos números das doenças oncológicas, demências, pessoas com AVC, doenças degenerativas e de outras doenças crónicas, avançadas, incuráveis e progressivas. A prestação de cuidados a estas pessoas e suas famílias designa-se de Cuidados Paliativos. A formação é uma das competências básicas exigidas em Cuidados Paliativos e, se por um lado os profissionais de saúde desta área devem estar em formação contínua ao longo de todo o seu percurso, profissional, por outro lado têm como obrigação a educação pública, ou seja, formar e sensibilizar outros para esta área, de forma a sensibilizar todas as gerações (avós, pais e filhos). Sendo neste âmbito que surgiu a ação supracitada.

Deveria ser consensual que todas as pessoas deveriam ter conhecimento nesta área (por exemplo como têm sobre a medicina dentária ou cirurgia), para que consigam também exigir os seus direitos e solicitar a referência. Porém esta diretriz não é universal no nosso país, nem parece que as pessoas estejam despertas para esta problemática (não a considerando sequer como um problema ou necessidade).

A referida ação destinou-se à comunidade (adultos), sendo que poderá ser aplicada e estendida futuramente a outras populações-alvo (por exemplo em escolas ou outros contextos). A finalidade será chamar à atenção e “(re)educar” a comunidade de forma a estarem despertos para esta temática, esclarecerem as suas dúvidas e saberem como podem ajudar a melhorar os cuidados que poderão vir a beneficiar (ou familiares, amigos ou pessoas conhecidas). Ao sensibilizar a população para esta temática espera-se que os formandos invistam na formação contínua e “passem a palavra” sobre os conhecimentos adquiridos nesta área.

A Ação “Saber viver é saber morrer” teve as seguintes especificidades:

- I. Público-alvo: A ação de sensibilização destinou-se à comunidade de Elvas, em geral com mais de 15 anos. A ação foi multidisciplinar pela abertura dos temas, mesmo que dada por uma psicóloga. O grupo deverá ter um mínimo de 10 elementos.
- II. Local, duração e horário: Decorreu na Biblioteca Municipal Dr.^a Elsa Grilo de Elvas, durante 3 horas letivas, distribuídas durante uma manhã (entre as 9h30m-12h30m), a 24 de Outubro de 2015.
- III. Metodologia letiva: A Ação foi em formato presencial, com uma metodologia pedagógica ativa, onde incluiu a exposição de conhecimentos de forma oral direta (método expositivo), demonstração de boas práticas indiretamente através de discussão de vídeos (método demonstrativo), e outras estratégias: dinâmicas de grupo. No final disponibilizou-se a cada formando a apresentação e respetivo certificado de participação.
- IV. Metodologia de avaliação: A avaliação foi oral, ou seja, realizada ao longo da formação de forma a perceber as dificuldades dos formandos e dar resposta às mesmas através das atividades práticas e pedagógicas. O feedback dos participantes também serviu como forma de avaliação.
- V. Recursos necessários: Uma sala grande adequada para uma ação formativa: com mesas e cadeiras para os formandos e formadora, um computador, colunas, *projektor*, tela de projeção, folha de presenças, certificados, folhas e canetas.

A Ação decorreu de acordo com o plano pedagógico estabelecido. Começou-se estas ações com um trabalho *a priori* de divulgação das mesmas (“Saber viver é saber morrer” e “Antes de morrer eu quero”) pelos Media da cidade de Elvas [publicação de

um artigo no Jornal Linhas d' Elvas, programa "Conversa em Dia" da Rádio Elvas, artigo no site da Câmara de Elvas e divulgação do panfleto no site Tudo Bem (Anexo B)], solicitou-se a divulgação junto dos contactos da APCP (Anexo B), criou-se um evento no *Facebook* (Apêndice F) e foram espalhados alguns panfletos em pontos-chave da cidade (estabelecimentos comerciais, Biblioteca Municipal, Câmara Municipal e Hospital). Tal como indicava no panfleto das ações a inscrição nesta presente ação teria que ser feita atempadamente via email ou via telefone, para que a documentação, a formação e a sala fossem preparadas de acordo com o número e tipo de formandos.

O grupo de formandos era composto por 16 elementos, mesmo sendo heterogéneo. Os participantes são maioritariamente da área psicossocial, existindo 3 Enfermeiras, 5 Assistentes sociais, 1 Educadora social, 1 Radiologista, 1 Auxiliar de ação direta, 2 Psicólogas, 1 Estudante de psicologia, 2 outras profissões fora do contexto de saúde. A maioria das pessoas chegou à hora prevista, dando-se início à formação (Apêndice G). Fez-se uma pequena apresentação de quebra-gelo onde cada elemento se apresentava com nome, profissão e o motivo de interesse por esta área. Explicou-se que apesar de existir um índice definido, a formação se iria moldando em função das dúvidas do grupo e do interesse por cada tópico apresentado. Apesar disto, a maioria da formação seguiu os tópicos delineados pela ordem que estava estipulada *a priori*.

Iniciou-se a formação com perguntas diagnósticas, sobre o que são os Cuidados Paliativos, que equipas conhecem e a quem se destinam. Com base nestas questões partiu-se para a formação propriamente dita. Definiu-se então os Cuidados Paliativos como "uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais" (WHO, 2002).

Seguiu-se a explicação dos princípios essenciais dos Cuidados Paliativos: comunicação, controlo de sintomas, apoio à família, trabalho de equipa e formação. Este tipo de cuidados destinam-se a pessoas com uma doença avançada, grave e/ou incurável, que causa muito sofrimento. As necessidades dos pacientes assentam no controlo de sintomas; evitar a extensão desadequada do processo de morrer;

promover a maior qualidade de vida; aumentar o equilíbrio emocional; fortalecer as relações significativas; satisfazer outras necessidades.

Identificaram-se os elementos que devem compor uma equipa de Cuidados Paliativos: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, assistente espiritual, fisioterapeuta e voluntário. Apresentou-se o tipo de equipas que existem e quais existem no distrito e qual a designação.

Fez-se um exercício de reflexão sobre a reação perante um diagnóstico de uma doença oncológica, decidindo-se quais as necessidades de cada um dos formandos. Explicou-se o que é a conspiração do silêncio, as suas causas e como poderão evitá-la. Ao nível de intervenção, falou-se resumidamente das conferências familiares, só uma breve explicação da definição e funcionamento.

Seguiu-se uma nova dinâmica, onde tinham que escrever o nome de 3 pessoas importantes e depois eu retirava um papel a cada formadora e destruía os mesmos dizendo que as pessoas tinham morrido, discutindo-se individualmente o que sentiram e qual o impacto deste exercício. Com base nesta reflexão apresentaram-se as 5 tarefas de reconciliação tão importantes no nosso dia-a-dia: “perdoou-te, perdoou-me, obrigada, desculpa, adeus e gosto de ti” (Twycross, 2003). Pedindo que cada uma pensasse a quem diriam estas palavras e que conflitos têm pendentes nas suas vidas por resolver.

De uma forma genérica, abordou-se o apoio à família, principalmente na fase do luto. Dando-se como exemplo a gestão de contar ou não às crianças e como fazê-lo, tendo sido um tema trabalhado em grupo, considerando que se deve contar com um discurso adequado à idade da criança. Por último abordaram-se os mitos associados aos Cuidados Paliativos, ao nível da morfina e da eutanásia, esclarecendo-se posteriormente as dúvidas que os formandos tinham. No final viu-se um filme “A senhora e a morte” que representa a má prática e discutiu-se um caso clínico com base em tudo o que aprenderam na formação.

Ao longo da ação as formandos foram sempre interagindo, solicitando-se exemplos da sua prática ou da experiência de vida dos temas abordados. Tivemos um momento de partilha extraordinária, pois uma dos formandos perdeu um filho com doença oncológica e descreveu o percurso dela e do filho, tendo sido um exemplo de um processo de luto resolvido mesmo face a uma perda tão dolorosa. Foi um momento

muito interessante e enriquecedor pois permitiu que se refletisse sobre os Cuidados Paliativos vividos por alguém na primeira pessoa. De seguida fez-se o respetivo balanço que será descrito na avaliação da formação e partilharam-se contactos. Entregaram-se os respetivos certificados de participação (Apêndice H).

Para terminar apresentou-se a Ação “Antes de morrer eu quero” que decorria no sábado seguinte, convidando-se à sua participação.

Alguns elementos da comunicação social fizeram a publicação do balanço da respetiva ação (Anexo C) e são apresentadas algumas fotografias da formação em apêndice (Apêndice I).

Ação “Antes de morrer eu quero_____.”

No seguimento da Ação em epígrafe, adaptou-se para a cidade de Elvas uma iniciativa chamada “Before I die...”. Este é um projeto da artista Candie Chang que após a perda de alguém especial e de um processo de luto doloroso decidiu aproveitar uma casa abandonada como expressão da sua indignação face ao sucedido e escreveu diversas vezes a frase: “Before I die_____.” para que as pessoas pudessem completar expressando os seus sentimentos, ideias, desejos, etc. Tudo isto tinha como principal intuito que as pessoas pudessem refletir sobre suas vidas, e partilhar as suas aspirações pessoais num espaço público. A artista percebeu então que não estava sozinha enquanto tentava reencontrar o sentido da sua vida, pois muitas pessoas aderiram à iniciativa e conseguiram preencher a casa com estas frases. Este projeto foi-se divulgando pelo mundo, inclusivamente em Portugal.

Considerou-se que este projeto seria uma forma de divulgar os Cuidados Paliativos em Elvas, pois este espelha a essência e a filosofia deste tipo de cuidados, ao demonstrar que é imprescindível pensarmos na vida e na sua finitude para que a mesma faça sentido, sendo importante o cumprimento de diversas tarefas ou desejos enquanto estamos vivos, se reflita sobre os mesmos e, por último, deixarmos memórias ou registos (pensamentos, ideias, ideais, etc.) mesmo que anonimamente para o futuro e outros terem acesso. Como não se dispunha de uma casa ou muro que permitisse desenvolver esta iniciativa, representou-se de outra forma. Através de papel de cenário forrou-se uma parede de 8 metros do Mercado das Casas das Barcas de Elvas, contendo

nesse papel a frase pintada (em vez de ser escrito numa parede) para que as pessoas pudessem deixar o seu testemunho.

A presente ação teve como objetivos específicos: divulgar dos Cuidados Paliativos, abrangendo o máximo de pessoas e faixas etárias possíveis; alertar as pessoas para a finitude da vida; identificar os nossos desejos, sentimentos e projetos para a nossa vida; consciencializar a diversidade de necessidades em cada faixa etária ou estado de saúde. Esta ação caracteriza-se pelos seguintes aspetos:

- I. Público-alvo: A Ação de Sensibilização destinou-se a qualquer pessoa que aparecesse no local e quisesse participar. Dada a componente pratica desta ação não existiram critérios de número mínimo de participantes, apenas máximo (pois dispunha de 20 metros de papel com as frases representadas).
- II. Local, Duração e Horário: Decorreu no Mercado das Casas das Barcas em Elvas, durante 6 horas (entre as 7h-13h) no dia 30 de Outubro de 2015.
- III. Metodologia letiva: A Ação foi em formato presencial, com uma metodologia pedagógica ativa (na explicação do projeto de intervenção, dos objetivos da ação e do que se pretendia com a tarefa) e demonstrativa (observação do que as outras pessoas iam fazendo).
- IV. Metodologia de avaliação: A avaliação foi oral, ou seja, realizada ao longo da formação de forma a perceber o feedback dos participantes, que servirá como forma de avaliação.
- V. Recursos necessários: Um local público (com uma parede lisa, que a disponível), papel de cenário, spray, marcadores, fita-cola de papel e tesoura.

A divulgação do evento assemelhou-se ao da Ação anterior pois o panfleto abrangia as duas ações, diferenciando-se apenas o evento no *Facebook* pois criou-se um para esta ação (Apêndice J). Aproveitando-se esta rede social como forma de dinamizar a ação, então convidaram-se os interessados que não se pudessem deslocar ao local que enviassem as suas frases por mensagem privada para que eu as pudesse registar por eles, tendo recebido algumas frases enviadas neste formato.

Anteriormente à realização da ação foi necessário preparar o material, então fez-se o protótipo num cartão para que se pudessem pintar as letras com *spray* para que existisse unanimidade nas frases, em vez de se escrever à mão. Assim preencheu-se os

2 rolos de 10 metros cada com a frase (Apêndice L), pois não se previa o número de participantes.

A presente ação decorreu no horário e data agendada. Inicialmente quando cheguei ao local os comerciantes do mercado estavam bastante admirados pois não sabiam bem o que eu estava a afixar na parede, entretanto alguns foram-se aproximando e eu fui explicando o objetivo da ação e como poderiam participar.

A primeira reação das pessoas foi pautada pela resistência e receio em pensar no tema morte, porém aquando se explicava o objetivo da ação as pessoas colaboravam. Pretendeu-se com esta ação que as pessoas refletissem sobre a sua vida e quais os objetivos que gostariam de atingir, desejos por concretizar ou metas para a sua vida (sendo que o fim desse percurso será a morte e por essa razão a frase se inicia dessa forma). As frases tiveram uma grande abrangência, desde “Antes de morrer eu quero...” ser rico; educar os meus netos; ter saúde; criar as minhas filhas; amar incondicionalmente; perdoar e ser perdoada; viajar; legalizar as minhas casas; ver os meus netos crescer; ser cantora; etc. Os Media da cidade também fizeram a cobertura desta ação, com a reflexão da experiência da mesma ação dando a conhecer à população o que foi feito (Anexo C). São também apresentadas algumas fotografias da presente ação em apêndice (Apêndice M).

3.3 Plano e Concretização da Formação

É essencial a formação para profissionais de saúde que trabalhem em equipas de Cuidados Paliativos (até pelas lacunas identificadas aquando se desenvolveu a análise SWOT). Assim propôs-se a uma EIHS CP a realização de ações de formação sobre temáticas da área da psicologia, seguindo-se o respetivo Plano Pedagógico de Formação em Serviço em Cuidados Paliativos. Tendo em conta a primazia de, numa primeira fase, dotar todos os elementos da equipa com o mesmo grau de formação, este percurso formativo foi iniciado com uma formação básica. Esta era constituída por 3 formações (intituladas Trabalho de Equipa; Dificuldades de Comunicação; Motivação e Gestão de Conflitos) de uma forma global e posteriormente se especificará os objetivos de cada.

Como já foi anteriormente referido, os profissionais de saúde têm um duplo papel, na formação de outros profissionais e na sensibilização da comunidade. Nesta

perspetiva, surgem estas formações em serviço, com o intuito de dotar os profissionais de saúde desta instituição específica de conhecimentos e capacidades que proporcionem melhores cuidados ao doente paliativo, com uma abordagem adequada e rigorosa. Deveria ser consensual a obrigatoriedade de todos os profissionais terem formação nesta área, para também poderem referenciar com rigor os doentes complexos para o nível especializado de Cuidados Paliativos. Porém na prática o Sistema Nacional de Saúde e a sociedade não funcionam desta forma, e é uma realidade que tem que ser alterada.

Na observação da equipa, foram encontradas dificuldades ao nível do trabalho em equipa, conflitos entre os diversos elementos, falta de motivação intrínseca e dificuldades na comunicação ou na gestão de situações difíceis. A finalidade da formação será potenciar as competências dos profissionais de forma a estarem despertos para esta temática e saberem como podem melhorar as suas práticas. Espera-se também que ao sensibilizar os profissionais para esta temática invistam futuramente na formação avançada e contínua.

- I. Público-alvo: As formações em serviço destinam-se aos profissionais de saúde da equipa EIHSCP: 1 médica, 3 enfermeira, 1 enfermeira-chefe, 2 auxiliares e 1 administrativa, sendo que outros profissionais do hospital interessados poderão também assistir. A formação será obrigatoriamente multidisciplinar e deverá ser frequentada pelo menos por um elemento de cada área profissional. O grupo poderia ter um mínimo de 5 e um máximo de 10 formandos (devido à dimensão da sala).
- II. Duração e Horário: 6 horas letivas, distribuídas pelas 3 formações (entre as 8h30m-10h30m), nos dias 29 de outubro, 19 de novembro e 10 de dezembro de 2015.
- III. Metodologia letiva: A formação foi em formato presencial, com uma metodologia pedagógica ativa, que incluiu a exposição de conhecimentos de forma oral direta (método expositivo), demonstração indireta de boas práticas através de discussão de vídeos e análise de casos clínicos (método demonstrativo), e outras estratégias como: trabalhos de grupo, estudos de caso, jogos pedagógicos e *role-playing*. No final disponibilizou-se a cada formando a apresentação e o resumo dos exercícios realizados.

- IV. Metodologia de avaliação: A avaliação foi formativa e oral, ou seja, realizada ao longo da formação de forma a perceber as dificuldades dos formandos e dar resposta às mesmas através das atividades práticas e pedagógicas.
- V. Recursos necessários: Uma sala adequada para uma formação: com mesa, cadeiras para os formandos e formadora, um computador, colunas, projetor, tela de projeção, quadro branco e canetas próprias, folhas com os exercícios e folha de presenças.

Para cada uma das formações referidas serão apresentados de seguida os objetivos (gerais e específicos), os conteúdos temáticos e a descrição da concretização.

1.^a Formação “Trabalho em Equipa”

Os objetivos gerais pressupõem que, no final da formação, a equipa de profissionais de saúde fosse capaz de:

- Explicar o funcionamento de uma equipa de Cuidados Paliativos;
- Gerar transformação das suas práticas clínicas;
- Sensibilizar outros profissionais para esta temática.

Especificamente, que cada formando fosse capaz de (objetivos específicos):

- Descrever uma equipa em Cuidados Paliativos;
- Apresentar o papel de cada elemento na equipa;
- Parafrasear as diversas equipas e tipologias;
- Conhecer o trabalho de equipa;
- Predizer os sistemas de trabalho;
- Discriminar as características de trabalho eficaz;
- Desenvolver as vantagens e desvantagens do trabalho em equipa;
- Aplicar estratégias de autocuidado.

Nesta formação os conteúdos abordados (Apêndice N) foram os que se seguem:

1. Definição de equipa;
2. Elementos de uma equipa de Cuidados Paliativos;
3. Equipas e Tipologias de Cuidados Paliativos;

4. Equipa Intrahospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos;
5. Trabalho em equipa;
6. Sistemas de trabalho;
7. Pilares de uma equipa;
8. Características de uma equipa eficaz;
9. Vantagens e Desvantagens do trabalho em equipa;
10. Dicas de autocuidado;
11. Os gansos e o trabalho de equipa.

Relativamente à realização da presente formação, compareceram somente os elementos da equipa EIHSCP. Iniciou-se a formação por questionar os formandos sobre o trabalho em equipa, de seguida definiu-se equipa de Cuidados Paliativos, considerando-se que esta exige uma abordagem transdisciplinar que abranja as necessidades do doente e da família, sendo o objetivo a promoção de maior qualidade de vida e bem-estar e à unidade de cuidados. Todos os elementos enriquecem a intervenção da equipa (Barbosa & Neto, 2010). Mencionaram-se os elementos essenciais que compõem uma equipa de Cuidados Paliativos: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, assistente espiritual, fisioterapeuta e voluntário. Discutiram-se os papéis de cada elemento, pois a presente equipa conta apenas com médico e enfermeiros, o que limita bastante a intervenção com os doentes na sua plenitude.

Distinguiram-se os três tipos de equipas, nomeadamente comunitária, intrahospitalar e de unidade de cuidados continuados e paliativos, foram apresentadas as características de cada uma e que tipo de profissionais cada equipa deve ter. A mais básica deve ter profissionais de medicina, enfermagem e psicologia ou serviço social, a intermédia mais 2 profissionais de outras áreas e a última deve ter todos os profissionais de referência. Focando-se na equipa intrahospitalar, a formação debateu as vantagens e desvantagens deste tipo de equipa, tendo o acesso a todos os serviços hospitalares sido identificado um ponto positivo e a dificuldade nas tomadas de decisão complexas como um ponto negativo (Capelas, 2014a).

Segundo a APCP (2006) os principais fatores intervenientes no trabalho em equipa são: sistemas de trabalho, cuidado e suporte da própria equipa, formação contínua e investigação, coordenação com outras equipas e serviços. No âmbito dos sistemas de trabalho sugeriu-se que os gestores de caso não fossem somente enfermeiras, como acontece, mas que esse papel fosse destinado ao profissional que melhor satisfaz as necessidades do doente. No mesmo ponto reforçou-se positivamente a equipa pelas reuniões interdisciplinares realizadas diariamente, pois esta atividade contribui positivamente para a definição do plano de intervenção e sinal de qualidade dos cuidados prestados. Apontaram-se os pilares base de uma equipa: rigor técnico, comunicação, flexibilidade, adaptabilidade, profissionalismo, respeito, apoio interdisciplinar e cooperação.

De seguida realizou-se uma dinâmica de grupo para caracterização de cada elemento da equipa, tendo sido pedido a cada formando que caracterizasse, usando uma palavra, cada uma das outras colegas (a cada uma foi atribuído um número), sendo este um exercício anónimo. No final leu-se a caracterização feita para cada pessoa, estando a mesma relacionada com a descrição da pessoa no trabalho (ex: pontual, organizada, exigente, etc.). Foi interessante perceber que os formandos optaram identificaram o que cada elemento tinha que mais contribuía para o bom funcionamento da equipa, e que entre todos se complementavam.

Para que uma equipa seja eficaz é necessário existirem 4 fatores essenciais: comunicação, boas relações interpessoais, composição da equipa, estrutura e fatores organizacionais (Youngwerth & Twaddle, 2011). Essa eficácia é definida pela palavra PERFORM: P – propósito partilhado entre todos os elementos; E – empowment; R – relações e comunicação fluída; F – flexibilidade; O - ótimo rendimento; R – reconhecimento; M – motivação (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010).

Das vantagens em trabalhar em equipa destacam-se: apoio mútuo nas decisões, reconhecimento, formação, diferenciação de cuidados, partilha de experiências e melhorar competências. Por outro lado, as desvantagens abrangem problemas de comunicação, decisões prematuras, dedicação, crítica personalizada, conflitos e tensão, competitividade, confidencialidade e mal entendidos (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010). Com base nisto, foi realizada outra dinâmica de grupo durante a qual cada formando teria que escrever os pontos fortes e fracos da equipa e sugestões de

melhoria, para si própria ou para a equipa. A maioria da caracterização corresponde aos pontos base referidos anteriormente, destacando-se a dedicação aos doentes como ponto forte e a sobrecarga e falhas comunicacionais os pontos fracos. Das sugestões de melhoria salientam-se exemplos de momentos fora do contexto laboral como forma de redução do stress e melhor conhecimento pessoal de cada elemento.

Partilharam-se algumas dicas de autocuidado, que, curiosamente, foram ao encontro das necessidades levantadas pelos formandos no exercício anterior: reuniões fora do contexto laboral (ex.: 1 minuto de silêncio antes de iniciar a reunião, diário de serviço), reuniões internas e regulares (ex.: reflexão sobre a morte e a vida; momentos importantes de vida), em casa (ex.: pensar em si, realização de atividades que aliviem o stress). Por último, explicou-se a organização dos gansos durante o voo, recorrendo à história de Roberto Garini. Utilizou-se este exemplo para se fazerem comparações com o trabalho em equipa, nomeadamente em termos do funcionamento, de quem assume a liderança, das estratégias a utilizar quando algum elemento sai, etc.

No final foi fornecido o material à equipa, enviando-se a formação e o resumo dos exercícios realizados para que possam utilizar essa informação e melhorarem as suas práticas de funcionamento de equipa.

2.ª Formação “O ‘senão’ da Comunicação em Cuidados Paliativos”

Com esta formação pretendia-se que, de forma geral, a equipa conseguisse:

- Potenciar estratégias de comunicação com o doente e família;
- Gerar transformação das suas práticas clínicas ao nível comunicacional;
- Desenvolver estratégias para resolução de dilemas éticos.

Quanto aos objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Identificar os processos de comunicação interpessoal;
- Reconhecer as atitudes individuais facilitadoras de comunicação;
- Adquirir algumas ferramentas facilitadoras da comunicação;
- Saber a melhor forma de transmitir más notícias.

Por último, para a presente formação (Apêndice O), selecionaram-se os seguintes temas:

1. Definição de comunicação;
2. Sabia que... (curiosidades da comunicação);
3. Barreiras à comunicação;
4. Regras básicas de comunicação eficaz;
5. Empatia;
6. Escuta ativa;
7. Conspiração do silêncio;
8. Conversas difíceis.

No que toca à realização desta formação, para além dos elementos da equipa estiveram presentes duas médicas de medicina interna. Como habitualmente, iniciou-se a formação com a definição de comunicação, salientando-se o fato de ser um processo dinâmico de troca de informações, utilizando-se diversos canais (Neto, 2006). Acrescentaram-se algumas curiosidades do processo comunicacional, reportadas por Pinto (2013), do foro afetivo: processo irreversível, primeiros times são essenciais na comunicação, prevalência da linguagem não-verbal face à verbal.

Discutiram-se as barreiras de comunicação centradas no emissor ou recetor (falta de atenção), meio (ruído), código (tipo de linguagem) e mensagem (mensagem complexa) (Almeida, 2008). As regras básicas da comunicação correspondem ao clarificar (organizar as ideias antes de comunicar), examinar (o que se pretende dizer quando se comunica), envolver-se (estar interessado), cuidadoso (estar atento à linguagem não-verbal), escuta ativa (um bom ouvinte), dar e tentar receber feedback. Explorou-se melhor a empatia (colocar-se no lugar do outro compreendendo como ele se sente naquela situação) e escuta ativa (só assim se conseguirá apoiar devidamente o paciente, sem julgar ou opinar).

Abordou-se a conspiração do silêncio, definindo-se esta como um acordo entre familiares ou profissionais de saúde para omitir informação sobre o diagnóstico ou prognóstico do paciente (Sá & Coelho, 2012). Falou-se no modelo de conspiração de silêncio, pois este pode partir da família ou do doente (Pinto, 2013). Apresentaram-se

as consequências desta situação: tensão; inibição da discussão aberta sobre a doença e a morte; impedimento da resolução de conflitos, preparação do futuro ou da realização de desejos; aumento das complicações do processo de luto pelo sentimento de culpa. Sendo que na maioria das vezes o doente sabe que algo de errado se passa e vive a situação sozinho (Twycross, 2003). Apresentaram-se os tipos de conSPIração, sendo que a adaptativa corresponde ao estado de negação do doente ou família face à realidade dolorosa do processo de doença. O tipo não adaptativo correspondem às diversas situações já apresentadas, quer partam do doente, da família, ou até dos profissionais de saúde.

Habitualmente os motivos do doente prendem-se com a proteção da família, medo do sofrimento e tentativas de evitar a situação. Já a família centra-se na proteção do doente (“Ah ele não vai aguentar”) e na dificuldade em lidar com a situação com o doente (Pinto, 2013).

Para gerir esta situação, os profissionais de saúde devem perceber os motivos das pessoas, confrontá-las com as consequências desta omissão, reforçar que irão ajudá-los em todo o processo e na partilha de informação se assim o desejarem, reconhecendo os princípios da honestidade e o direito à verdade (Pinto, 2013). Explicitaram-se os porquês da conSPIração, que se centram na dificuldade em comunicar as más notícias e gerir as emoções (Pinto, 2013; Barbosa & Neto, 2010). Falaram-se nalguns estudos científicos que avaliaram esta situação, como forma de refletir sobre o que acontece noutros serviços e com outras equipas.

Partiu-se para a dinâmica de grupo com simulação em *role-playing* de três situações (uma de negação da própria doente, outra da família perante o doente e outra do paciente face à família), para perceber como os formandos eram capazes de as gerir. Foi muito interessante perceber que os tópicos apresentados até àquela altura contribuíram para o tipo de respostas dadas no exercício. As respostas foram claramente mais assertivas e viáveis para as situações apresentadas. Os exemplos expostos pela equipa foram reflexivos e permitiram a sua discussão, nomeadamente dos pedidos de conSPIração do silêncio que são feitas à administrativa (quem gere a entrada e saída de doentes da consulta de oncologia) e das auxiliares.

No tópico seguinte, sobre as conversas difíceis foi apresentado resumidamente o Protocolo de Buckman com os 6 passos:

1. Conseguir o ambiente correto;
2. Descobrir o que o doente já sabe;
3. Descobrir o que o doente quer saber;
4. Partilhar a informação;
5. Responder às reações do doente;
6. Planear e acompanhar.

Foram depois dados alguns exemplos de frases a utilizar em diversas situações difíceis (comunicar diagnóstico, prognóstico, fase final de vida, medo da morte), com o objetivo de dotar os profissionais de ferramentas de comunicação úteis e eficazes (tipo de perguntas a fazer em determinadas situações, assim como os eufemismos a evitar na comunicação dessas notícias). Treinou-se em grupo a comunicação de um prognóstico, com todos os elementos a partilharem ideias. Por último, falaram-se nas possíveis reações e como se poderá lidar com as mesmas. Voltou-se a enviar toda a documentação da formação para a equipa.

3.^a Formação “Motivação e Gestão de Conflitos”

De uma forma global, pretendia-se com esta formação:

- Aumentar a motivação intrínseca e extrínseca da equipa;
- Dotar a equipa de estratégias de resolução de conflitos.

Em pormenor, os objetivos específicos definidos foram:

- Compreender os conceitos de motivação e conflito;
- Delinear as fases que compõem o ciclo motivacional;
- Refletir as vantagens dos conflitos;
- Saber os princípios orientadores na gestão de conflitos;
- Identificar algumas técnicas de gestão de conflito.

Por último, para a presente formação da motivação e gestão de conflitos (Apêndice P), selecionaram-se os seguintes temas:

1. Definição de motivação;
2. Sabia que... (curiosidade da motivação);

3. Ciclo motivacional;
4. Motivação intrínseca e extrínseca;
5. Definição de conflito;
6. Fatores antecipatórios e de manutenção do conflito;
7. Tipos de conflitos;
8. Conflitos organizacionais;
9. Princípios orientadores;
10. Técnicas de conflitos interpessoais;
11. Exemplo de técnica.

A formação decorreu no período estabelecido, contando com a participação de toda a equipa EIHSCP e duas estagiárias enfermeiras. Iniciou-se a formação pela definição de motivação, partindo da caracterização de “um motivo é qualquer coisa que leva uma pessoa a praticar determinada ação. Um motivo é a causa, a razão de algum comportamento” (Chiavenato, 1995). Elucidou-se a equipa da base da motivação, estando a mesma associada à necessidade, por exemplo oferecer muita água a quem não tem sede não motiva a pessoa a beber.

Explicou-se o funcionamento do ciclo motivacional, que é composto pela necessidade, que gera o impulso, desencadeando respostas instrumentais para atingir a meta. Ou seja, perante a falta de algo, necessitamos de encontrar forma de atingir aquele objetivo, designando-se esse processo como processo de motivação. Como é necessário que a motivação exista para que o trabalho em equipa funcione, e sendo a motivação interna equiparada a um sentimento, é necessário fomentá-la, tendo o líder da equipa, bem como todos os outros elementos, um papel primordial neste processo. A motivação intrínseca e extrínseca foi demonstrada num exercício de reflexão grupal sobre os fatores internos que motivam cada elemento da equipa, assim como as condicionantes externas que compõem a motivação extrínseca. De todas as respostas dadas salientam-se as seguintes: a satisfação das necessidades dos doentes, reconhecimento do seu trabalho por parte dos doentes e familiares, vencimento, organização do serviço e integração da equipa. Um dos formandos acrescentou ao tema

da motivação a seguinte afirmação tradutora da motivação do trabalho: “Escolhe um trabalho de que gostes, e não terás que trabalhar nem um dia na tua vida” de Confúcio.

Definiu-se o conflito como a dificuldade que cada pessoa tem em compreender o ponto de vista de outra, iniciando-se a discussão/conflito. Para uma melhor compreensão dos temas abordados, pediu-se a cada formando que completasse as frases “Gostaria que me disseses que ...” e “Não gostaria que me disseses que ...” dirigindo-as à equipa. A primeira frase reporta-se ao tema da motivação e a segunda ao conflito. Dos resultados destacam-se para a primeira frase: reconhecimento do seu trabalho, identificação dos pontos fortes e fracos (destes últimos como forma de melhorar competências); para a segunda frase as críticas personalizadas e destrutivas, generalização de um comportamento negativo para todos e quaisquer comportamentos da equipa.

Em relação aos fatores que antecipam e mantêm o conflito, destacaram-se como antecipatórios a indefinição de papéis, falhas comunicacionais, liderança pouco eficaz, conflitos anteriores, rivalidade e falta de recursos. Como fatores de manutenção foram identificados: características individuais, condição psicossocial da equipa, relações prévias, número de pessoas envolvidas no conflito, tipo de problema e as consequências do conflito (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010). Debateram-se o tipo de conflitos, destacando-se os interpessoais (decisão face a duas opções) e os organizacionais (cada um de nós representa o conflito face ao outro). Estes últimos podem ser derivados de competitividade, hierarquias, regras, exigências no trabalho, etc. Foram abordadas também as vertentes positivas dos conflitos, como o debate de ideias, a possibilidade de poderem surgir ideias inovadoras e a redução da tensão (após o conflito).

Manter o respeito, ouvir o outro e não tentar mudar comportamento alheio são princípios orientadores na gestão de conflitos. Para uma melhor compreensão da resolução de conflitos realizou-se uma dinâmica de grupo:

1. Desenhou-se no quadro um cubo dividido em 24 quadradinhos;
2. Dividiu-se os formandos em dois grupos;
3. Um grupo escolheu o símbolo “x” e outro “o” e tinham que dizer onde colocar o seu símbolo e o objetivo era conseguir fazer 4 em linha;

4. No final nenhum grupo ganhou, pois cada grupo estava mais preocupado em não permitir que o adversário ganhasse.

A presente experiência queria mostrar que a melhor forma de se resolverem os conflitos é com a filosofia de ganhar-ganhar. No jogo nenhuma das partes ganhou, mas mesmo assim nenhum desistiu dos seus objetivos e ambos ficaram empatados, ou seja, ganharam os dois. A solução de um conflito será a que causar menos consequências negativas para ambas as partes, apesar da solução ideal nunca será alcançada pois ambas as partes terão que perder alguma coisa.

Apresentaram-se aspetos a ter em conta na resolução do conflito interpessoal, são eles: tempo (resolver logo após ocorrer o conflito), descrição (descrever o conflito) e resolução (em conjunto e optar pela melhor opção) (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010). Como técnica escolhida, opta-se pelo confronto na gestão do conflito, proposta pelo Professor Thomas Gordon. Inicia-se pela descrição neutra da situação (sem culpabilizar nenhuma das partes), relato das consequências do conflito e passa-se para a descrição da forma como nos sentimos começando as frases com “Eu”. Só assim o outro não reconhece o nosso discurso como um ataque e não adota uma postura defensiva. Concluiu-se então que as críticas personalizadas e destrutivas fomentam conflitos, devendo-se optar pelo “copo meio cheio”, ou seja, valorizar-se o que a pessoa fez de correto, pois de certeza que é sempre superior ao negativo (o que aumenta a motivação intrínseca e conseqüentemente a performance no trabalho).

Por último, deixou-se a seguinte mensagem, de Alexander Redich, “os conflitos são o sal na sopa das relações humanas. Entram nos nervos, mas sem eles não haveria progresso...” e visualizou-se um pequeno vídeo intitulado “Gestão de conflitos” de Sociosistemas baseado no artigo “Lutar, abafar, resolver: 3 técnicas para gerir conflitos sociais” de Paula Silveira.

Foi então disponibilizada a apresentação e feito o balanço das 3 formações (será apresentado no próximo subcapítulo).

3.4 Avaliação dos Planos de Intervenção e Formação

Ação “Saber viver é saber morrer”

No final da ação fez-se um balanço oral da formação com as formandas, com conclusões bastante positivas. As formandas foram questionadas individualmente quanto à experiência que retiraram desta formação e como poderia ser aplicada no seu dia-a-dia. A avaliação foi então informal baseando-se nesta partilha, destacando-se a seguinte caracterização: ambiente descontraído, momento reflexivo, aprendizagem e partilhas. O grupo sugeriu algumas melhorias para formações futuras:

1. “Analisar os principais problemas éticos em Cuidados Paliativos: eutanásia, suicídio assistido e recusa de tratamento, *burnout* e gestão de conflitos nos profissionais”.
2. “Mais sessões abrangendo todo o município, de forma que mais pessoas sejam esclarecidas sobre o que são e para que servem os Cuidados Paliativos”.
3. Exploração da humanização dos cuidados, “uma vez que foi tão falado na formação e apontado muitas vezes como uma falha”.
4. “Ação mais formativa dirigida a profissionais, por exemplo psicólogos”.
5. “Mais casos práticos e desafiar os formandos para uns serem o profissional e outro o utente (*role-playing*) e permitir entender os princípios da comunicação e as diferentes posturas possíveis dos utentes”.
6. “Convidar uma equipa de Cuidados Paliativos com a formadora para conversar com a plateia”.

Ação “Antes de morrer eu quero”

O balanço que faço da ação é favorável, visto que consegui a colaboração de 80 pessoas nesta iniciativa: a maioria foi deixar o seu testemunho no “mural”, mas também aconteceram algumas participações via *Facebook*. A avaliação teve um carácter muito informal, pois baseou-se no feedback dos participantes. A maioria gostou da iniciativa, ficou admirado mas pela positiva pela ação. Como sugestões futuras as pessoas referiram o fato de ir expondo o rolo por vários locais públicos para existir continuidade, para afixar nessa mesma parede o papel preenchido e por baixo em

branco para existirem novos participantes e que fique o memorial da iniciativa e haja uma continuação. Tenho o rolo guardado, mas o objetivo é dar continuidade à iniciativa, como forma de manter a divulgação dos Cuidados Paliativos, tentando chegar ao maior número de pessoas possível, através de diferentes estilos.

Formação

A formação contempla as 3 formações de serviço realizadas, que ocorreram nos tempos predefinidos. O balanço feito pela equipa foi bastante favorável, salientaram as dinâmicas de grupo realizadas pois desta forma refletiram sobre as temáticas e treinaram situações futuras. Acrescentaram que estas reflexões contribuíram para melhorar a relação entre os elementos, pelos momentos de partilha e aumento do sentimento de pertença. Consideraram que os temas abordados transpareceram as ideias principais de uma forma ténue, sem grande sobrecarga teórica, que permitiu a integração da informação pela grande componente lúdica e prática. Reforçou-se que as presentes formações devem incidir na aplicabilidade dos conceitos à sua prática clínica. Pois os profissionais que já trabalham há algum tempo e cujas temáticas vão sendo familiares (seja pela prática ou outras formações anteriores) interessam-se mais por esta metodologia mais ativa.

Considerou-se pouco vantajoso a avaliação formal pois o principal objetivo era dotar as profissionais de ferramentas e competências para reduzir as lacunas sentidas no trabalho em Cuidados Paliativos. Por essa razão optou-se pela avaliação informal, porém esta análise será feita a longo curso, na observação da equipa e no feedback da diretora de serviço sobre a evolução da equipa nos aspetos identificados como menos positivos.

Conclusão

Concluindo, acho que é muito importante e essencial em Cuidados Paliativos percorrermos o nosso trajeto de forma a conseguirmos melhorar as nossas competências, sejam elas a que nível forem. O foco central deve ser prestar os melhores cuidados possíveis a estas pessoas e conseguir responder de forma eficaz e profissional às suas exigências e necessidades. No entanto esse percurso tem que ser construído com base numa reflexão pessoal e profissional, pois se não me questionar nem pensar sobre os assuntos, não abro novos horizontes nem surge a oportunidade de mudança. Assim como continuarei a considerar que as dúvidas e limitações mencionadas devem ter respostas ou ser alvo de melhorias. Se não o fizesse, isto deixar-me-ia no mesmo ponto, sem investir em formação avançada e sem me desenvolver enquanto psicóloga em Cuidados Paliativos. É um caminho árduo pois as oportunidades de trabalho nesta área, como em muitas outras áreas, são limitadas. Porém nós próprios também temos que contribuir para este caminho, de forma a facilitar que surjam oportunidades. Sendo esta a minha linha condutora e me permite que, mesmo sem contacto direto com esta área, consiga ir investindo na mesma e aproveitando as pequenas oportunidades.

Para além de todas as aprendizagens retiradas da prática clínica e na elaboração deste relatório, a maior recompensa foi o trabalho direto com os doentes e cuidadores, que me permitiu fazer o que realmente me satisfaz enquanto profissional e pessoa.

Considero que a temática do relatório, a psicologia e os Cuidados Paliativos, deverá ser mais explorada para a definição de critérios de intervenção no território português. Posso reforçar que as funções centrais do psicólogo em Cuidados Paliativos, segundo diversos organismos internacionais (EAPC, *British Psychological Society* e *Oxford Handbook of Palliative Care*), abarcam a avaliação, formulação de problemas, intervenção, desenvolvimento de projetos, formação de outros profissionais de saúde, investigação. A intervenção psicológica inclui a promoção da capacidade de resiliência, equilíbrio emocional, esperança, adaptação ao processo de doença, comunicação mais assertiva e adequada (Carqueja & Costa, 2014).

Com este relatório (que traduz todo este 2.º ano do mestrado) consegui perceber que a consciencialização da minha vulnerabilidade contribui também para que seja competente, pois tenho consciência dos meus medos e de que terei de os enfrentar. Na

prática clínica são privilegiadas as habilidades cognitivas obtidas em contexto acadêmico assim como as técnicas especializadas, em detrimento das habilidades comportamentais e atitudes (cooperação, iniciativa, responsabilidade, participação, disciplina, ética e uma atitude permanente de aprender a aprender). Contudo a experiência de estágio também me proporcionou uma promoção da identidade profissional, a partir de uma rotina de atividades, desafios e reflexões do graduando em relação à realidade profissional futura, surgindo então o estágio como o momento antecipatório à profissão em questão (Scorsolini-Comin, Souza, & Santos, 2008).

Termino com citações de Cicely Saunders (2013), respetivamente, e que gostaria que todas as pessoas refletissem sobre isso pelo menos mensalmente:

O caminho que se ajuda os doentes em Cuidados Paliativos evolui de “não quero morrer, não quero morrer” para “apenas quero aquilo que está certo”. Por exemplo uma doente de Cicely disse: “Sabe doutora, nunca pensei que fosse morrer. Suponho que nenhum de nós pensa. Mas chega uma altura em que estamos prontos a aceitá-lo.” Contudo não devemos esquecer que a morte será o espelho da nossa vida, por isso devemos “viver bem” para que possamos “morrer bem”.

Referências Bibliográficas

- Adenda (2011). *ADENDA - ao regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Castelo Branco*. Castelo Branco: IPCB.
- Adenda (2013). *ADENDA - ao regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Castelo Branco*. Castelo Branco: IPCB.
- Almeida, S. (2008). *A morte faz falar - Optimizar a comunicação em Cuidados Paliativos para otimizar os cuidados em fim de vida. Dissertação de mestrado não publicada*. Lisboa: Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- APCP (2006a). *Organização de serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de qualidade para unidades de Cuidados Paliativos*. Lisboa: APCP.
- APCP (2006b). *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Recomendações da APCP*. Lisboa: APCP.
- APCP. Grupo de Psicologia. Acedido a 06/10/2015 em <http://www.apcp.com.pt/associacao/grupo-psicologia.html>.
- Barbero, J. (2008) Psicólogos en Cuidados Paliativos: La sinrazón de un olvido. *Psicooncología, 5 (1)*, 179-191.
- Barbosa, A. (2013). *Olhares Sobre o Luto*. Lisboa: Faculdade Medicina de Lisboa.
- Barbosa, A., & Neto, I. G. (2010). *Manual Cuidados Paliativos (2ª ed.)*. Lisboa: Faculdade Medicina de Lisboa.
- Bartolomeu, S. M.; Simões, A. S. (2014). Conferências Familiares em Cuidados Paliativos. *IPCB: ESALD*.
- Bayés, R. (2005). *Psicología y Cuidados Paliativos. Medicina Paliativa, 8-10*.
- Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2010). Trabalho em equipa. In A. Barbosa & I. G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 761-772). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Brandstätter, M., Kögler, M., Baumann, U., Fensterer, V., Küchenhoff, H., Borasio, G., & Fegg, M. (2014). Experience of meaning in life in bereaved informal caregivers of palliative care patients. *Support Care Cancer*.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., & Olden, M. (2010). Meaning-

centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19, 21–28.

Capelas & Neto (2010). Organização de serviços. In A. Barbosa & I. G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 785-814). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Capelas, M. (2014a). Aula do 3º Mestrado de Cuidados Paliativos. *Documento não publicado*. Castelo Branco: IPCB-ESALD.

Capelas, M. (2014b). *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Carqueja, E. (2009). A prática religiosa e a percepção do sofrimento: um estudo em doentes com cancro e em doentes com dor crónica. *Cadernos de Saúde*, 2 (1), 7-40

Carqueja, E., & Costa, C. (2014). O Psicólogo em Cuidados Paliativos. *Revista Cuidados Paliativos*, 1 (2).

Chiavenato, I. (1995). *Recursos Humanos* (3ª Ed). São Paulo: Atlas.

Currier, J., Neimeyer, R., & Berman, J. (2008). The Effectiveness of Psychotherapeutic Interventions for Bereaved Persons: A Comprehensive Quantitative Review. *American Psychological Association*, 134 (5), 648– 661 .

Demiris, G., Parker Oliver, D., Washington, K., Fruehling, L. T., Haggarty-Robbins, D., Doorenbos, A., & Berry, D. (2010). A problem solving intervention for hospice caregivers: A pilot study. *Journal of palliative medicine*, 13(8), 1005-1011.

Dias, M. R., & Durá, E. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Direção Geral da Saúde (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos – Circular Normativa de 13.7.2004.

Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (2009). Regulamento da Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos da ULSNA. *Documento não publicado*. Elvas: ULSNA E.P.E..

European Association for Palliative Care - EAPC (2013). Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education. *Eur J Pall Care*, 20 (2), 86-91 & 20 (3), 140-145.

Fratezi, F., & Gutierrez, B. (2011). Cuidador familiar do idoso em Cuidados Paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (7), 3241-3248.

- Golijani-Moghaddam, N. (2014). Practitioner psychologists in palliative care: Past, present, and future directions. *Counselling Psychology Review*, 29 (1), 29-40.
- Gomes, A. (2008). *Abordagem Psicológica no Controlo da Dor – Biblioteca da Dor*. Lisboa: Permanyer.
- Gómez- Batiste, et. al (2003). *Indicadores de calidad en Cuidados Paliativos*. Espanha: SECPAL.
- Hospital de Dia (2010). Regulamento interno do Hospital de Dia. *Documento não publicado*. Elvas: ULSNA E.P.E..
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; The National Pharmaceutical Council (2005). Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments. Disponível em: <http://www.ucp.pt/site/resources/documents/ICS/ToqueTerapeutico1.pdf>
- Kissane, D., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D., & O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163 (7), 1208-1218.
- Lei de Base dos Cuidados Paliativos - Lei n.º 197/2015 (Acedida em 25 Out. 2015) em: <https://dre.pt/application/file/70481968>
- Maia, L., & Correia, C. (2008). Consequências psicológicas, estratégias de *coping* e intervenção na doença oncológica: uma revisão da literatura para aplicação prática. *Psicologia.com.pt - Portal dos Psicólogos*, retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0445.pdf>.
- Martinho, A.R., Pilha, L., & Sapeta, Paula (2015). Competências do psicólogo em Cuidados Paliativos. *IPCB: ESALD*, pp. 31.
- McCaffery, M. (1968) *Nursing Practice Theories Related to Cognition, Bodily Pain, and Man-Environment Interactions*. Los Angeles: University of California at LA Students Store.
- Moreira, P., Gonçalves, & Beutler, L. E. (2005). Métodos de Seleção de Tratamento – O melhor para cada paciente. Porto: Porto Editora.
- Neimeyer, R., Burke, L., Mackay, M., & Stringer, J. (2009). Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice. *J Contemp Psychother*.
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em Cuidados Paliativos. *Rev Port Clin Geral*, 19, 68-74.
- Nunes, L. (2008). *Ética em Cuidados Paliativos: limites ao investimento curativo*.

- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2012). Contributos da ordem dos Psicólogos integrados na nova lei de bases dos Cuidados Paliativos. *PSIS21*, 4, 11-12.
- Pais Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde – Instrumentos publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Palacios, G. R., & Trejo, B. D. (2009). La terapia psicológica del dolor crónico. *Psicología y Salud*, 19 (2), 247-252.
- Pereira, S. M. (2010). *Cuidados Paliativos: Confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Pinto, C. (2013). Aula de Mestrado em Cuidados Paliativos. *Documento não publicado*. ESALD-IPCB: Castelo Branco.
- Pinto, C. (2014). A relação de ajuda nos cuidados paliativos: a abordagem humanista de Carl Rogers *Revista Cuidados Paliativos*, 1 (1), 62-69.
- Presa, J. (2013) As lições da perda em Neimeyer. In A. Barbosa (Coord.), *Olhares sobre o luto*. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2010). Comunicação. In A. Barbosa & I. G. Neto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Reverte, M., Gil, J., Toro, L., García, J., & Batiste, X. (2008). Intervención psicológica en Cuidados Paliativos – Análisis de los servicios prestados en Espanha. *Medicina Paliativa*, 15 (1), 39-44.
- Rojas, J., Ayala, C., Martín, T., Posada, R., Prado, M., Pina, M., Márquez, M., Correias, M., & López, M. (2008). *Guia de Cuidados Paliativos*. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo.
- Roletto, A. S. P. D. S. (2013). *Que papel para o psicólogo numa equipa de Cuidados Paliativos?*. Retirado a 06/07/2014 de <http://hdl.handle.net/10451/11272>
- Romanoff, B., & Thompson, B. (2006). Meaning Construction in Palliative Care: The Use of Narrative, Ritual, and the Expressive Arts. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 23 (4), 309 -316.
- Sá, L., & Coelho, P. (2012). Revisão de produção científica sobre Conspiração de Silêncio. In III Congresso de Investigação em Enfermagem, Coimbra. *Revista – III*, 12-15.

- Saunders, C. (2013). *Velai comigo: inspiração para uma vida em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Schmidt, B., Gabarra, L., & Gonçalves, J. (2011). Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. *Paidéia*, 21 (50), 423-430.
- Scorsolini-Comin, F., Souza, L. V., & Santos, M. A. (2008). Tornar-se psicólogo: experiência de estágio de psico-oncologia em equipa multiprofissional de saúde. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 9(2), 113-125.
- Serrano-Atero, M., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P., Serrano-Álvarez, C., & Prieto, J. (2002). Pain assesment (II). *Rev Soc Esp Dolor*, 9, 109-121.
- Silva, A. C., & Nardi, A. E. (2010). Luto pela morte de um filho: utilização de um protocolo de terapia cognitivo-comportamental. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 32(3):113-116.
- Silva, M. & Araújo, M. (2009). Comunicação em Cuidados Paliativos. In *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 49-57). Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Sobel, D. (1995). Rethinking medicine: improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. *Psychosomatic Medicine*, 57, 234-244.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi.
- ULSNA E.P.E. (2008). *Regulamento da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano*. Documento não publicado. Portalegre: ULSNA E.P.E..
- Worden, J. W. (1998). *Terapia de Luto – Um manual para profissionais de saúde mental* (2 Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- World Health Organization (2002). *WHO definition of Palliative Care*. Geneva: World Health Organization. Retirado em 2014, Novembro de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Youngwerth, J. & Twaddle, M. (2011). Cultures of interdisciplinary teams: how to foster good dynamics. *J Palliat Med.*, 14 (5), 650-4. doi: 10.1089/jpm.2010.0395.

Apêndices

Apêndice A - Panfleto Journal Club

Psicólogas
Liliana Pilha
Cristina Rodrigues

Bibliografia

1. Brandstätter, M., Kögler, M., Baumann, U., Fensterer, V., Küchenhoff, H., Borasio, G., & Fegg, M. (2014). Experience of meaning in life in bereaved informal caregivers of palliative care patients. *Support Care Cancer*.
2. Carrier, J., Neimeyer, R., & Berman, J. (2008). The Effectiveness of Psychotherapeutic Interventions for Bereaved Persons: A Comprehensive Quantitative Review. *American Psychological Association*, 134 (5), 648–661.
3. Neimeyer, R., Burke, L., Mackay, M., & Stringer, J. (2009). Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice. *J Contemp Psychother*.
4. Presa, J. (2013) As lições da perda em Neimeyer. In A. Barbosa (Coord.), *Olhares sobre o luto*. Faculdade de Medicina de Lisboa.
5. Romanoff, E., & Thompson, B. (2006). Meaning Construction in Palliative Care: The Use of Narrative, Ritual, and the Expressive Arts. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 23 (4), 309–316.

Processo de Luto e Teoria Construtivista

HOSPITAL DA LUZ

Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos

28 de julho de 2015

TEORIA CONSTRUTIVISTA

A Terapia Construtivista enfatiza as experiências que perturbam as pessoas, de forma a levá-las à procura de sentido nas suas perdas. Esta abordagem psicológica emerge a necessidade das pessoas em procurar o significado das suas experiências de vida, permitindo ter consciência das mesmas e consolidá-las. O luto é um processo de reconstrução de um mundo de significados, que foi contestado pela perda.



TEORIA DE NEIMEYER

Neimeyer considera que a perda forma um ciclo de luto, começando com a antecipação da morte e vai-se desenvolvendo num percurso de sucessivos ajustes. O luto dá a oportunidade de reconstrução interna de significados que foram abalados com o falecimento do ente querido. Este processo é único e individual não existindo um padrão entre as pessoas.

O processo essencial para aceitação da perda e resolução do processo de luto abrange as seguintes fases:

- **Evitamento:** um grande apoio social que permite a pessoa “distrair-se” da perda e falta de pessoa;
- **Assimilação:** emoções negativas face à solidão;
- **Acomodação:** nostalgia e tristeza mas maior autocontrolo ao nível emocional, aceitação da perda (após meses ou anos).

ESTRATÉGIAS PARA PROFISISONAIS

O significado na vida pode ser um fator protetor, mas é posto em causa perante um processo de doença e a própria perda.

As intervenções devem ser específicas para permitir o significado de reconstrução durante o processo de doença e a morte, são necessários para ajudar as pessoas a recuperar um sentido de vida e finalidades.

1.Recontar a narrativa: Pedir ao familiar que fale sobre a morte do doente, pois o não falar sobre o assunto não ajuda a elaborar essa perda. Estende-se a outros temas, falar sobre a doença, perdas, etc. será essencial para que a pessoa questione crenças e valores e reestruture-se emocionalmente, fazendo uma revisão de vida.

2.Escrita terapêutica: Utilizar qualquer formato de escrita que ajude a elaborar a perda, seja para si mesma, para mostrar aos outros (forma de partilha da dor) ou como despedida para quem partiu. A escrita é reparadora e organizadora. Podemos incluir até pintura, desenho, biografia, montagens de álbuns, poesias, etc.



3.Metáfora e Visualização

Evocativa: identificar palavras ou simbologia que a pessoa usa para se perceber significados, (ex.: “tenho dentro de mim um assassino”, “câncer” - perceber o que significa destas palavras). Tornar as ideias “da nossa cabeça” como familiares, ajudando a pessoa a contruir o significado com base na analogia.

4.Posição pró-sintoma: Validar a dor da pessoa, porque será a única forma de aplicar as técnicas anteriores, pois se a pessoa não reconhecer que está a sofrer não conseguirá mudar o padrão. Interpretação de sonhos, sinais ou símbolos que permitam a pessoa encontrar significados nas suas vivências (ex.: coincidências entre datas).

Todas estas estratégias podem ser utilizadas desde o início do processo de doença, adaptando-se às várias perdas (expetativas, membros, órgãos) para permitir um ajuste até à própria morte e antecipar este processo dotando as pessoas de ferramentas.

O grande objetivo é encontrar um significado para a perda, seja ele positivo ou negativo, mas é o sentido para a pessoa. Assim permitirá a transformação da perda, integração da perda no futuro, abordando as questões existenciais e espirituais.

Apêndice B - RSL - Artigo publicado no Repositório IPCB-ESALD

Competências do psicólogo em cuidados paliativos

Skills of psychologists in palliative care

Martinho, A.R.; Pilha, L.** & Sapeta, P.****

<http://hdl.handle.net/10400.11/3103>

Resumo

Os cuidados paliativos pretendem ajudar os doentes terminais a viver tão activamente quanto possível até à sua morte, através de uma abordagem multidisciplinar, incluindo as componentes física, psicológica, social,

espiritual, etc., sendo o grande objectivo promover a qualidade de vida e aliviar o sofrimento. Este objectivo estende-se à actuação do psicólogo, porém a intervenção psicológica neste contexto não está claramente definido. Assim, o objectivo deste estudo é averiguar as competências do psicólogo, em cuidados paliativos, na intervenção tanto com o doente, como com a família. Para responder à questão de partida, realizou-se uma revisão sistemática da literatura, com um horizonte temporal entre 2005 e 2014. Como forma de seleccionar a informação importante foram definidos critérios de inclusão e exclusão assim como, descritores de pesquisa, complementando-se com o método PICOD, para a selecção dos artigos. Como resultados apuraram-se os seguintes: na intervenção psicológica com os doentes e os familiares (gestão de sintomas; questões espirituais, de significado e sentido da vida; psicopatologias; no processo de luto/de perda; ajuste de expectativas; resolução de problemas/preocupações); claudicação familiar. Concluiu-se então que existe benefício na existência de, pelo menos um psicólogo, na equipa de cuidados paliativos, as intervenções deverão seguir maioritariamente uma abordagem cognitivo-comportamentais e a necessidade de um investimento na formação dos psicólogos em cuidados paliativos.

Palavras-chave:

Competências/Papel/Intervenção; Psicólogo; Cuidados paliativos; Doente; Família.

Abstract

Palliative care intended to help terminally ill patients to live as actively as possible until death, through a multidisciplinary approach, including many components, such as physical, psychological, social and spiritual, etc., with the main objective to promote quality of life and alleviate suffering. This objective extends to the action of the psychologist, but the psychological intervention in this context is not clearly defined. Thus, the aim of this study is to investigate the skills of psychologists in palliative care intervention on both the patient and with the family. To answer the initial question, we carried out a systematic literature review, with a time horizon between 2005 and 2014. In order to select the important information were defined inclusion and exclusion criteria as well as descriptors of research, complementing with PICOD method, for the selection of research articles. The results have established the following: the psychological intervention with patients and family members (management of symptoms, spiritual issues, the significance and meaning of life, psychopathology, intervention in grief/loss process, setting expectations, resolution of problems/concerns); family claudication. It was concluded that there is benefit from the existence of at least one psychologist, the palliative care team, interventions should mostly follow one cognitive-behavioral approach and the need for investment in the training of psychologists in palliative care.

Key-words:

Competences/Role/Intervention; Psychologist; Palliative Care; Ill/Diseased; Family.

*Mestre em Psicologia Clínica e Saúde, sub-especialização em Intervenções Cognitivo-comportamentais, pela FPCE-UC.

** Licenciada em psicologia pelo ISCTE-IUL e Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela UBI.

***Doutorada em Enfermagem e Mestre em Sociologia. Coordenadora do mestrado em cuidados paliativos da ESALD-IPCB.

I. Introdução

A cultura dominante da sociedade tem considerado a cura da doença como o principal objectivo dos serviços de saúde. Num ambiente onde predomina o carácter premente da cura ou a prevenção da doença, torna-se difícil o tratamento e o acompanhamento global dos doentes incuráveis, com sofrimento intenso. A Organização Mundial de Saúde considera os cuidados paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada.

O aumento de doenças crónicas deve-se em parte ao aumento da esperança média de vida, sendo urgente que os profissionais de saúde e a população em geral se ajustem a esta nova realidade de doenças oncológicas em progressão, demências, AVC's, doenças degenerativas e outras doenças crónicas, avançadas, incuráveis e progressivas. A prestação de cuidados a estas pessoas e suas famílias designa-se de Cuidados Paliativos.

A APCP (Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos) considera os cuidados paliativos como uma das fronteiras do desenvolvimento futuro, um imperativo ético, organizacional e um direito humano. Segundo a OMS, estes cuidados correspondem a um trabalho desenvolvido por uma equipa multidisciplinar que utiliza estratégias de intervenção, preconizando o bem-estar / qualidade de vida e promovendo o alívio do sofrimento físico, social, emocional, espiritual e psicológico da pessoa com uma doença grave, avançada e incurável, bem como dos seus familiares. As

directrizes básicas incluem o controlo de todos os sintomas, quer sejam físicos, psicológicos ou outros; a comunicação eficaz e terapêutica numa relação de ajuda; o cuidado à família; e o trabalho em equipa, em que todos partilham a mesma missão. A EAPC (European Association for Palliative Care, 2013) define como directrizes centrais nos cuidados paliativos a autonomia, dignidade, relação entre doente e profissionais de saúde, qualidade de vida, posição em relação à vida e à morte, comunicação, educação pública, abordagem multiprofissional, perda e luto.

Destaca-se a particularidade de que a unidade de cuidados engloba tanto o doente como a família, intervindo-se em ambos e em parceria. E mais, o trabalho desenvolvido em cuidados paliativos estende-se após o falecimento do doente, abrangendo o acompanhamento da família no processo de luto.

Tendo em conta que os cuidados paliativos só são exequíveis com uma equipa multidisciplinar, a psicologia tem um papel imprescindível na prevenção e alívio do sofrimento do doente e família num processo de doença (Barbero, 2008; Bayés, 2005), surgindo assim a necessidade de definir as competências do psicólogo, em cuidados paliativos, na intervenção tanto com o doente, como com a família.

A intervenção psicológica é justificável com base nos diversos estudos, nomeadamente numa investigação com doentes com Parkinson's concluiu-se que cerca de 70% dos pacientes sentiram ansiedade e 60% se sentiu deprimido, comumente dos seus familiares 85% apresentaram

também sintomatologia ansiogénica e preocupação face ao doente. Uma boa percentagem referiu queixas relacionadas com a falta de informação, podendo o psicólogo ter um papel preponderante neste processo comunicacional, assim 38% teria gostado de receber mais informações e 42% tiveram problemas práticos que ainda precisavam ser abordados (Saleem, Higginson, Chaudhuri, Martin, Burman, & Leigh, 2012).

A escolha do presente tema surgiu da necessidade de esclarecimento e definição clara da intervenção psicológica nos Cuidados Paliativos tendo em conta a nossa formação de base em Psicologia, pois estas competências não são claras (contrariamente à intervenção médica ou de enfermagem, por exemplo). Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2012), na nova Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, afirmam que a relevância da intervenção psicológica e o papel dos Psicólogos nos Cuidados Paliativos centra-se em: facilitar o apoio psicológico aos cuidadores profissionais, numa lógica de prevenção do esgotamento e de redução dos riscos psicossociais; facilitar o processo de luto nos doentes e familiares. Centrando-se muito nos profissionais (*burn out*) e nos familiares, não mencionando o núcleo, o doente paliativo. Não existem muitas referências que explicitem as competências do psicólogo em contexto de cuidados paliativos, podendo-se atribuir como causa o facto de que na Inglaterra, onde nasceu a filosofia dos cuidados paliativos, o psicólogo não se encontra inserido como membro essencial na equipa multidisciplinar

(Bertan & Castro, 2009; *citado em* Ferreira, Lopes & Melo, 2011). Para além disso, a ausência de antecedentes históricos da intervenção psicológica nos cuidados paliativos e não definição de limites de conhecimento em psicologia também condicionam a investigação e obtenção de conclusões viáveis. Como tal, espera-se que esta Revisão Sistemática da Literatura (RSL) possa contribuir para o estabelecimento de directrizes no campo da psicologia, nos cuidados paliativos, em Portugal, o que poderá inclusive constituir um guia de orientação de boas práticas do psicólogo, neste contexto (Ferreira, Lopes & Melo, 2011). De uma forma geral, o psicólogo deverá fornecer o suporte necessário para promover a qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de doenças sem cura, mantendo o equilíbrio nas suas relações com os outros profissionais e encontrando vias de comunicação, que permitam a troca e o conhecimento, a partir de diferentes saberes (Ferreira, Lopes & Melo, 2011).

Assim sendo, segundo a APA (2005), a intervenção do psicólogo em cuidados paliativos abrange as seguintes áreas: intervenção clínica, educação e treino, investigação e papel institucional. Dentro da primeira, o psicólogo realiza psicoterapia para a depressão e ansiedade, controlo de sintomas e dor (estratégias de relaxamento, imagética, distração, etc. – não farmacológicas), intervenção cognitivo-comportamental/grupal e junto dos doentes/ familiares.

Tendo em conta as restantes áreas, acrescenta-se: a assistência ao doente, família, assessoria dos membros da equipa, *counselling*, formação e

entretenimento, desenvolver investigações e publicações científicas, apoio psicológico à equipa, supervisão da mesma, investigação e intervenção clínica (EAPC).

É expectável que as competências do psicólogo se centrem no alívio do sofrimento do doente e da família, e que facilitem o processo de adaptação à doença e à morte (estratégias de *coping adaptativas*). O psicólogo terá que ter competências para intervir em sintomas psicopatológicos, perturbações psicológicas, no processo de luto, em comportamentos desajustados face ao processo de fim de vida, controlo de sintomas, *counselling*, corresponder às necessidades emocionais, acontecimentos críticos, através essencialmente de estratégias de comunicação e técnicas de intervenção psicológica (Martínez & Barreto, 2002).

I. Metodologia

O desenvolvimento deste trabalho partiu da seguinte **questão central**: Quais são as competências do psicólogo, em cuidados paliativos, na intervenção tanto com o doente como com a família?

Pretende-se com o presente trabalho atingir os seguintes **objectivos**:

- a) Conhecer as competências do psicólogo, em cuidados paliativos, na intervenção com o doente;
- b) Identificar as competências do psicólogo, em cuidados paliativos, na intervenção com a família.

Com o intuito de seleccionar os artigos importantes para a realização desta revisão sistemática da literatura definiram-se **critérios de inclusão e exclusão**, sendo eles:

- a) Inclusão: horizonte temporal (de 9 anos: entre 2005 e 2014); estudos empíricos: qualitativos e quantitativos; adultos; contexto: hospital de agudos, equipas de cuidados paliativos, comunidade, unidade ou lar.
- b) Exclusão: crianças em cuidados paliativos; intervenção psicológica com a equipa, em cuidados paliativos.

Neste processo de selecção foram definidos os seguintes **descritores de pesquisa**:

- Psicólogo + “Cuidados Paliativos” + Doente OR Família NOT Crianças*;
- *Psychologist* + “*Palliative Care*”;
- *Role of Psychologist* + *Palliative Care*;
- Papel do Psicólogo + Cuidados Paliativos;
- Intervenção do Psicólogo em Cuidados Paliativos;
- *Psychologist Interventions in Palliative Care*.
- Psicoterapia + Cuidados Paliativos
- *Psychotherapy* + *Palliative Care*

Reviu-se literatura científica publicada entre 2005 e 2014 nas seguintes bases de dados, de referência e de texto integral:

- Biblioteca do Conhecimento Online B-One; ProQuest; PsycINFO; SciELO; Web of Science; PubMed; ClinicalKey; MDConsult; EBSCO; Redalyc.
- Motores de busca Google e ResearchGate;
- Consultámos listas de teses, do Repositório da Universidade de Lisboa;
- Referências bibliográficas referidas nos artigos analisados.

Tendo em conta que nos propusemos realizar uma RSL definimos o método **PICOD** cujos parâmetros essenciais permitiram a selecção dos artigos:

- P – Participantes;
- I – Intervenção;
- C – Comparações;
- O – (Outcomes) Resultados;
- D – Desenho do estudo.

Para o desenho do estudo realizou-se o **PICOD** com o objectivo de se definir os pontos a conter na RSL:

P: Quem foi estudado?

- Doentes (somente adultos) e familiares/cuidadores informais e o Psicólogo, a receber cuidados paliativos, tanto em domicílio, como em regime intra-hospitalar (agudos e paliativos), Lar e Unidades de cuidados continuados.

I: O que foi feito?

- Diferentes tipos de intervenções psicológicas/psicoterapias com o doente e família;

- Interação/Relação Psicólogo-Doente; - Interação/Relação Psicólogo-Família; - Papel/práticas comuns do Psicólogo em cuidados paliativos.

[C] – Se podem existir ou não? Quais?

O: Resultados, efeitos ou consequências relacionados com intervenções psicológicas, prática do psicólogo, psicoterapias, funções/papel, dificuldades/obstáculos, em contexto de cuidados paliativos.

D: Desenho do estudo: Metodologias Qualitativas e Quantitativas.

II. Análise dos dados e resultados

Identificação e Selecção dos Estudos Relevantes

É de salientar que a primeira e principal fase desta Metanálise, a pesquisa, foi complexa, dada a escassez de artigos encontrados, que fossem directamente relacionados com o tema.

A partir do *abstract* seleccionámos 33 artigos, 5 revisões, 2 teses; após uma leitura mais detalhada eliminámos os que não cumpriam os critérios, 22 trabalhos de investigação.

No total seleccionámos 18 trabalhos: 14 artigos, 1 tese de mestrado e 3 revisões da literatura, das quais 1 é uma revisão não sistemática.

Sendo que da nossa amostra, podemos concluir que 2010 foi o ano de maior número de publicações (com 5), seguindo o ano 2014 (com 3). Em relação ao país de origem dos estudos, destaca-se mais investigações nos países Estados Unidos, Austrália e Reino Unido (com 4 estudos cada país). A nível metodológico, percebemos que a maioria dos estudos foi de natureza quantitativa e logo a seguir a qualitativa. Como participantes nos estudos encontraram-se, maioritariamente, doentes e familiares/cuidadores informais, o que talvez possa ser indicador da necessidade de pesquisa deste tema, do ponto de vista do psicólogo.

Todos os trabalhos incluídos respondem de algum modo à questão inicial, fornecendo conceitos, factores, características, funções/papel do psicólogo, assim como as suas intervenções e benefício das mesmas junto dos doentes e familiares/cuidadores, num contexto de cuidados paliativos.

Os resultados obtidos foram confrontados também com o recomendado por documentos elaborados por organizações nacionais e/ou internacionais, na forma de guias orientadores e definidores das competências do psicólogo em cuidados paliativos, de que são exemplos: OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses; APA – American Psychology Association; DGS- Direcção Geral de Saúde; EAPC - European Association for Palliative Care; APCP – Associação

Portuguesa de Cuidados Paliativos; BPS – The British Psychological Society; SECPAL – Sociedade Española de Cuidados Paliativos.

Nos gráficos seguintes apresentamos a sua distribuição por ano de publicação e o país de origem do estudo, é importante salientar que algumas das investigações foram realizadas em mais do que um país, portanto o valor N pode ser diferente de 18.

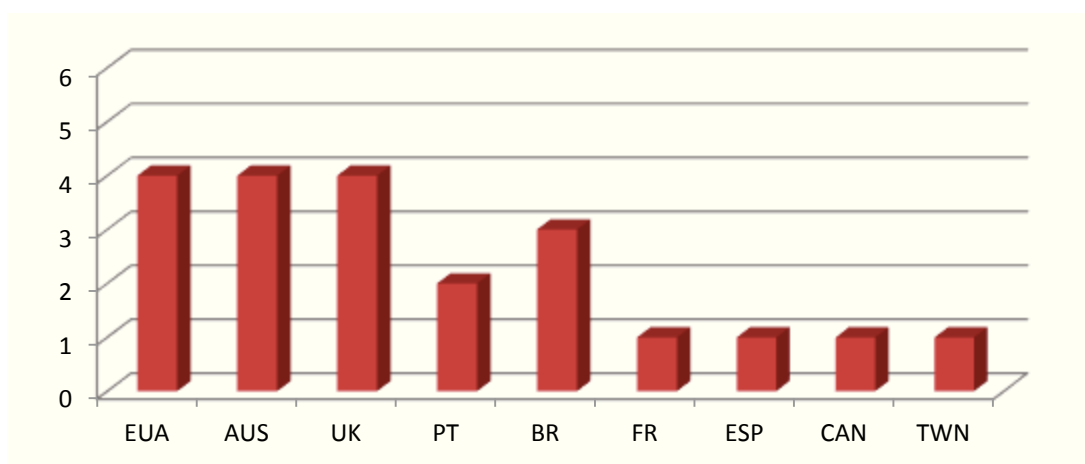


Gráfico 1. Distribuição por País de Origem do Estudo

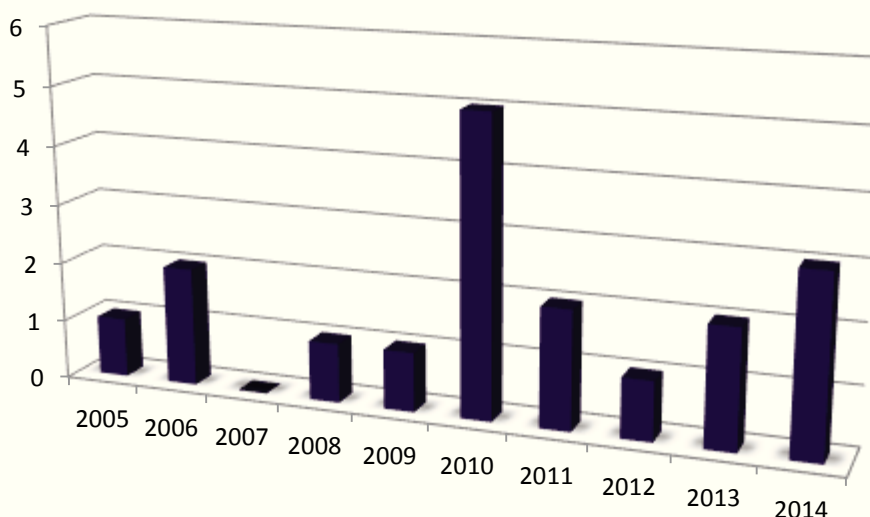


Gráfico 2. Distribuição por Ano de Publicação

Objectivos da intervenção psicológica

A intervenção psicológica para os pacientes que se aproximam da fase terminal, tem o potencial de melhorar a

sua qualidade de vida. A psicologia em cuidados paliativos tem vindo a comprovar a sua importância no bem-estar espiritual, no encontro de sentido/significado (de vida ou outros), e na necessidade da abordagem das questões da terminalidade da pessoa (Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson, & McClement, 2005; Breitbart, Rosenfeld, Gibson, Pessin, Poppito, Nelson, Tomarken, Timm, Berg, Jacobson, Sorger, Abbey, & Olden, 2010; Trancas, Cardoso, Luengo, Vieira, Reis, 2010; Melo, Valero, Menezes, 2013).

A literatura demonstra que as técnicas cognitivo-comportamentais (TCC) produzem uma melhoria significativa na capacidade dos profissionais de cuidados paliativos em reconhecer problemas emocionais e pensamentos distorcidos dos pacientes. Seleccionando e utilizando estratégias e técnicas TCC apropriadas, poder-se-ão proporcionar aos doentes uma “nova” visão, ajustada à sua realidade, mudando o seu comportamento e recuperando o controlo da sua própria vida (Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson, & McClement, 2005; Mannix, Blackburn, Garland, Gracie, Moorey, Reid, Standart, & Scott, 2006).

O grande objectivo da acção do psicólogo é aliviar o sofrimento causado pelas alterações emocionais e favorecer o objectivo principal dos cuidados paliativos. A sua principal função é o apoio aos doentes e família: avaliação, estabelecimento de objectivos, plano de actuação, intervenção psicológica e articulação com os outros profissionais da equipa. (Reverte, Gil, Toro, García, & Batiste, 2008).

Intervenção com o doente

Seguidamente, será realizada uma listagem de todas as competências do psicólogo, encontradas nos estudos seleccionados, na intervenção com o **doente**:

- Guiar o processo de facilitação da tomada de decisão (principalmente as mais complexas), de resolução de problemas, assuntos pendentes e promover as despedidas;

- Identificar as fontes de *stress* e intervir neste sentido, nomeadamente face à sintomatologia, tratamentos ou situações com estratégias e técnicas psicológicas que permitam reduzir os mesmos;

- Intervir na crise e mudanças de humor;

- Promover a expressão e elaboração de sentimentos e pensamentos;

- Favorecer a adaptação à doença, com promoção de estratégias de *coping* adaptativas e de treino de contingências;

- Potenciar a comunicação doente-família (para resolução de conflitos e reduzir as barreiras de comunicação);

- Desenvolver reestruturação cognitiva (de pensamentos distorcidos e crenças erróneas);

- Estabelecer objectivos reais, ajustáveis e realizáveis;

- Permitir a antecipação de possíveis situações para uma melhor decisão;

- Promover o sentido de vida e significado para cada situação nova;

- Trabalhar os medos e fobias;

- Planificar actividades de gratificação e de compensação (hierarquizando as mesmas);

- Proporcionar o processo de elaboração das diversas perdas inerentes ao processo de doença vivenciado;

- Promover a segurança, auto-estima, e auto-imagem mais positivas (Reverte, Gil, Toro, García, & Batiste, 2008; Demiris, Oliver, Washington, Fruehling, Haggarty-Robbins, Doorenbos, Wechkin, & Berry, 2010; Roletto, 2013);

- Potenciar o controlo da sintomatologia, nomeadamente da dor (Hudson, Remedios, & Thomas, 2010).

- Intervir na ansiedade decorrente, de uma consciencialização da finitude da vida;

- Trabalhar a angústia existencial, prevenindo-se a sedação paliativa para alívio do sofrimento psicológico;

- Facilitar a gestão e ajuste das expectativas e reacções perante a inquietação terminal e delírio normativas da fase final da vida, satisfazendo as suas necessidades (de informação, comunicação e apoio psicológico) (Golijani-Moghaddam, 2014).

Para além das competências já referidas, também na intervenção se destacou a psicoterapia de grupo. Uma investigação levada a cabo por Breitbart e colaboradores (2010) revelou a importância desta área, num estudo sobre a eficácia de psicoterapia de grupo centrada no significado. Esta estruturou-se em 8 sessões nas quais se trabalharam os temas relacionados com o significado do cancro numa fase avançada: (1) exploração dos conceitos e fontes de significado; (2) cancro e significado; (3)

fontes históricas do significado da vida – herança/passado; (4) fontes históricas do significado – herança/presente e futuro; (5) Origens da atitude face às limitações de vida; (6) origens fontes criativas de significado: criatividade e responsabilidade; (7) origens das experiências sensoriais; (8) rescisão: despedidas e esperança para o futuro. Por outras palavras, os objectivos estipulados passaram pela compreensão da relação e o impacto do cancro, no caso de significado e identidade, e colocando a própria vida num contexto histórico e pessoal (ou seja, a compreensão de uma “herança”). Comparativamente, efectuou-se num grupo psicoterapia de apoio com a mesma duração, com sessões focadas na discussão de questões que emergem dos pacientes, sobre como lidar com o cancro. Ambas as intervenções grupais obtiveram benefícios terapêuticos, enumerando-se: melhoria do bem-estar espiritual, maior sentido de significado, redução do sofrimento psicológico, melhorias modestas na desesperança, desejo de morte e de ansiedade.

Segundo Breitbart, *et al.*, (2010) a terapia a cognitivo-comportamental demonstra ser a melhor abordagem na intervenção com o doente paliativo deprimido.

Dos artigos incluídos nesta RSL alguns debruçaram-se sobre a eficácia da Terapia da Dignidade, no âmbito dos cuidados paliativos. Esta é uma psicoterapia breve única e individual, que foi desenvolvida com o objectivo de aliviar o sofrimento e melhorar a experiência de fim de vida. A validação obtida através de estudos empíricos, apontam para os benefícios da mesma, nomeadamente o facto dos pacientes a

terem considerado eficaz. Foi demonstrado que houve uma melhoria a nível da qualidade de vida, do sentido de dignidade; proporcionando também mudanças na família, melhoria na sintomatologia depressiva e questões de esperança. Comparativamente, existiu uma abordagem paralela designada de “Cuidado Centrado no Cliente” (*Client Centred Care*), sendo esta uma abordagem psicoterapêutica de suporte, em que o profissional de saúde orientou o paciente através de discussões com foco no “aqui e agora” e nos problemas, ou seja, os participantes foram questionados sobre a sua doença, sintomas associados, e estratégias utilizadas para lidar e tentar resolver a sua angústia (Chochinov, Kristjanson, Breitbart, McClement, Hack, Hassard, & Harlos, 2011; Chochinov, H. *et al.*, 2005).

Através da intervenção psicológica e tendo em conta as competências do psicólogo é possível cumprir um dos princípios básicos da filosofia dos cuidados paliativos, que é proporcionar qualidade de vida, principalmente nos momentos que precedem a terminalidade, tentando que seja desde o diagnóstico até o momento da morte (Oliveira, Santos, & Mastropietro, 2010).

Existem também barreiras que poderão condicionar o papel do psicólogo, nomeadamente a resistência por parte dos pacientes, se os mesmos consideram ou atribuem mais competências aos médicos e enfermeiros para a redução ou controlo da sintomatologia, mesmo que ansiogénica ou depressiva.

Intervenção com a família/cuidadores informais

Os familiares/cuidadores informais consideram o acompanhamento psicológico fundamental, nomeadamente em intervenções-chave como: na promoção da aceitação da morte iminente do doente e assumir o papel de intermediário, na gestão do fim de vida da pessoa (Vedel, Ghadi, Lapointe, Routelous, Aegerter, & Guirimand, 2014); na gestão de conflitos e resolução de problemas/dúvidas/anseios (Demiris, G. *et al.*, 2010) e no processo de luto (Kissane, McKenzie, Bloch; Moskowitz, McKenzie, O’Neill, 2006).

À semelhança do descrito, anteriormente, para a intervenção junto doente, também neste ponto se irá realizar uma listagem de todas as competências do psicólogo, encontradas nos estudos seleccionados, (Kissane, *et al.*, 2006; Demiris, *et al.*, 2010; Reverte, Gil, Toro, García, & Batiste, 2008; Roletto, 2013):

- Prevenir as barreiras da comunicação família/doente ou intervir junto das mesmas quando estas surgem (conspiração do silêncio ou dificuldades na comunicação);

- Permitir a expressão e diferenciação de emoções, sentimentos e pensamentos, com base em estratégias que permitam a sua validação, normalização e elaboração (reestruturação cognitiva);

- Prevenir e intervir na claudicação familiar-emocional;

- Reconhecer as causas de stress e intervir de forma a reduzir as mesmas, assim como na alteração de humor e sintomatologia de ansiedade;

- Facilitar o processo adaptativo, promovendo estratégias de *coping* e recursos internos adequados;

- Reforçar e validar o papel desempenhado pelos cuidadores como co-terapeutas, ao nível emocional;

- Ajustar expectativas à realidade; facilitar a aceitação da situação pelos familiares;

- Identificar e intervir nos medos;

- Aconselhar sobre a gestão emocional com menores e/ou pessoas com alguma dificuldade de compreensão;

Nesta revisão da literatura foram apontadas na intervenção psicológica com os cuidadores mais algumas vertentes ou problemáticas, nomeadamente:

- Na qualidade do sono;

- Na satisfação de necessidades, sendo que a psicoeducação se revelou uma estratégia positiva e significativa, com efeitos na preparação, competência, recompensa e reduzidas necessidades não satisfeitas;

- Na promoção de esperança. (Hudson, Remedios, & Thomas, 2010)

Segundo o estudo realizado por Demiris, G. et al. (2010), acerca de um estudo piloto, sobre A Intervenção em Resolução de Problemas para Cuidadores em *Hospice*, no mesmo é explorada uma intervenção psicoterapêutica focada na resolução de problemas (PSI).

A Intervenção focada em Resolução de Problemas (PSI) foca-se em princípios de mudança de comportamento derivados dum quadro

teórico. PSI aborda quatro capacidades/*skills*: (1) a definição e formulação de problemas, que envolve a recolha de dados e informações, articulando o problema em questão, clarificando-o, identificando o desafio, e estabelecendo metas realistas; (2) gerar estratégias alternativas; (3) a tomada de decisão; e (4) implementação da solução. A abordagem actual utilizada para aplicar o PSI é resumida pelo acrónimo ADAPT, que inclui as tarefas seguintes:

A= Atitude: sugere que, antes de se tentar resolver um problema, o indivíduo deve adoptar uma atitude positiva e optimista.

D= Definir: recomenda que os indivíduos definam o problema através da obtenção de factos relevantes, identificação de obstáculos, especificando metas realistas.

A= Alternativas: encorajar a produção de uma variedade de alternativas para a superação dos obstáculos identificados e atingir as metas.

P= Prever: pede aos indivíduos para prever tanto as consequências positivas como as negativas para cada alternativa e escolher aquela que providencie a maior probabilidade de alcançar a meta.

T= *Try Out*: instrui as pessoas a implementar a solução na vida real e monitorar seus efeitos.

PSI é uma breve intervenção cognitivo-comportamental estruturada, que ensina os indivíduos estratégias de *coping*, para resolução de problemas, no sentido de os ajudar a lidar com eventos negativos *major* da sua vida, bem como

os problemas diários que os deixam ansiosos ou deprimidos.

Um outro estudo analisado é convergente com as informações supracitadas, reforçando a importância da intervenção psicológica: Na facilitação do processo comunicacional doente/família e vice-versa; Em proporcionar ventilação e suporte emocional face à expressão de emoções e sentimentos associados aos diversos acontecimentos que causam bastante sofrimento, estando inerente a escuta activa e relação empática; Em facilitar a resolução de conflitos, despedidas (pedidos de desculpas, agradecimentos, etc.) e assuntos pendentes para que seja necessária uma preparação para o processo de morrer e elaboração da perda; Trabalhar os medos, inseguranças e sentimentos de culpa associados a este processo de doença (Schmidt, Gabarra, & Gonçalves, 2011).

Na análise realizada vários autores salientaram a importância da intervenção específica no processo de luto, com os cuidadores informais.

Numa das investigações sobre o processo de luto, concluiu-se que os factores cujos cuidadores informais/familiares, consideram ser importantes nesta questão são: as experiências enquanto cuidador (ex. o tempo de cuidado/qual a doença), o planejar com antecedência a assistência necessária, anterior contacto com a prestação de cuidados/com a morte e a preparação para o impacto (má notícia). As conclusões deste estudo evidenciaram a importância da comunicação por profissionais (equipa), informações e prognósticos

comunicados assertivamente gerando um menor grau de incerteza (Hebert, Schulz, Copeland, & Arnold, 2009).

A maioria dos estudos revela que o principal instrumento para gerir a incerteza é a comunicação, que inclui informação confiável centrada numa boa relação.

Kissane e colaboradores (2006) investigaram com várias famílias e doentes o impacto de uma intervenção focada no luto, através de uma abordagem sistémica. Esta intervenção visa prevenir as complicações de luto ao promover a melhoria do funcionamento da família, através da exploração da sua coesão, comunicação (de pensamentos e sentimentos), e gestão de conflitos. A história da doença e o luto associado são compartilhadas no processo. A terapia familiar focada no luto tem três fases: 1) avaliação (1 ou 2 sessões semanais) concentra-se na identificação de problemas e preocupações relevantes para a família/cuidadores e a elaboração de um plano para lidar com os mesmos, 2) intervenção (geralmente 2 a 4 sessões) concentra-se sobre as preocupações comuns, e 3) finalização (1 ou 2 sessões) consolida ganhos e enfrenta o final da terapia. A frequência e o número de sessões em cada fase são modificados atendendo às necessidades de cada família. Salientaram do funcionamento psicossocial em membros da família enlutada, especialmente os níveis de *stress*, depressão e ajustamento social, que são relevantes para avaliar/prevenir o luto complicado. Esta terapia sistémica revelou ser uma mais valia para família, tanto como forma de prevenção de luto complicado e/ou patológico, como instrumento para diminuir a hostilidade,

frustração, problemáticas familiares e gerir conflitos.

Para que se consiga eficazmente preparar o cuidador e familiares, os profissionais de saúde, nomeadamente, o psicólogo com formação específica (ter competências comunicacionais), devem conseguir numa fase inicial estabelecer uma relação empática e, acima de tudo, de confiança, fornecendo-lhes informação confiável para as suas incertezas, permitir o tempo e espaço que necessitam para que possam processar e assimilar a informação e completar tarefas importantes (Hebert, Schulz, Copeland, & Arnold, 2009).

III. Conclusões

A realização desta revisão da literatura, apesar de laboriosa, foi interessante e desafiadora. Deparamo-nos com poucos estudos desenvolvidos, recentemente, relacionados com o tema, resolvendo aumentar o horizonte temporal, para tentar enriquecer a nossa pesquisa.

Os estudos na sua generalidade, quanto aos resultados e conclusões são muitos similares, apesar de realizados em países diferentes.

Resumidamente, a intervenção do psicólogo clínico nos cuidados paliativos abrange as seguintes competências:

Antes do processo de doença: promoção da saúde, planeamento da assistência de antecedência, acções de sensibilização e programas de psicoeducação;

Após o diagnóstico: apoiar os pacientes e familiares, oferecer orientação/formação para os

profissionais, facilitar a comunicação profissional-paciente;

Durante a doença avançada/ processo de morte: desenvolvimento da intervenção psicossocial com os pacientes e famílias, através de intervenções que abordem: antecipação de eventuais reacções, questões existenciais e espirituais, perturbações psicológicas e psiquiátricas, dor e gestão de outros sintomas físicos, planeamento da assistência atempadamente, revisão de memórias, acontecimentos de vida e resolução de problemas, preocupações ou assuntos não resolvidos;

Luto: trabalhar as diversas perdas com o doente, identificar fatores de risco nos familiares pessoas enlutados e realizar terapia de luto (Golijani-Moghaddam, 2014).

Em síntese, pudemos apurar, relativamente ao papel do psicólogo em contexto de cuidados paliativos, especificamente com doentes e cuidadores informais:

- A importância do diagnóstico (antecipado) de sintomas psicopatológicos, assim como da intervenção psicoterapêutica. Como tal, os benefícios da existência de, pelo menos um psicólogo, na equipa de cuidados paliativos;

- Uma maior frequência de intervenções cognitivo-comportamentais, dada evidência científica demonstrada pelas mesmas;

- O dever de investir na formação específica dos psicólogos em cuidados paliativos. Tal como estabelecido em diferentes *guidelines*, mas também na proposta da revisão do programa

nacional de cuidados paliativos (2008-2016), da DGS: Os profissionais que se dedicam à prática de cuidados paliativos necessitam de uma preparação diferenciada nesta área. A formação especializada em cuidados paliativos exige, para além da diferenciação profissional adequada, formação teórica específica e experiência prática efectiva em cuidados paliativos. A formação avançada em CP corresponde a uma formação diferenciada mais alargada e aprofundada e a uma experiência prática efectiva e prolongada em Unidades de Cuidados Paliativos. A formação diferenciada na área dos CP é uma condição essencial e imprescindível para a qualidade e organização dos cuidados;

- A positiva contribuição da intervenção, do psicólogo, para a diminuição de sintomas negativos tanto no doente, como no cuidador, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do doente, prevenir *stresse* no cuidador e quadros posteriores de luto complicado e/ou patológico. Compreendendo que deste processo de interacção podem advir contributos terapêuticos positivos, para o doente e seus familiares, então esta é uma função (de psicólogo) de excelência, que deve, obrigatoriamente, fazer parte integrante duma equipa, de cuidados paliativos. O qual deve obter formação específica, aperfeiçoando os seus saberes, competências e habilidades.

Segundo a proposta da revisão do programa nacional de cuidados paliativos (2008-2016), da DGS: As Equipas Intra-hospitalares de Suporte e as Equipas Comunitárias de Cuidados Paliativos são equipas multidisciplinares

que incluem, no mínimo, as seguintes condições:

- 1) Um médico com formação diferenciada em cuidados paliativos
- 2) Um enfermeiro com formação diferenciada em cuidados paliativos
- 3) Apoio psiquiátrico / psicológico
- 4) Apoio de fisioterapia / fisioterapia
- 5) Apoio espiritual
- 6) Apoio social
- 7) Secretariado próprio

Percebemos também que será então importante que o psicólogo continue a desbravar caminho neste sentido, desmitificando o papel da psicologia neste contexto, com o apoio e colaboração da equipa (Vedel, Ghadi, Lapointe, Routelous, Aegerter, & Guirimand, 2014). Neste sentido, cada elemento tem a obrigação de definir junto do paciente quais as funções de cada área/ profissional na equipa multidisciplinar.

Na leitura dos artigos apercebemos que mencionaram a abordagem psico-oncológica como uma mais valia, tanto na preparação dos profissionais como uma área já desenvolvida, previamente, aos cuidados paliativos, que influenciou e alertou positivamente os psicólogos para algumas competências, que demonstraram ser úteis no contexto dos CP.

Tendo por base recomendações da APCP, podemos afirmar que os psicólogos são equiparados a qualquer outro profissional de saúde como é o caso do médico, por exemplo. A actuação e intervenção psicológica têm um grande impacto no doente/família em cuidados paliativos, importando reduzir o seu sofrimento emocional e permitir que a vida seja vivida intensamente (sejam semanas, meses ou anos), com

máxima qualidade de vida possível, com dignidade, aceitando a morte como uma etapa natural inerente ao ciclo de vida.

A quase totalidade dos estudos salientou a importância do apoio psicológico, subjacentes ao processo da doença advém outras problemáticas específicas e alterações, que esse mesmo acarreta (gerador de sofrimento emocional), são os sentimentos negativos (tristeza, medos, ansiedade, raiva, culpa, revolta, angústia) que podem ou não ser adaptativos numa situação de crise ou de mudança, requerendo ou não tanto de uma intervenção preventiva, como adaptativa. Dados avançados pelo IPOFG indicam que, um terço dos doentes desenvolve *distress* (sofrimento psicológico causado pela doença) de um nível elevado, justificando o recurso à intervenção psicológica.

Recomenda-se que existam mais investigações nesta área, principalmente em Portugal, deixando-se o desafio de pesquisa sobre a intervenção do psicólogo com crianças e adolescentes, em cuidados paliativos e/ou com os profissionais das próprias equipas.

Resta-nos ultimar com um quadro síntese (Quadro 1.), das áreas/aspectos de intervenção e competências mais mencionadas (nos artigos seleccionados) do psicólogo em cuidados paliativos. Esclarecendo que todos os artigos cumpriram os critérios, estudando sempre o doente, familiares/cuidadores informais e o psicólogo, no entanto na conclusão mencionavam sempre a relação e impacto do psicólogo na equipa, assim como, a necessidade/pertinência de formação específica, portanto considerámos pertinente incluir essa informação.

Quadro 1. Síntese das Áreas de intervenção e Competências do Psicólogo em Cuidados Paliativos

(Chochinov, *et al.*, 2005; Trancas, *et al.*, 2010; Melo, *et al.*, 2013; Roletto, 2013; Fan *et al.*, 2014)

<p>O Doente</p>	<ul style="list-style-type: none">- Guiar o processo de facilitação da tomada de decisão, de resolução de problemas, assuntos pendentes e promover as despedidas;- Potenciar a comunicação doente-família;- Identificar as fontes de stress e intervir neste sentido;- Intervir na crise e mudanças de humor;- Promover a expressão e elaboração de sentimentos e pensamentos;- Favorecer a adaptação à doença, com promoção de estratégias de <i>coping</i> adaptativas e treino de contingências;- Estabelecer objectivos reais, ajustáveis e realizáveis;- Trabalhar os medos e fobias;- Promover o sentido de vida e significado para cada situação nova;- Proporcionar o processo de elaboração das diversas perdas inerentes ao processo de doença vivenciado;- Potenciar o controlo da sintomatologia, nomeadamente da dor; <p>Alívio do sofrimento psicológico.</p>
<p>A Família</p>	<ul style="list-style-type: none">- Prevenir as barreiras da comunicação família/doente;- Permitir a expressão e diferenciação de emoções, sentimentos e pensamentos;- Reconhecer as causas de stress e intervir de forma a reduzir as mesmas, assim como na alteração de humor e sintomatologia ansiosa;- Facilitar o processo adaptativo, promovendo estratégias de <i>coping</i> e recursos internos adequados;- Reforçar e validar o papel desempenhado pelos cuidadores como co-terapeutas, ao nível emocional;- Ajustar expectativas à realidade; facilitar a aceitação da situação pelos familiares;- Identificar e intervir nos medos;

	- Aconselhar sobre a gestão emocional com menores e/ou pessoas com alguma dificuldade de compreensão.
A Equipa	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar em conjunto com outros profissionais de saúde para cuidar dos doentes (abordagem multidisciplinar): recolher informações e efectuar avaliações, consultar os membros da equipa adequados, assistir a discussões de casos clínicos, coordenar a aprovação de um plano de cuidados; - Formação/Educação específica ou a partilha de conhecimento; - O apoio emocional à restante equipa; - Promover a aceitação popular dos cuidados paliativos, dando palestras ou através de publicações; - Pesquisa/investigação na área dos cuidados paliativos.
Comunidade	- Promover a aceitação popular dos cuidados paliativos, dando palestras ou através de publicações.
Investigação	- Pesquisa/investigação na área dos cuidados paliativos.

Quadro 2. Revisões Sistemáticas dos Artigos Seleccionados

Título do Artigo	Intervenções	Outcomes/ Resultados
1. <i>Que papel para o psicólogo numa equipa de cuidados paliativos?</i>		
Autores Roletto, A.	O estudo qualitativo foi realizado com 6 Psicólogas qualificadas, apenas 1 sem formação em CP, no sentido de explorar/analisar a sua auto-percepção sobre funções/competências do psicólogo, em cuidados paliativos. Realizaram entrevista, com um guião com 5 questões, abertas, e posterior análise interpretativa dos resultados.	Revelaram-se 5 temas principais, que representam as 5 questões colocadas nas entrevistas e que genericamente se referem a: 1- Funções e tarefas do psicólogo na equipa de Cuidados Paliativos; 2 – Contributos exclusivos do psicólogo para a equipa de Cuidados Paliativos; 3- Dificuldades sentidas pelo psicólogo para trabalhar em Cuidados Paliativos; 4- Necessidades de formação do psicólogo para intervir em Cuidados Paliativos e, 5 – Áreas de formação consideradas necessárias para o psicólogo intervir em Cuidados Paliativos. As principais áreas mencionadas foram: O doente e a família (os mais abordados), a equipa, a comunidade e a investigação.
Referência Tese de Mestrado		
Ano / País 2013 /Portugal		
Participantes 6 Psicólogas		
Desenho do Estudo Qualitativo		
Limitações do Estudo Não referidas		
Comparações Não referidas		
2. <i>Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life</i>		
	Estudo quantitativo comparativo, doentes foram testados pré e	Verificou-se um aumento da sensação de dignidade, do sentido e significado da vida, diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos.

Autores	Chochinov, H. et al.	pós-intervenção da Terapia da Dignidade.
Referência	<i>Journal of clinical oncology</i> , 23(24), 5520-5525.	
Ano / País	2005/ Canadá e Austrália	
Participantes	100 Doentes terminais, com capacidades cognitivas	
Desenho do Estudo	Quantitativa/Entrevistas semi-estruturadas/	
Limitações do Estudo	Não Referidas	
Comparações	Análise comparativa pré e pós intervenção	
3. Family Focused Grief Therapy: A Randomized, Controlled Trial in Palliative Care and Bereavement		
Autores	Kissane, D. et al.	
Referência	<i>American Journal of Psychiatry</i> , 163(7), 1208-1218.	
Ano / País	2006/ Austrália	
Participantes	Grupo Controlo: 130 indivíduos em 28 famílias; Grupo Terapêutico: 232 indivíduos em 53 famílias.	Estudo quantitativo, compararam um grupo de controlo com outro em que interviram com Terapia focada no Luto
Desenho do Estudo	Quantitativa/Entrevistas semi-estruturadas	Verificou-se potencial nesta intervenção para prevenir o desenvolvimento de luto complicado e/ou patológico, tanto em intermediários como em familiares directos e que o cuidar é essencial para evitar o aumento de conflito em famílias hostis e não-hostis.
Limitações do Estudo	Não Referidas	
Comparações	Análise comparativa entre Grupo Controlo/Terapêutico	

4. A problem solving intervention for hospice caregivers: A pilot study		O estudo quantitativo foi realizado com 29 familiares, no contexto de cuidados paliativos. Desenvolveram um estudo piloto, sobre a Intervenção em Resolução de Problemas para Cuidadores em Hospice, no mesmo é explorada uma intervenção psicoterapêutica focada na resolução de problemas (PSI) e a sua eficácia, junto dos mesmos.	Depois da intervenção os cuidadores revelaram níveis inferiores de ansiedade, melhoria das capacidades de resolução de problemas e redução do impacto negativo de ser cuidador.
Autores	Demiris, G. et al.		
Referência	<i>Journal of palliative medicine</i> , 13(8), 1005-1011.		
Ano / País	2010/ EUA		
Participantes	29 Familiares/ cuidadores informais		
Desenho do Estudo	Quantitativa/Entrevistas semi-estruturadas		
Limitações do Estudo	Não referidas		
Comparações	Análise comparativa pré e pós-intervenção		
5. A intervenção psicológica em cuidados paliativos		Revisão da literatura específica no contexto da produção do conhecimento nos últimos 11 anos e tem como objetivo analisar os referenciais teóricos e as técnicas utilizadas por psicólogos no atendimento a adultos em CP, inclusive a pacientes terminais e seus familiares/ cuidadores. Investigou-se o conceito, características e contextos que oferecem CP, bem como as intervenções psicológicas realizadas.	A análise permitiu observar que o psicólogo realiza intervenções relevantes em CP, considerando a intensidade do sofrimento que os pacientes e familiares/cuidadores apresentam nessa fase da doença, com a proximidade da morte. Contudo, a carência de publicações na área da psicologia serve de alerta para a inclusão dos CP na formação destes profissionais, pois, de um total de 149 referências encontradas, apenas 21 abordaram a intervenção psicológica em CP.
Autores	Melo, C., Valero, F., & Menezes, M.		
Referência	<i>Psicologia, Saúde & Doenças</i> , 14(3), 452-469.		
Ano / País	2013 /Brasil		
Participantes	Interacção/Intervenção Psicólogos-doentes		
Desenho do Estudo	Revisão Sistemática da Literatura		
Limitações do Estudo	Dificuldades na pesquisa/poucos estudos		
Comparações	Não referidas		
6. Depressão no doente oncológico: Considerações diagnósticas e terapêuticas		Os autores efectuam uma revisão centrada no rastreio e avaliação da depressão clínica em doentes com doença oncológica/ terminal (factores de risco, instrumentos e estratégias) e no seu tratamento (psicoterapia, farmacoterapia e prestação de cuidados). Revisão não sistemática da	Têm sido isolados factores de risco para o aumento da probabilidade de depressão em contexto oncológico, o que pode, aliado a uma estratégia de rastreio, porventura utilizando instrumentos validados como a <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS), permitir aumentar a capacidade de detecção de casos. A revisão das opções terapêuticas mostra que estas devem ser personalizadas e baseadas numa intervenção multidisciplinar, psicofarmacológica e psicoterapêutica, ainda que não recolham para já a melhor evidência baseada em ensaios clínicos aleatorizados. Sublinha-se a necessidade dos técnicos de saúde disporem de tempo para o doente, o que maximiza a sua capacidade de detecção da depressão clínica e subsequente tratamento e permite estabelecer uma relação compreensiva e empática, validando a existência e o sofrimento do doente.
Autores	Trancas, B. et al.		
Referência	<i>Acta Médica Portuguesa</i> , 23(6), 1101-12.		
Ano / País	2010 /Portugal		
Participantes	Relação, diagnóstico, intervenção: Psicólogos-doentes		
Desenho do Estudo	Revisão não Sistemática da Literatura		

Limitações do Estudo	Não referidas	literatura. A pesquisa foi efectuada na base de dados <i>Pubmed</i> utilizando as seguintes palavras chave no campo <i>title/abstract: cancer, oncology, depression, psychiatry, morbidity, screening, treatment, psychotherapy, psychiatric status rating scales</i> , sem restrição temporal. Incluíram-se artigos redigidos em Português, Inglês ou Castelhana. Foram ainda pesquisadas e incluídas fontes bibliográficas citadas nos artigos encontrados.
Comparações	Não referidas	

7. Psychosocial Care and the Role of Clinical Psychologists in Palliative Care		
Autores	Fan, S. Y., Lin, W. C., & Lin, I. M.	
Referência	<i>American Journal of Hospice and Palliative Medicine</i> , 1-8.	
Ano / País	2014 / Taiwan	O estudo qualitativo foi realizado com 9 Psicólogos
Participantes	9 Psicólogos, 2 homens e 7 mulheres, 5 inseridos numa equipa de CP e 4 numa equipa intra-hospitalar e também domiciliários de saúde mental	qualificadas, no sentido de explorar/analisar a sua auto-percepção sobre funções/competências do psicólogo, assim como as suas dificuldades em cuidados paliativos. Realizaram entrevistas semi-estruturadas, um <i>focus group</i> em que só participaram 4 e posterior análise interpretativa dos resultados.
Desenho do Estudo	Qualitativo de 2-estádios, foi conduzido com recurso a entrevistas semi-estruturadas e um <i>focus group</i>	
Limitações do Estudo	Primeira limitação é a de o estudo apenas se referir ao que vai sendo desenvolvido em Taiwan, sendo difícil generalizar para outros países. Segunda apenas foi explorada a experiência no geral, havendo vários assuntos específicos a serem investigados.	Foram identificadas os seguintes quatro temas principais: (1) se os psicólogos na sua essência, como cuidadores demonstrariam naturalmente carinho e companhia; (2) o processo de dinâmico incluía avaliação psicológica, intervenção e avaliação, com base em conhecimento psicológico; (3) que precisavam modificar o cuidar usando um quadro integrador, estabelecendo metas concretas e usando técnicas com flexibilidade; e (4) que enfrentaram desafios externos e internos neste domínio. No conteúdo das respostas, os aspectos mais focados relacionam-se com o doente e a família. Concluíram que são necessários programas de formação específicos para os psicólogos clínicos, em cuidados paliativos. Os programas de educação devem abranger as competências centrais de psicólogos clínicos nos cuidados em fim de vida, incluindo as noções básicas de cuidados paliativos, avaliação psicológica, psicoterapia, supervisão e apoio na equipa, a sensibilidade cultural, ética, auto-conhecimento e auto-reflexão. que os Psicólogos clínicos têm contribuições benéficas, neste contexto, reforçando que têm de modelar o cuidado psicossocial com base nas necessidades e situações clínicas dos pacientes.
Comparações	Não referidas	

<p>8. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial</p>		<p>Os pacientes com cancro avançado (N590), foram aleatoriamente designados para MCGP (Psicoterapia de grupo centrada no significado) ou uma psicoterapia de grupo de apoio (PEC). Os pacientes foram avaliados antes e após a conclusão da intervenção de 8 semanas, e novamente dois meses após a conclusão. Avaliação de resultados incluíram medidas de bem-estar espiritual, ou seja, falta de esperança, desejo de morte, o otimismo / pessimismo, ansiedade, depressão e qualidade de vida global.</p>	<p>MCGP resultou em melhorias significativamente maiores em bem-estar espiritual e um sentido de significado. Ganhos do tratamento foram ainda mais substanciais (com base em estimativas tamanho do efeito) na segunda avaliação de acompanhamento. Melhorias na ansiedade e desejo de morte também foram significativas (e aumentando ao longo do tempo). Não houve melhoria significativa em qualquer uma destas variáveis para os pacientes que participaram do PEC.</p>
Autores	Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., & Olden, M.		
Referência	Psycho-Oncology, 19, 21–28		
Ano / País	2010/EUA		
Participantes	590 Doentes oncológicos paliativos		
Desenho do Estudo	Quantitativa (com base da avaliação do programa)		
Limitações do Estudo	Não referidas		
Comparações	MCGP ou uma psicoterapia de grupo de apoio (PEC) Avaliação pré e pós intervenção		
<p>9. The effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial</p>		<p>A Terapia de Dignidade é uma psicoterapia breve que fornece aos pacientes em fim de vida oportunidade de falar sobre as coisas mais importantes para eles. Essas conversas são gravadas e formam a base de um documento, que os pacientes podem legar às pessoas que escolherem. Cliente Centrado Care é uma abordagem psicoterapêutica de suporte, em que terapeutas orientam os pacientes através de discussões com foco em questões aqui e agora.</p>	<p>As medidas de resultados primários incluíram a FACIT Spiritual Well-Being Scale, Inventory Dignidade, Hospital Anxiety and Depression Scale; itens da Entrevista Estruturada para sintomas e preocupações do paciente, a Escala de Qualidade de Vida e Edmonton Symptom Assessment Scale modificado Os desfechos secundários, examinando o auto-relato de fim de vida experiência, consistiu uma pesquisa de pós-estudo administrada em todos os braços do estudo.</p> <p>Sem diferenças significativas entre os braços do estudo, entre as medidas de resultado primário do estudo de angústia pré e pós, foram encontradas. No entanto, sobre os desfechos secundários, compostos da pesquisa de estudo de pós, os pacientes relataram que a Terapia da Dignidade foi mais útil, melhora a qualidade de vida, o sentido da dignidade; muda a forma como a sua família vê e apreciá-las e ser útil para sua família.</p>
Autores	Chochinov, H., Kristjanson, L., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T., Hassard, T., & Harlos, M.		
Referência	Lancet Oncol, 12 (8), 753–762		
Ano / País	2011/ Canadá, EUA e Austrália		
Participantes	Pacientes do hospital ou apoio domiciliário		
Desenho do Estudo	Entre grupo que beneficiou de Terapia da Dignidade e outro grupo de <i>Client Centred Care</i>		
Limitações do Estudo	Não Referidas		
Comparações	Não Referidas		

<p>10. Practitioner psychologists in palliative care: Past, present, and future directions</p>		<p>Este artigo analisa o papel (e potenciais papéis) de psicólogos para os cuidados paliativos. Consideração do papel psicólogo está situado dentro de uma análise do contexto atual e histórico dos cuidados paliativos - permitindo algumas sugestões para o futuro: desenvolvimento de papéis e previsões mais amplas.</p>	<p>Apesar da centralidade de apoio psicológico para o ethos de cuidados paliativos, os psicólogos têm historicamente teve pouca participação (ou influência sobre) a sua entrega. Orientação política recente em cuidados paliativos reconhece explicitamente as competências específicas dos psicólogos de aconselhamento, e identifica formas em que podem contribuir para o cuidado paliativo multidisciplinar, em todos os níveis de necessidade psicológica para os moribundos e seus cuidadores em contextos de cuidados paliativos, hospitalares e comunitários.</p>
Autores	Golijani-Moghaddam, N.		
Referência	Counselling Psychology Review, 29 (1), 29-40.		
Ano / País	2014/ UK		
Participantes	Não tem		
Desenho do Estudo	Qualitativa: análise de publicações		
Limitações do Estudo	Não referidas		
Comparações	Passado, presente e futuro do papel do psicólogo		
<p>11. Preparing family caregivers for death and bereavement - Insights from caregivers of terminally ill patients</p>		<p>Entrevistas e focus grupo com os cuidadores para determinar os fatores que os cuidadores familiares acreditam são importantes para a preparação para a morte e luto. E posteriormente realizou-se essa preparação através de uma boa comunicação.</p>	<p>Fatores importantes para a preparação para a morte são: experiências de vida, incerteza, comunicação e preparação que emergiu. Os profissionais de saúde, o paciente e outros familiares, e o cuidador foram a principal forma de gerenciar incerteza e se preparar para a morte e luto.</p> <p>A fim de preparar melhor a família cuidadores para a morte de um ente querido, os prestadores de cuidados de saúde devem desenvolver uma relação de confiança com os cuidadores, fornecer-lhes informação confiável sob medida para as suas incertezas, e permitir tempo para os cuidadores para processar a informação e completar tarefas importantes.</p>
Autores	Hebert, R., Schulz, R., Copeland, V., & Arnold, R.		
Referência	Pain and Symptom Management, 37 (1), 3-12		
Ano / País	2009/ USA		
Participantes	33 cuidadores familiares enlutados (ou atuais) de pacientes terminais		
Desenho do Estudo	Metodologia qualitativa: entrevistas etnográficas e focus group		
Limitações do Estudo	Não referidas		
Comparações	Não referidas		
<p>12. A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients</p>		<p>Foi feita uma revisão sistemática para identificar desenvolvimentos em apoio ao cuidador / familiar que ocorreu ao longo da última década. O foco da análise foi sobre as intervenções que visavam melhorias no apoio psicossocial de cuidadores familiares</p>	<p>Um total de catorze estudos preencheram os critérios de inclusão. O foco das intervenções incluíram a psicoeducação, apoio psicossocial, cuidador de enfrentamento, sintoma de gestão, promoção do sono e reuniões familiares. Cinco estudos foram randomizados controlados, dos quais três preencheram os critérios para as provas da mais alta qualidade. Havia dois estudos prospectivos, cinco pré-teste / projetos pós-teste e dois estudos qualitativos.</p>
Autores	Hudson, P., Remedios, C., & Thomas, K.		
Referência	BMC Palliative Care, 9 (17), 1-6		
Ano / País	2010/ UK		

		de pacientes de cuidados paliativos. Os estudos foram classificados para avaliar a sua qualidade.	
Participantes	14 estudos		
Desenho do Estudo	Revisão sistemática		
Limitações do Estudo	Não referidas		
Comparações	Não referidas		
13. Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners			
Autores	Mannix, K., Blackburn, I., Garland, A., Gracie, J., Moorey, S., Reid, B., Standart, S., & Scott, J.		
Referência	Palliative Medicine, 20, 579-584	Ensino de competências de terapia cognitivo-comportamental aos profissionais e interação entre os profissionais de saúde e pacientes	
Ano / País	2006/UK		
Participantes	20 Profissionais de cuidados paliativos		Profissionais de cuidados paliativos podem ser treinados em técnicas de TCC por um curso de formação e de apoio, supervisão de desenvolvimento de habilidades. Essas habilidades são compatíveis com diretrizes nacionais para prestação de apoio psicológico para pacientes em todos os estádios avançados do cancro, não substituindo a intervenção psicológica feita pelo psicólogo.
	Pacientes de cuidados paliativos		
Desenho do Estudo	Quantitativo: análise estatística		
Limitações do Estudo	Não referidas		
Comparações	Profissionais com supervisão ao longo da formação versus quem não teve qualquer supervisão		
14. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida			
Autores	Oliveira, E., Santos, M., & Mastropietro, A.	O corpus do trabalho foi constituído pelo material clínico sistematizado a partir das intervenções psicológicas ocorridas no período de dois anos (2001-2003).	
Referência	Psicologia em Estudo, 15 (2), 235-244		
Ano / País	2010/ Brasil		
Participantes	1 Paciente paliativo 1 Psicólogo		Procurou-se compreender as fases do luto vivenciadas pelo paciente e a construção de possibilidades de intervenção psicológica na proximidade da morte. A possibilidade de acompanhar todas as etapas do adoecer, culminando com o momento da morte, configurou-se como uma experiência única e transformadora tanto para o paciente como para a psicóloga que o assistiu em sua despedida.
Desenho do Estudo	Estudo de caso		
Limitações do Estudo	Não referidas		
Comparações	Não referidas		

<p>15. Intervención psicológica en Cuidados Paliativos – Análisis de los servicios prestados en España</p>			
Autores	Reverte, M., Gil, J., Toro, L., García, J., & Batiste, X.	<p>Elaboração de um questionário que foi enviado para cada equipa de cuidados paliativos de Espanha, efetuando posteriormente a análise das respostas da equipa</p>	<p>Apurou-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 102 equipas têm psicólogo nas equipas. - Maior parte desenvolve atividade em equipas domiciliárias. - 46% dedicam-se em pleno à ECP. - O foco principal de atuação é com os doentes e familiares. - 80% refere fazer serviço de acessória da sua equipa e 45% presta apoio para prevenir burnout. - 62% exerce como docente e 37% colabora em investigações.
Referência	Medicina Paliativa, 15 (1), 39-44		
Ano / País	2008/ Espanha		
Participantes			
Desenho do Estudo	Estudo observacional e descritivo		
Limitações do Estudo	Não referidas		
Comparações	Não referidas		
<p>16. Symptom prevalence, severity and palliative care needs assessment using the Palliative Outcome Scale: a cross-sectional study of patients with Parkinson's disease and related neurological conditions</p>			
Autores	Saleem, T., Higginson, I., Chaudhuri, K., Martin, A., Burman, R., & Leigh, P.	<p>Um estudo transversal usando uma ferramenta de avaliação de cuidados paliativos, a Escala de Outcome Paliativos, que foi administrada a doentes.</p>	<p>Os pacientes relataram uma média de 10,7 sintomas físicos. Mais de 80% tinham dor, fadiga, sonolência dia de tempo e problemas com a mobilidade.</p> <p>Outros sintomas em 50% -80% incluído constipação, perda de controle da bexiga, dificuldade para engolir, salivação e falta de ar. Os sintomas classificados como causando problemas graves foram: dor, fadiga, constipação e babando. Avaliação da disposição revelada 70% dos pacientes sentiram ansiedade e 60% se sentiu deprimido. Oito e cinco por cento sentiram que suas famílias estavam ansiosos ou preocupados com eles.</p> <p>38% teria gostado mais informações e 42% tiveram problemas práticos que ainda precisavam ser abordadas. Os resultados médios obtidos na Escala foi de 13,6 (desvio padrão = 6,1), o que sugere necessidades de cuidados paliativos moderados.</p>
Referência	Palliative Medicine, 27 (8), 722 –731		
Ano / País	2012/ UK		
Participantes	88 pacientes com Parkinson		
Desenho do Estudo	Estudo transversal		
Limitações do Estudo	Não referidas		
Comparações	Não referidas		
<p>17. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência</p>			
Autores	Schmidt, B., Gabarra, L., & Gonçalves, J.	<p>Utilizou-se relato de experiência profissional através de um estudo de caso.</p>	<p>Os resultados evidenciaram reconfiguração das relações familiares nos diferentes papéis e funções, na perspectiva de maior autonomia. O ritual de despedida constituiu-se em vivência possibilitadora de mudanças e resgates das relações familiares, bem como de elaboração do processo de luto, tanto para o sujeito doente e família quanto para a equipa de saúde.</p>
Referência	Paidéia, 21 (50), 423-430		
Ano / País	2011/ Brasil		
Participantes	Paciente e doente paliativo		

Desenho do Estudo	Metodologia qualitativa: estudo de caso.		
Limitações do Estudo	Não referidas		
Comparações	Não referidas		
18. Patients', family caregivers', and professionals' perspectives on quality of palliative care: a qualitative study			
Autores	Vedel, I., Ghadi, V., Lapointe, L., Routelous, C., Aegerter, P., & Guirmand, F.		
Referência	Palliative Medicine, 28 (9), 1128 –11382014/ França		
Ano / País			
Participantes	61 pessoas (pacientes, familiares, profissionais de saúde gestores)	Entrevistas semi-estruturadas aos participantes de diversas tipologias: 2 UCP 1 Hospice 3 Equipas de apoio ao domicílio	Quatro principais dimensões da qualidade do atendimento são consideradas críticas pelos pacientes, suas famílias e profissionais, abrangeram: apoio para os próprios, gestão clínica, o envolvimento das famílias e cuidar da pessoa numa fase iminente de morrer ou da morte. Existem diferenças entre as várias partes interessadas sobre a percepção de algumas dimensões da qualidade do atendimento. Caminhos para melhorar qualidade atual de indicadores de saúde são identificados.
Desenho do Estudo	Estudo qualitativo transversal		
Limitações do Estudo	Não referidas		
Comparações	Não referidas		

IV. Referências Bibliográficas

- Ablett, J. R., & Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, 16(8), 733-740.
- Alves, M. L. S. D. (2010). Sofrimento do doente oncológico com necessidade de cuidados paliativos ea sobrecarga do cuidador informal.
- American Psychological Association – APA (2005). *The role of psychology in end-of-life decisions and quality of care*. Retirado a 06/0/2014 de <http://www.apa.org/research/action/end.aspx>
- APCP. Grupo de Psicologia. Acedido a 06/07/2014 em <http://www.apcp.com.pt/associacao/grupo-psicologia.html>.
- Barbero, J. (2008) Psicólogos en cuidados paliativos: La sinrazón de un olvido. *Psicooncología*, 5 (1), 179-191.
- Bayés, R. (2000). Algunas aportaciones de la psicología del tiempo a los cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 7 (3), 101-105.
- Bayés, R. (2005). Psicología y cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 8-10.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., & Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19, 21–28.
- British Psychological Society (2008). *The Role of Psychology in End of Life Care – Report*.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of clinical oncology*, 23(24), 5520-5525.
- Chochinov, H., Kristjanson, L., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). The effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*, 12 (8), 753–762.
- Demiris, G., Parker Oliver, D., Washington, K., Fruehling, L. T., Haggarty-Robbins, D., Doorenbos, A., & Berry, D. (2010). A problem solving intervention for hospice caregivers: A pilot study. *Journal of palliative medicine*, 13(8), 1005-1011.
- Direção Geral de Saúde (DGS) - Programa Nacional de Cuidados Paliativos - Circular Normativa n.º 14/DGCG 13/07/2004.
- Direção Geral de Saúde (DGS) – Proposta de Revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2008-2016) - 13/07/2004.

- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*.
- Elias, A., Giglio, J., Pimenta, C., & El-Dash, L. (2007). Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica “relaxamento, imagens mentais e espiritualidade” (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. *Rev. Psiq. Clín.*, 34 (1), 60-72.
- European Association for Palliative Care - EAPC (2014). Guia para la formación de postgrado de psicólogos que intervienen en cuidados paliativos. Retirado a 06/0/2014 de <http://www.eapcnet.eu/Corporate/EAPCdocsinotherlanguages/tabid/1958/ArticleId/464/Default.aspx>
- Fan, S. Y., Lin, W. C., & Lin, I. M. (2014). Psychosocial Care and the Role of Clinical Psychologists in Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 1-8.
- Ferreira, A., Lopes, L., & Melo, M. (2011). O papel do psicólogo na equipe em cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14 (2), 85-98.
- Garrido, M. M., Penrod, J. D., & Prigerson, H. G. (2014). Unmet Need for Mental Health Care Among Veterans Receiving Palliative Care: Assessment is Not Enough. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (6), 540-544.
- Golijani-Moghaddam, N. (2014). Practitioner psychologists in palliative care: Past, present, and future directions. *Counselling Psychology Review*, 29 (1), 29-40.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos (2008). Guías de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC
- Hallford et al (2011). Intervention for depression among palliative care patients and their families: A study protocol for evaluation of a training program for professional care staff. *BMC Palliative Care*, 10 (11), 1-6.
- Hebert, R., Schulz, R., Copeland, V., & Arnold, R. (2009). Preparing family caregivers for death and bereavement - Insights from caregivers of terminally ill patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37 (1), 3-12.
- Hudson, P., Remedios, C., & Thomas, K. (2010). A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. *BMC Palliative Care*, 9 (17), 1-6.
- Hudson, R. (2014). Palliative care for the older person: cloak or cover-up? *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 26 (2-3), 186-200.
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. (Consultado a 20 Out. 2014) Disponível em: <http://www.ipolisboa.min-saude.pt/Default.aspx?Tag=DOSSIER&DossierId=53>

- Jünger, S., Payne, S., Costantini, A., Kalus, C., & Werth, J. L. (2010). EAPC task force on education for psychologists in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 17(2), 84-87.
- Junta Directiva de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (2011). Guía para la formación de postgrado de psicólogos que intervienen en cuidados paliativos [Traduzido da] *European Journal of Palliative Care*, 18 (5), 238-252.
- Kissane, D., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D., & O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163 (7), 1208-1218.
- Kovács, M. J. (2007). Espiritualidade e psicologia-cuidados compartilhados. *O mundo da saúde*, 31 (2), 246-255.
- Lei de Base dos Cuidados paliativos - Lei n.º 52/2012 (Acedida em 20 Out. 2014) em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf>
- Mannix, K., Blackburn, I., Garland, A., Gracie, J., Moorey, S., Reid, B., Standart, S., & Scott, J. (2006). Effectiveness of brief training in cognitive behavior therapy techniques for palliative care practitioners. *Palliative Medicine*, 20, 579-584.
- Martínez, E. & Barreto, M. P. (2002). Cuidados paliativos a la persona en la fase final de la vida. In M. R. Durá (Coord), *Territórios da Psicologia Oncológica*, 527-545.
- Melo, A. C. D., Valero, F. F., & Menezes, M. (2013). A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(3), 452-469.
- Oliveira, E., Santos, M., & Mastropietro, A. (2010). Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. *Psicologia em Estudo*, 15 (2), 235-244.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP). (2011). Evidência Científica sobre Custo-Efectividade de Intervenções Psicológicas em Cuidados de Saúde. (Consultado a 20 de Out. 2014) Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efectividad_de_intervencao_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2012). Contributos da ordem dos Psicólogos integrados na nova lei de bases dos cuidados paliativos. *PSIS21*, 4,11-12.
- Payne, S., & Haines, R. (2002). Doing our bit to ease the pain. *The Psychologist*, 15 (11), 564-567.
- Porto, G., & Lustosa, M. L. (2010). Psicologia hospitalar e CP. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13 (1), 76-93.
- Rasmussen, K. G., & Richardson, J. W. (2010). Electroconvulsive therapy in palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 1049909110390203.
- Rayner, L., Price, A., Hotopf, M., & Higginson, I. J. (2011). The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *European Journal of Cancer*, 47(5), 702-712.

- Reverte, M., Gil, J., Toro, L., García, J., & Batiste, X. (2008). Intervención psicológica en cuidados paliativos – Análisis de los servicios prestados en Espanha. *Medicina Paliativa*, 15 (1), 39-44.
- Roletto, A. S. P. D. S. (2013). Que papel para o psicólogo numa equipa de cuidados paliativos?. Retirado a 06/07/2014 de <http://hdl.handle.net/10451/11272>
- Rosenfeld et al (2011). Assessing hopelessness in terminally ill cancer patients: development of the hopelessness assessment in illness questionnaire. *Psychol Assess.*, 23 (2), 325–336.
- Saleem, T., Higginson, I., Chaudhuri, K., Martin, A., Burman, R., & Leigh, P. (2012). Symptom prevalence, severity and palliative care needs assessment using the Palliative Outcome Scale: a cross-sectional study of patients with Parkinson's disease and related neurological conditions. *Palliative Medicine*, 27 (8), 722 –731.
- Schmidt, B., Gabarra, L., & Gonçalves, J. (2011). Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. *Paidéia*, 21 (50), 423-430.
- Schofield, P., Carey, M., Love, A., Nehill, C., & Wein, S. (2006). ‘Would you like to talk about your future treatment options?’ discussing the transition from curative cancer treatment to palliative care. *Palliative medicine*, 20(4), 397-406.
- Thekkumpurath, P., Venkateswaran, C., Kumar, M., & Bennett, M. (2008). Screening for psychological distress in palliative care: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36 (5), 520-528.
- Tjasink, M. (2010). Art psychotherapy in medical oncology: a search for meaning. *International Journal of Art Therapy: Formerly Inscape*, 15 (2), 75-83.
- Trancas, B., Cardoso, G., Luengo, A., Vieira, C., & Reis, D. (2010). Depressão no doente oncológico: considerações diagnósticas e terapêuticas. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1101-12.
- Vedel, I., Ghadi, V., Lapointe, L., Routelous, C., Aegerter, P., & Guirimand, F. (2014). Patients', family caregivers', and professionals' perspectives on quality of palliative care: a qualitative study. *Palliative Medicine*, 28 (9), 1128 –1138.
- Vissers, K., Brand, M., Jacobs, J., Groot, M., Veldhoven, C., Verhagen, C., Hasselaar, J., & Engels, Y. (2012). Palliative medicine update: a multidisciplinary approach. *Pain Practice*, 13 (7), 576–588.
- Werth, J. L., Gordon, J. R., & Johnson, R. R. (2002). Psychosocial issues near the end of life. *Aging & mental health*, 6 (4), 402-412.
- Williams, S., & Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *British Journal of Cancer*, 94(3), 372-390.
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., Graham Skirko, M., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., & Clinch, J. J. (2007). Depression and Anxiety Disorders in Palliative Cancer

Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2), 118-129. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2006.07.016

Wilson, K. G., Graham, I. D., Viola, R. A., Chater, S., de Faye, B. J., Weaver, L. A., & Lachance, J. A. (2004). Structured interview assessment of symptoms and concerns in palliative care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 350-358.

Wrubel, J., Acree, M., Goodman, S., & Folkman, S. (2009). End of living: maintaining a lifeworld during terminal illness. *Psychology and Health*, 24 (10), 1229–1243.

Apêndice C - Proposta de um protocolo Intervenção no Processo de Luto para uma equipa EIHSCP

1. Registrar no processo do doente informações sobre a avaliação do cuidador ou de outros familiares, quando se deteta as pessoas em risco de apresentar dificuldades no processo de luto.
2. Quando identificadas, iniciar-se a intervenção psicológica específica que promova o processo de luto normativo.
3. Prever a situação de agonia e ajudar a família a encontrar estratégias de coping que permitam enfrentar o processo de forma confortável e segura.
4. Continuar o acompanhamento do doente, permitindo um processo de morte o mais tranquilo possível.
5. Após o falecimento do doente ou aquando ocorrer um agravamento da situação clínica, registar informações sobre o doente e a família no protocolo próprio com dados para a elaboração da carta de condolências.
6. Continuar o acompanhamento dos cuidadores, quando se considerar necessário ou solicitados pelos familiares.
7. Após duas semanas, enviar a carta de condolências à família (modelo da carta de condolências).
8. Contactar novamente a família, telefonicamente na 4ª semana após a morte (modelo da entrevista telefónica), para se detetar casos de alto risco para o desenvolvimento de luto complicado, disponibilizar o apoio da equipa e averiguar como estão a lidar com a situação, de forma a apoiar e permitir que expressem a sua vivência do momento de perda, funcionando com instrumento de catarse.
9. Referenciar para os casos identificados para apoio psicológico.
10. Em datas comemorativas (por exemplo aniversário da morte), estabelecer o contacto com a família, por cartão (modelo do cartão), para auxiliá-los no momento de exaltação do sofrimento da perda.

Modelo da Carta de Condolências

(adaptação de Gutiérrez, Angulo, Sayas, Ávalos, & Llana, 2012)

Equipa IntraHospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos
do Hospital ...

Cidade, 27 de fevereiro de 2013

Queridos Rosa e Alberto, irmãos de Cristina e restante família:

Faz um mês que Cristina já não está entre nós. É nestes momentos que se torna difícil a sua ausência, queremos expressar a nossa proximidade e condolências.

Recordamos a Cristina com uma pessoa honesta na palavra e expressão. Nós sempre soubemos quais eram os momentos em que queria abrir-se connosco ou quais eram aqueles que preferia conviver em silêncio, exercendo a sua liberdade.

Certamente foi um processo muito longo, e assim muito duro para todos, tal como duro pode ser atualmente o vosso desassossego.

Cada um de vós tem contribuindo, à sua maneira, o que a Cristina necessitava. As demonstrações de carinho entre os irmãos e a presença forte e ativa no cuidado de Rosa e Alberto permitiram que nunca permitir a perda de dignidade. A união, integridade e discrição de toda a família, sem perder a sensibilidade, foi um exemplo para todos nós e queremos também ser úteis daqui para a frente.

Para nós a experiência de acompanhar a Cris foi muito importante e por esse motivo, desde a equipa de Hematologia queremos enviar o melhor dos nossos abraços e estamos à vossa disposição. A experiência do luto é extremamente difícil e mais ainda pela juventude e beleza de uma pessoa tão especial como a Cristina. Se pudermos fazer alguma coisa para acompanhá-los neste processo de luto, não hesite em deixar-nos saber.

Com afeto e reconhecimento,

(Assinatura dos membros da equipa)

Modelo da Entrevista Telefónica

(adaptação de Guitiérrez, Garcia-Llana, Rey, Redondo, Marongiu, Albendea, & Guitiérrez, 2013)


Bons dias,

Sou _____ (nome), _____ (profissão) do serviço do Hospital de Dia do Hospital _____. Gostaria muito de falar com _____ (cuidador principal). Estou a contactá-lo porque faz _____ (tempo de falecimento) que faleceu _____ (nome do falecido) e nós, enquanto equipa, imaginamos que está a passar por uma experiência muito dolorosa. Por isso, nós gostaríamos de saber como se encontra e se podemos ajudar-lhe em algo?

Penso que recebeu uma carta do nosso serviço expressando as nossas condolências e pergunto-lhe se a carta foi ou não uma ajuda neste momento, e de que forma? E como se sentiu quando a leu?

Agradecemos muito a sua colaboração, pois permitiu-nos saber como se encontra. Obrigado mais uma vez e um beijinho / abraço de toda a equipa.

Modelo do Cartão

Nome do familiar	
E morada	
Hospital _____	
Rua _____	
xxxx _____	

Equipa IntraHospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos

Faz aproximadamente um ano que ___ faleceu, estamos a contactar-vos para auxiliá-los no momento de maior exaltação do sofrimento da perda. Dedicamos-vos um poema para atenuar a dor e como forma de disponibilizarmos o nosso apoio:

O nosso respeito pela dor que hoje a família sente,
É preciso força e coragem,
Até mesmo ser valente,

Referências Bibliográficas:

Gutiérrez, J. B., Angulo, A. A., Sayas, L. D., Ávalos, M. C., & Llana, H. G. (2012). Las cartas de condolência: marco conceptual y protocolo. *Medicina Paliativa*, xxx(xx), 1-13.

Gutiérrez, J. B., García-Llana, H., Rey, R. R., Redondo, M. P., Marongiu, V., Albendea, M., A., Gutiérrez, R. S. (2013). Evaluación del impacto de cartas de condolencia en familiares en duelo. *Medicina Paliativa*, xxx(xx), 1-7.

Oliveira, M. F., Luginger, S., Bernardo, A., & Brito, M. (2004). Morte – intervenção psicológica junto da família do paciente terminal. *Psicologia.com.pt – O portal dos psicólogos*.

Rojas, J., Ayala, C., Martín, T., Posada, R., Prado, M., Pina, M., Márquez, M., Correas, M., & López, M. (2008). *Guia de Cuidados Paliativos*. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo.

Saber viver é saber morrer

Ações de Sensibilização de Cuidados Paliativos

Projeto de Intervenção:

O projeto de intervenção surge no âmbito do Mestrado de Cuidados Paliativos e visa sensibilizar a comunidade para este tipo de cuidados pois só assim se inicia a mudança de consciências e se informam as pessoas dos seus direitos.

Descrição, local, data e horário:

1. **Ação de Sensibilização** sobre: a) Princípios; b) Comunicação; c) Cuidar a família e apoio no luto; d) Finitude da vida; e) Tarefas de final da vida; f) Equipes e g) Mitos sobre Cuidados Paliativos.

a) Na Biblioteca, a 24/10/2015 das 9h30m às 12h30m.

b) Destina-se a qualquer pessoa, com mais de 15 anos

c) Basta contactar: liliana_pilha@hotmail.com ou 960 419 137.

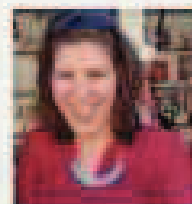
2. **"Antes de morrer eu quero..."** Cada pessoa terá de completar esta frase, numa parede, para expressar os seus sentimentos, ideias, desejos.

a) No Mercado Municipal a 31/10/2015 durante a manhã.

b) Destina-se a qualquer pessoa.

c) Sem inscrição prévia, basta aparecer no local.

Liliana Pilha



Psicóloga Clínica e de Saúde

Mestranda em Cuidados Paliativos do IPCB-ESALD



Membro e Psicóloga da Delegação de Évora da AOAL



Com a colaboração e apoio:



Apêndice E - Email a solicitar respetivos espaços para as ações com resumo do projeto em anexo



Liliana Pilha <liliana.pilha@gmail.com>

Cedência de Espaços para Ações de Sensibilização - Mestrado em Cuidados Paliativos

Liliana Pilha <liliana.pilha@gmail.com>
Para: Município de Elvas <geral@cm-elvas.pt>

5 de outubro de 2015 às 22:20

Exmo Sr. Presidente,

Venho por este meio solicitar a **cedência da Câmara de dois espaços para a realização de duas ações de sensibilização**, para o desenvolvimento do meu projeto de intervenção, no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos.


Solicito a colaboração da câmara na cedência de uma sala para decorrer a Ação de Sensibilização em Cuidados Paliativos, destinada a qualquer pessoa da comunidade (sugeria uma das salas da Biblioteca no dia 24 de Outubro das 9h30m às 12h30m). Para além disso proponho-me a realizar outra ação que decorrerá em locais com movimento de forma a promover a participação das pessoas (no preenchimento de um pensamento sobre a vida e os cuidados paliativos no papel de cenário afixado num local), tendo eu pensado no Mercado Municipal (dia 31 - Reforço que o presente projeto já aconteceu em diversas cidades no mundo, sendo fantástico conseguir-se implementar em Elvas.

Ambas as ações gostaria que fossem ao sábado de manhã (em dias diferentes) para que exista maior aderência. E terão a colaboração da AOAL (Associação Oncológica do Alentejo - Delegação de Elvas), da qual eu faço parte, de forma a divulgar o trabalho também desenvolvido por esta associação nesta área.

Aguardo uma resposta assim que possível, estando eu inteiramente disponível para se agendar uma reunião e eu explicar com maior pormenor ou para esclarecer dúvidas.

Acrescento que gostaria que as ações decorressem no presente mês para que pudesse aproveitar o presente mês de comemoração do dia dos Cuidados Paliativos (só enviei agora pois aguardava autorização dos meus orientadores).

Com os melhores cumprimentos,
Liliana Pilha

 Projeto de Estágio_Resumo_Câmara.pdf
380K



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
3.º Mestrado em Cuidados Paliativos

Projeto de Relatório e Prática Clínica
Singularidades da Intervenção Psicológica nos
Cuidados Paliativos

Autora: Liliana Sofia Gervásio Pilha

Orientadores: Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta e Mestre Eduardo Manuel
Neves Oliveira Carqueja

Outubro/2015

Introdução

O Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD) do Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB) integra o plano estratégico de desenvolvimento da escola/ instituição.

Projeto de Intervenção

O presente projeto de intervenção e toda a prática clínica irão assentar na atuação do psicólogo em Cuidados Paliativos, sendo um aprofundamento da intervenção psicológica neste contexto, de forma a perceber quais as competências exigidas, a importância / papel do psicólogo e as singularidades da mesma.

Neste seguimento, assim serão propostas diversas atividades que englobam este projeto de intervenção para que demonstre a atuação de um psicólogo neste contexto. Torna-se então imperativo a sensibilização como uma medida de ação a implementar, propondo-se o **Plano Pedagógico de Ação de Sensibilização em Cuidados Paliativos**, tendo em conta que numa primeira fase é essencial sensibilizar a comunidade para este tipo de cuidados pois só assim se pode começar a mudar paradigmas e consciências, sendo este percurso formativo iniciado pela formação de base. Para a mesma os **objetivos** de aprendizagem gerais são, que no final da formação o grupo seja capaz de:

1. Explicar os cuidados a prestar a um doente no final de vida e família,
2. Gerar transformação da consciência/conhecimento sobre Cuidados Paliativos;
3. Sensibilizar outros para esta temática.

Os **conteúdos temáticos** deverão incluir:

- a) Cuidados Paliativos (Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos);
- b) Comunicação (Princípios básicos da comunicação com o doente em fim de vida e família, algumas situações problemáticas de comunicação em Cuidados Paliativos);
- c) Cuidar a família e apoio no luto;
- d) Finitude da vida;
- e) Cinco tarefas a cumprir no final da vida;
- f) Equipas e tipologias de Cuidados Paliativos;
- g) Mitos de Cuidados Paliativos.

Fundamentação e pertinência: A formação e sensibilização de outros para esta área é um dever que qualquer profissional de saúde. Nesta perspectiva, surge este projeto, com o intuito de dotar a comunidade de conhecimentos e capacidades que permitam estar mais informado e exigir melhores cuidados ao doente paliativo, com uma abordagem adequada e rigorosa.

A finalidade será chamar à atenção e “(re)educar” a comunidade de forma a estarem despertos para esta temática e saberem como podem melhorar os cuidados que poderão vir a beneficiar (ou familiares, amigos ou pessoas conhecidas). Assim também ao sensibilizar-se a população para esta temática, espera-se que os mesmos invistam depois na formação avançada e contínua.

No seguimento da Ação em epígrafe irá adaptar-se um **projeto** para a cidade de Elvas “**Before I die...**”. Este mesmo surgiu da artista Candy Chang que após um processo de luto doloroso decidiu aproveitar uma casa abandonada como expressão da sua indignação face ao sucedido e escreveu diversas vezes a frase: "Antes de morrer eu quero _____." para que as pessoas pudessem completar ao expressar os seus sentimentos, ideias, desejos, etc. com o intuito de poderem refletir sobre suas vidas, e partilhar as suas aspirações pessoais num espaço público.

Considera-se este projeto uma forma de **divulgar** em Elvas os Cuidados Paliativos através deste projeto. Pois a essência e filosofia dos Cuidados Paliativos está inerente a este projeto, ou seja, que é imprescindível pensarmos na vida e na sua finitude para que a mesma faça sentido, que é importante o cumprimento de diversas tarefas ou desejos enquanto estamos vivos e que se reflita sobre os mesmos e o deixarmos memórias ou registos, anonimamente para o futuro e outros.

A parede para este registo será uma forma figurada, através de papel de cenário num local público (com as prévias autorizações camarárias e divulgação junto da comunidade), onde as pessoas se deslocarão para deixar a sua mensagem.

Público-alvo: A Ação de Sensibilização destina-se à comunidade de Elvas, em geral e até crianças/adolescentes. A Ação será multidisciplinar pela abertura dos temas, mesmo que dada por uma psicóloga. O grupo deverá ter um mínimo de 10 elementos.

Duração, Horário e Local: Para a **Ação de Sensibilização** serão 3 horas letivas, distribuídas durante uma manhã (entre as 9h30m-12h30m), no dia 24 de Outubro de 2015,

na Biblioteca Municipal. Na adaptação do “**Before I die...**” decorrerá durante toda a manhã de 31 de Outubro de 2015 no Mercado Municipal.

Cronograma

Julho	Prática Clínica (200h) – UCP	
Agosto	Redefinição do projeto de intervenção	
Setembro	Elaboração do Relatório	
Outubro	Projeto de Intervenção (100h) - Alentejo	
Novembro	Elaboração do Relatório	
Dezembro	Entrega	e Defesa Pública

Apêndice F - Divulgação da Ação “Saber Viver é Saber Morrer” num evento do Facebook



Apêndice G - Ação “Saber viver é saber morrer”

Saber viver é saber morrer...

Ação de sensibilização de Cuidados Paliativos

Liliana Pires

02/12/2015

1

Cuidados Paliativos

Objetivos Gerais

- Conhecer um dos cuidados de saúde específicos: Cuidados Paliativos;
- Divulgar e sensibilizar para os Cuidados Paliativos.

Liliana Pires

02/12/2015

2

Cuidados Paliativos

Objetivos Específicos

- Compreender o que são os Cuidados Paliativos;
- Distinguir quais os destinatários;
- Identificar as suas necessidades;
- Definir os profissionais e os pilares de base;
- Diferenciar boas práticas de más práticas.

Liliana Pires

02/12/2015

3

Índice

- a) Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos;
- b) Comunicação;
- c) Cuidar a família e apoio no luto;
- d) Finitude da vida;
- e) Tarefas de final da vida;
- f) Equipes;
- g) Mitos sobre Cuidados Paliativos.

Liliana Pires

02/12/2015

4

Princípios e Filosofia de Cuidados Paliativos

Liliana Pilha

02/12/2015

5

Cuidados Paliativos

- i. O que são?
- ii. A quem se destinam?
- iii. Para que servem?
- iv. Onde existem?

Liliana Pilha

02/12/2015

6

Cuidados Paliativos

Definição

“Uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias - que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.”

(DHS, 2009)

Liliana Pilha

02/12/2015

7

Princípios



(Soplin, 2012)

Liliana Pilha

02/12/2015

8

Destinatários

Doentes oncológicos, com insuficiência de órgão, doença degenerativa crónica, demências, etc.

- i. Sem perspetiva de tratamento curativo;
- ii. Rápida progressão da doença e com expectativa de vida limitada;
- iii. Intenso sofrimento.

2. Familiares.

Liliana Pires

02/12/2015

9

Necessidades dos pacientes

1. Controlo da dor e outros sintomas;
2. Evitar a extensão desadequada do processo de morrer;
3. Promover a maior qualidade de vida;
4. Diminuir o desequilíbrio emocional;
5. Reforçar as relações significativas;
6. Satisfazer as suas necessidades.

(Benito, 2013)

Liliana Pires

02/12/2015

10

Pilares de Base

Comunicação

- Informar
- Partilhar
- Orientar

Controlo de Sintomas

- Multidisciplinar
- Dor
- Angústia

Apoio à Família

- Na dor, incerteza e cuidados
- Comunicação
- Lutos

Liliana Pires

02/12/2015

11

Equipa de Cuidados Paliativos



Liliana Pires

02/12/2015

12

Equipas e Tipologias de Cuidados Paliativos



Liliana Pilha

02/12/2015 13

Comunicação

Liliana Pilha

02/12/2015 14

Comunicação más notícias

- Imagine que lhe é diagnosticada uma doença incurável, progressiva, quais seriam as suas necessidades?

Liliana Pilha

02/12/2015 15

Comunicação más notícias

- Dessas necessidades quais são satisfeitas com uma comunicação eficaz?

Liliana Pilha

02/12/2015 16

Conspiração do silêncio

- ▶ Pedido (pelo doente e/ou família) para se omitir a informação sobre a sua situação clínica (diagnóstico, prognóstico, tratamentos, etc.).
- ▶ Qual o objetivo??

Liliana Pires

02/12/2015

17

Conferência familiar

- ▶ O que é?
- ▶ É um método de intervenção na família para se resolverem situações difíceis e complexas.
- ▶ Quem deve estar presente?
- ▶ Profissionais de saúde mais envolvidos no caso;
- ▶ Doente e familiares significativos (pode-se nomear um representante).

Liliana Pires

02/12/2015

18

Finitude de vida

Liliana Pires

02/12/2015

19

Finitude de vida

▶ Exercício

Peço-lhe que pense nas três pessoas mais importantes na sua vida, e escreva em cada um dos papelinhos e dobre. Agora levante os papelinhos e aguarde que eu chegue ao seu lugar...

Liliana Pires

02/12/2015

20

Como devemos ver a morte...

- ▶ Absurdo versus fim de ciclo e biografia
- ▶ Aprendizagem e reconciliação;
- ▶ Nova percepção da realidade...

Porque que é que é tão difícil????

Liliana Pilha

02/12/2015

21

Cuidar a família e apoio no luto

Liliana Pilha

02/12/2015

22

Apoio à família e luto

- ▶ Aspetos de saúde da família
- ▶ Necessidades doente versus família
- ▶ Apoio após falecimento

Liliana Pilha

02/12/2015

23

Contar ou não contar?

- ▶ Contar... porquê?
- ▶ E com crianças ??

Liliana Pilha

02/12/2015

24

Dúvidas ???????



Liliana Pires

02/12/2015

25

Mitos

- ▶ Eutanásia
- ▶ Morfina

Liliana Pires

02/12/2015

26

Exemplos de má prática clínica



Liliana Pires

02/12/2015

27

Caso Clínico

- "Sr. Manuel com 57 anos, com cancro da próstata, operado no IPO diversas vezes por recidiva.
- Internado no Serviço de Medicina Paliativa em 8 a 9 de Abril;
 - Transferido para o IPO de Coimbra, por sugestão do respetivo médico assistente;
 - Ausência posterior de outros contactos;
 - Faleceu após 4 anos, num serviço de agudos.

Liliana Pires

02/12/2015

28

Caso Clínico

No último ano de vida:

- ✓ 5 internamentos em Serviço de urgência (241 dias);
- ✓ 39 transfusões de sangue;
- ✓ 4 TAC;
- ✓ 4 Ecografias;
- ✓ 6 Endoscopias;
- ✓ 17 Rx tórax;
- ✓ 19 radiografias;
- ✓ 99 análises.

Liliana Pilha

02/12/2015 33

Caso Clínico

O que fariam diferentes?

Liliana Pilha

02/12/2015 34

Ação de Sensibilização: "Antes de morrer eu quero"

Mercado Municipal
Dia 31/10
A partir das 6horas



Liliana Pilha

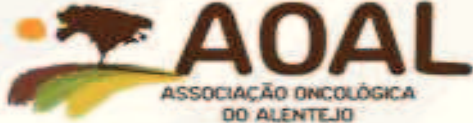
Liliana Pilha

02/12/2015 35

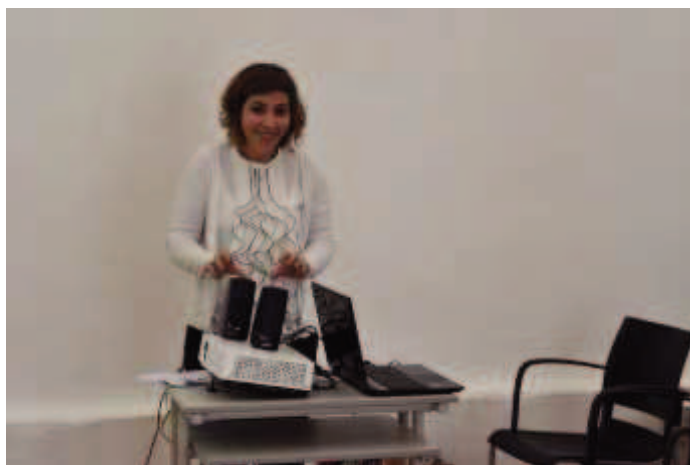
Obrigado pela atenção!

Liliana Pilha
Psicóloga Clínica e da Saúde
liliana_pilha@hotmail.com

Apêndice H - Certificado de Participação na Ação “Saber viver é saber morrer”

AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO – CUIDADOS PALIATIVOS	
Formando(a):	
Formação de 3 horas sobre os Cuidados Paliativos, englobando os temas: Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos, Comunicação, Cuidar a família e apoio no luto, Finitude da vida, Tarefas de reconciliação, Equipas e Tipologias de Cuidados Paliativos, e Mitos sobre Cuidados Paliativos.	
AÇÃO COM A COLABORAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ONCOLÓGICA DO ALENTEJO (AOAL – DELEGAÇÃO DE ELVAS) E CÂMARA MUNICIPAL DE ELVAS	
 AOAL ASSOCIAÇÃO ONCOLÓGICA DO ALENTEJO	FORMADORA:
NESTE DIA:	24 de Outubro de 2015

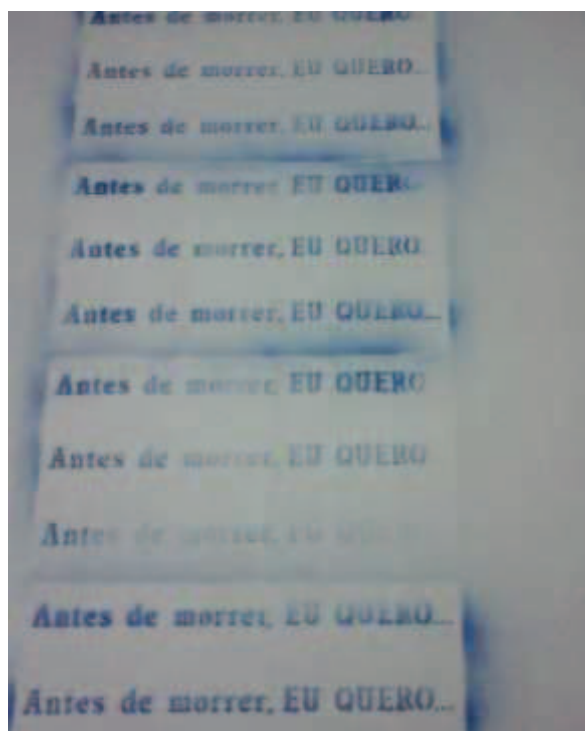
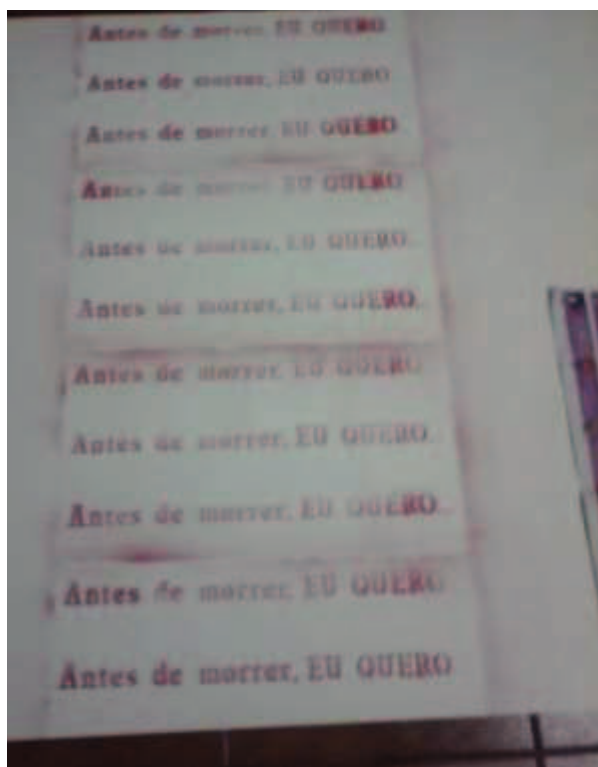
Apêndice I - Fotografias da Ação “Saber viver é saber morrer”



Apêndice J - Divulgação da Ação “Antes de morrer eu quero” num evento do Facebook



Apêndice I - Fotografias da Preparação da Ação “Antes de morrer eu quero”



Antes de morrer, EU QUERO *Ver a autoria boreal.*

Antes de morrer, EU QUERO... *Ir de viagem de moto. Com
Juliana. Com um presunção e
sem de tempo e dinheiro*

Antes de morrer, EU QUERO... *MUCHO DINERO*

Antes de morrer, EU QUERO... *Não sofrer*

Antes de morrer, EU QUERO... *Eu gastava com ris*

Antes de morrer, EU QUERO... *Ter SAÚDE*

Antes de morrer, EU QUERO...

Antes de morrer, EU QUERO *Ter saúde*

Antes de morrer, EU QUERO *Seja sempre feliz.*

Antes de morrer, EU QUERO *Seja rico*

Antes de morrer, EU QUERO *Legalizar as casas JA*

Antes de morrer, EU QUERO *VIVER*

Antes de morrer, EU QUERO

Antes de morrer, EU QUERO *ENCARAR OS MEUS NETOS.*

Antes de morrer, EU QUERO

Antes de morrer, EU QUERO...

Antes de morrer, EU QUERO *Não sofrer*

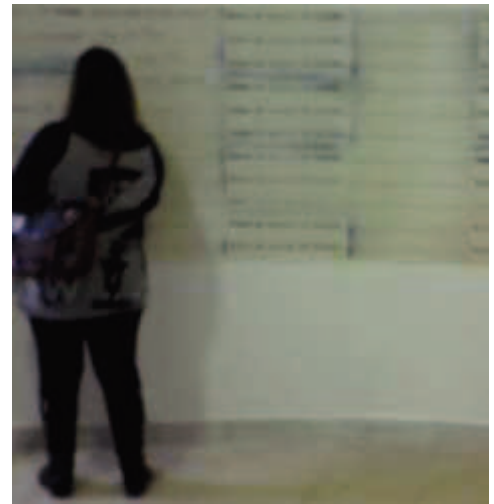
Antes de morrer, EU QUERO... *Deixar todos de mim*

Antes de morrer, EU QUERO *Ser artista.*

Antes de morrer, EU QUERO... *deixar todos de mim*

Antes de morrer, EU QUERO... *Amor infinitamente e, na ce
ntrar sempre. Eter um país
à vida de todos aqueles com*

Antes de morrer, EU QUERO...



Apêndice N - Formação em serviço “Trabalho em Equipa”

Trabalho em Equipa

Formação em Cuidados Paliativos
Equipa Intrahospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos de Elvas

Liliana Pires 03/12/2015 1

Objetivos Gerais

- o Explicar o funcionamento de uma equipa de Cuidados Paliativos;
- o Gerar transformação das suas práticas clínicas;
- o Sensibilizar outros profissionais para esta temática.

Liliana Pires 03/12/2015 2

Objetivos Específicos

- o Descrever uma equipa em Cuidados Paliativos;
- o Apresentar o papel de cada elemento na equipa;
- o Parafrasear as diversas equipas e tipologias;
- o Conhecer o trabalho de equipa;
- o Predizer os sistemas de trabalho;
- o Discriminar as características de trabalho eficaz;
- o Desenvolver as vantagens e desvantagens do trabalho;
- o Potenciar estratégias de autocuidado.

Liliana Pires 03/12/2015 3

Índice

1. Definição de equipa
2. Elementos de uma equipa de Cuidados Paliativos
3. Equipas e Tipologias de CP
4. Equipa Intrahospitalar de Suporte
5. Trabalho em equipa
6. Sistemas de trabalho
7. Pilares
8. Características de uma equipa eficaz
9. Vantagens e Desvantagens do trabalho em equipa
10. Dicas de autocuidado
11. Os gansos e o trabalho de equipa

Liliana Pires 03/12/2015 4

1. Definição de equipa

- ▶ Os CP exigem uma abordagem transdisciplinar que abranja as necessidades do doente e da família, sendo o objetivo a promoção de maior qualidade de vida e bem-estar a à unidade de cuidados.
- ▶ A competência e formação de cada profissional enriquece a atuação da equipa, onde cada elemento complementa a equipa.

(Barbosa e Neto, 2010)

Liliana Pilha

03/12/2015

2. Elementos de equipa CP



Liliana Pilha

03/12/2015

3. Equipas e Tipologias de CP



Liliana Pilha

03/12/2015

4. Equipa Intrahospitalar de suporte

Vantagens

- Elevada efetividade e eficiência
- Conhecimento e acesso a todos os serviços do hospital

Desvantagens

- Dificuldade em gerir situações mais complexas
- Conflitos de interesse / orientação com outros profissionais

(Capelas, 2014)

Liliana Pilha

03/12/2015

5. Trabalho em Equipa

Fatores intervenientes no trabalho em equipa:

- I. Sistemas de trabalho;
- II. Cuidado e suporte da própria equipa;
- III. Formação contínua e investigação;
- IV. Coordenação entre outras equipas e serviços.

(APCQ, 2006)

Liliana Pêra

03/12/2015

9

6. Sistemas de trabalho

Gestor de caso

- Profissional que conseguirá dar maior resposta às necessidades daquele doente e deve coordenar com outros serviços e recursos.

Reuniões interdisciplinares

- Avaliação multidisciplinar das necessidades, discussão sobre objetivos terapêuticos, elaboração do plano terapêutico, avaliação dos resultados, identificação de necessidades e promoção de suporte para a equipa.

(APCQ, 2006)

Liliana Pêra

03/12/2015

10

7. Pilares



Liliana Pêra

03/12/2015

11

8. Características de equipa

Dinâmica de grupo

- a) Vamos conhecer a caracterização de cada uma sobre os restantes elementos...

Liliana Pêra

03/12/2015

12

8. Características de equipa eficaz



Liliana Pilha

02/12/2015

13

8. Características de uma equipa eficaz

Propósito partilhado
Empowerment
Relações e comunicação fluida
Flexibilidade
Otimo rendimento
Reconhecimento
Motivação

Liliana Pilha

02/12/2015

14

9. Vantagens do trabalho em equipa

Apoio mútuo nas decisões

Reconhecimento

Formação

Diferenciação de cuidados

Partilha de experiências

Melhorar competências

Liliana Pilha

02/12/2015

15

9. Desvantagens do trabalho em equipa

Problemas de comunicação

Decisões prematuras

Dificuldade nas decisões

Dedicação

Crítica pessoalizada

Conflitos e tensão

Competitividade

Confidencialidade

Mal entendidos

Liliana Pilha

02/12/2015

16

9. (Des)Vantagens do trabalho em equipa

Dinâmica de grupo

- 1) Pontos forte e fracos da equipa
- 2) O que me proponho a alterar (objetivos a atingir)

Liliana Pêche

02/12/2015

17

10. Dicas de autocuidado

Reuniões fora do contexto laboral

1min de silêncio antes da reunião

Diário de serviço

Reuniões internas e regulares

Reflexão sobre a morte e vida

Momentos de pausa

Em casa

Pensar em si (todos os dias)

Atividades desportistas ou outras que aliviem o stress

Liliana Pêche

02/12/2015

18

11. Os Gansos e o Trabalho de Equipa

(Roberto Garini)

Liliana Pêche

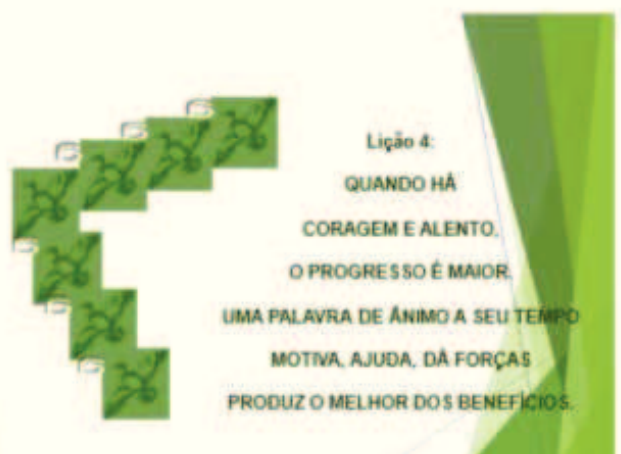
02/12/2015

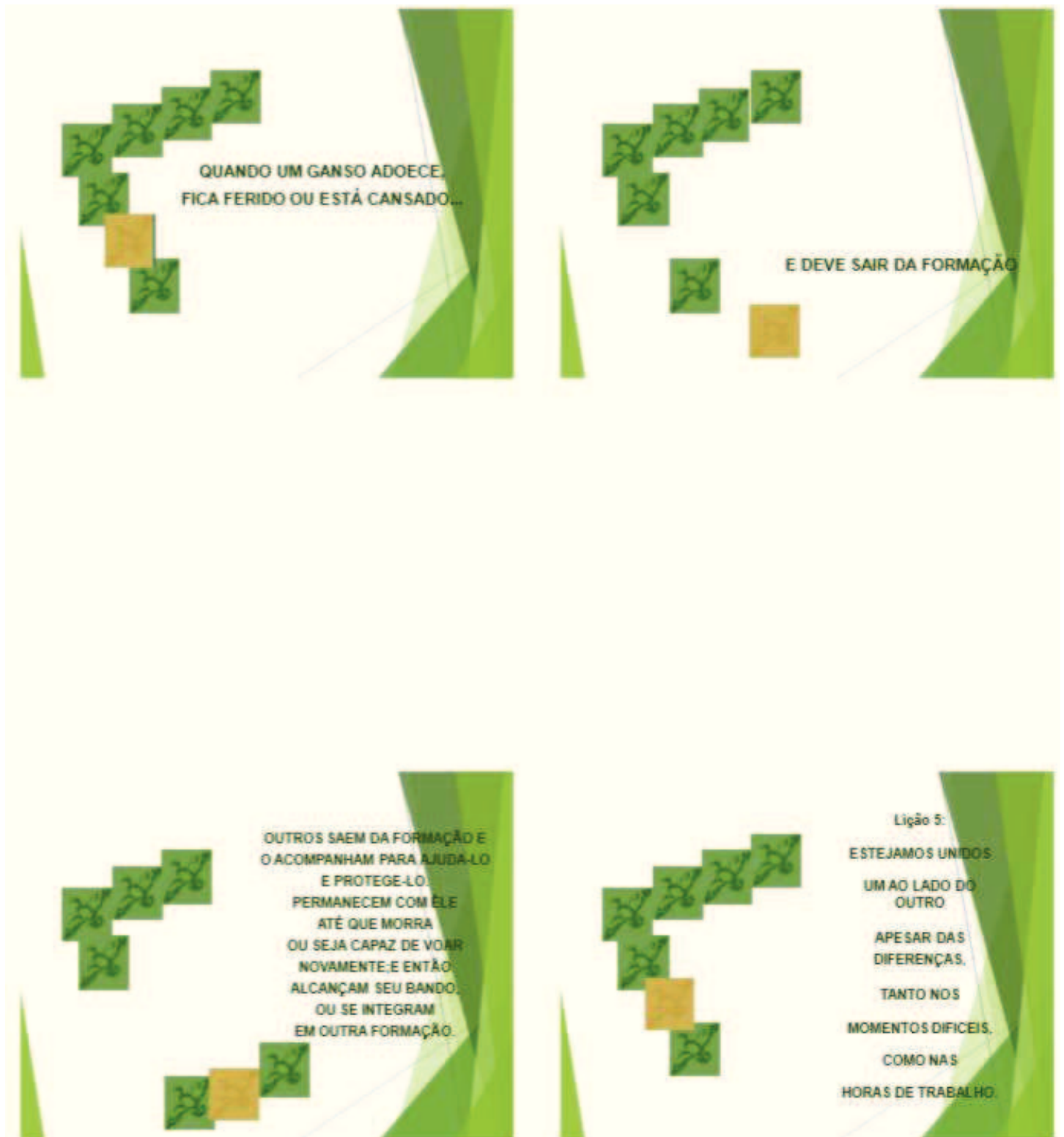
19



QUANDO UM GANSO SAI DA FORMAÇÃO...







SE NOS MANTIVERMOS
UM AO LADO DO OUTRO,
APOIANDO-NOS E SENDO
APOIADOS.

SE TORNARMOS REALIDADE O ESPÍRITO
DA EQUIPA.

SE, APESAR DAS DIFERENÇAS, PUDERMOS
FORMAR UM GRUPO HUMANO
PARA ENFRENTAR TODO TIPO DE SITUAÇÕES.

SE ENTENDERMOS O VERDADEIRO
VALOR DA AMIZADE.

SE TIVERMOS CONSCIÊNCIA DO
SENTIMENTO DE PARTILHA.

**A VIDA SERÁ MAIS SIMPLES, E O VÓO
MAIS PRAZEIROSO !**

Liliana Pilha 02-12-2015 24

Dúvidas ????????

Liliana Pilha 02-12-2015 25

Referências bibliográficas

1. Barbosa, A., & Neto, I. G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
2. APCP (2006). *Organização de serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de qualidade para unidades de Cuidados Paliativos*. Lisboa: APCP.
3. Capelas, M. L. (2014).
4. Youngwerth & Twaddle, (2011)

Liliana Pilha 02-12-2015 26

Obrigado pela atenção!

Liliana Pilha
Psicóloga Clínica e da Saúde
liliana_pilha@hotmail.com

Liliana Pilha 02-12-2015 27

Apêndice O - Formação em serviço “O ‘senão’ da comunicação em Cuidados Paliativos”

Dificuldades de Comunicação

Formação em Cuidados Paliativos
Equipa Intrahospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos de Elvas

Liliana Filipe

02-12-2015

Objetivos Gerais

- Potenciar estratégias de comunicação com o doente e família;
- Gerar transformação das suas práticas clínicas através da comunicação;
- Desenvolver estratégias para resolução de dilemas éticos.

Liliana Filipe

02-12-2015

Objetivos Específicos

- Identificar os processos de comunicação interpessoal;
- Reconhecer as atitudes individuais facilitadoras de comunicação;
- Adquirir algumas ferramentas facilitadoras da comunicação;
- Saber a melhor forma de transmitir más notícias.

Liliana Filipe

02-12-2015

Índice

1. Definição de comunicação;
2. Sabia que... (curiosidades da comunicação);
3. Barreiras à comunicação;
4. Regras básicas de comunicação eficaz;
5. Empatia;
6. Escuta ativa;
7. Conspiração do silêncio;
8. Conversas difíceis

Liliana Filipe

02-12-2015

1. Definição de COMUNICAÇÃO

- ▶ A comunicação é um processo dinâmico e multidireccional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensorio-perceptuais (acústicos; visuais; olfactivos; tácteis e térmicos), que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra.

Liliana Pilha

03/12/2015

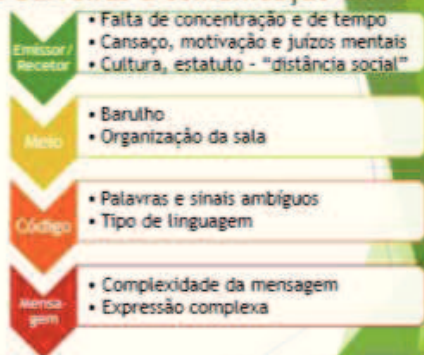
2. Sabia que...

- ▶ A comunicação situa-se nos planos cognitivo e afetivo
- ▶ No caso das mensagens verbais e não verbais contraditórios, é o significado da mensagem não verbal que é retido
- ▶ A comunicação é dificilmente reversível
- ▶ Os primeiros minutos da comunicação são muito importantes: dão tom à relação

Liliana Pilha

03/12/2015

3. Barreiras à comunicação em CP



Liliana Pilha

03/12/2015

4. Regras básicas de comunicação eficaz



Liliana Pilha

03/12/2015

5. Empatia

Reciprocidade
afetiva e
intelectual

Proximidade
com o que o
outro vive

Colocar no
lugar do outro

Além da
compreensão
intelectual

Criação de
laços
interpessoais

Uliana Pires

03/10/2016

6. Escuta Ativa

Estar disponível sem
interromper

Olhar para pessoa e mostrar
que estamos a entender

Reagir às ideias e não à
pessoa

Sem juízos de valores

Uliana Pires

03/10/2016

7. Conspiração do Silêncio

Uliana Pires

03/10/2016

Definição

Acordo tácito ou explícito utilizado pela família, amigos ou profissionais de saúde, para encobrir informação a transmitir ao paciente, a fim de ocultar o diagnóstico ou prognóstico, ou a gravidade da situação. O objetivo é proteger o outro, visto como vulnerável.

(Coelho B Sá, 2012)

Uliana Pires

03/10/2016

Modelo



Consequências



(Twyman, 2005)

Tipos

Adaptativa



- Mantida se o doente tiver em negação

Não Adaptativa



- Prolonga fase agonia
- Impede despedidas
- Barreira na comunicação
- Desconforto, angústia e isolamento

(Wendler & Martins, 2009)

Motivos do Doente



(Pinto, 2014)

Motivos da Família



(Pinto, 2014)

Liliana Pinto

03/12/2015

Como gerir?



Liliana Pinto

03/12/2015

(Pinto, 2014)

Como gerir?



Como se transmite?

Falar doente (Protocolo)

Disponibilizar falar com família

Conferências familiares

Dar tempo

Como se transmite?

Dinâmica de grupo

O que perguntariam à família? E como?
Role-play

Liliana Pilha

02/12/2018

Eufemismos

NÃO DIGA:	OPTE POR..
Tem cancro.	Os exames indicam que se trata de uma forma de cancro.
Tem 3 meses de vida.	O seu tempo de vida é provavelmente limitado.
Está mais fraco hoje.	Neste momento parece estar com pouca energia
As coisas estão a piorar.	As coisas parecem não estar a correr lá muito bem.

Liliana Pilha

02/12/2018

Porquê?

OS PROFISSIONAIS TÊM DIFICULDADE EM LIDAR COM A SITUAÇÃO???

Liliana Pilha

02/12/2018

Porquê?

- Situação ansiogénica
- Dificuldade em transmitir más notícias
- Dificuldade em lidar com as emoções dos outros e do próprio
- Dificuldade em separar os papéis - pessoal / profissional

Liliana Pilha

02/12/2018

(Barbosa & Neto, 2019)

Estudos

80% das pessoas desejam ser informadas
15% dos médicos dizem que se deve dizer a verdade,
30% dizem que não se deve dizer
55% tem dúvidas

(Barbosa & Neto, 2011)

02/12/2015

Liviana F. Pinheiro

Estudos

85,77% dos médicos desejam ser informados se
fossem eles os afetados
8,09% não deseja saber

Só 58,67% informa habitualmente.
(Inquiridos: 6.783)

(Barbosa & Neto, 2011)

02/12/2015

Liviana F. Pinheiro

Estudos

Investigações

Uma pesquisa mostra que 62% dos médicos inquiridos
referem ter obtido uma resposta melhor da que
esperavam do doente depois de lhe comunicar a
doença e o seu prognóstico

(Barbosa & Neto, 2011)

02/12/2015

Liviana F. Pinheiro

8. Conversas difíceis

Conclusão

Para Auer, o profissional necessita de coragem para fazer frente à verdade e estabelecer um paralelismo entre a sua atitude e a que exige ao doente:

"Significa, que o profissional se enfrente pessoalmente com perguntas fundamentais acerca do sentido da vida e da morte humanas. Só a sua confrontação existencial com os problemas básicos da existência, o torna capaz de renunciar a fórmulas convencionais de rotina e comunicar-se com o doente de forma a ajudá-lo eficazmente. (...)

(Auer, 1972)

Liliana Pilha

02/12/2015

Conclusão

(...) o profissional deve preparar o doente para a participação da verdade. Isto supõe, em muitos casos, um longo processo interior, durante o qual as palavras irão saindo cada vez mais do seu esconderijo, até que chegue a hora da verdade plena. Só raras vezes um doente se apresentará ao profissional desde o princípio inteiramente disponível. Em geral, a verdade requer tempo, se, realmente, tem de fazer o homem livre.

e finalmente, que o profissional se solidarize no seu mais íntimo com o doente. Isto exige sempre muito esforço e, muitas vezes, também muito tempo: só poderá empregar ambas as coisas o profissional que tomou a decisão radical de consagrar a sua vida aos seus doentes".

(Auer, 1972)

Liliana Pilha

02/12/2015

"Lembre-se: se não falar, não impedirá que o inevitável aconteça. Seja honesto consigo mesmo; quando diz que pretende proteger o doente, tal significa geralmente que está a proteger-se a si próprio."

Robert Mayros



Dúvidas ???????



Liliana Pilha

02/12/2015

28

Referências bibliográficas

1. Querido, A., Salazar, H., B Neto, I. (2006). Comunicação. In A. Barbosa, B I. Neto, Manual de cuidados paliativos (pp. 377-378). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
2. AUER, A., "El médico y la verdad", Ética y Medicina. La Guadarrama, Madrid 1972, pp. 72-73.
3. Pinto, C. (2014). Aula de Mestrado em Cuidados Paliativos, Castelo Branco.
4. Sá, Luís; Coelho, Patricia - Revisão de produção científica sobre Conspiração de Silêncio. - In III Congresso de Investigação em Enfermagem, Coimbra, Portugal, 12-15 Junho, 2012 - In Revista - III Série Referência.
5. Meodes, T., B Martins, J. (2009). A enfermagem no trabalho de equipa multidisciplinar em cuidados paliativos: uma perspectiva sobre a conspiração do silêncio. A4 - ENFERMAGEM CLÍNICA.

Liliana Pilha

02/12/2015

20

Obrigado pela atenção!

Liliana Pilha
Psicóloga Clínica e da Saúde
liliana_pilha@hotmail.com

Liliana Pilha

02/12/2015

40



1. Definição de Motivação

- ▶ Corresponde a um conjunto de razões que explicam, induzem, incentivam, estimulam ou provocam algum tipo de ação e comportamento.
- ▶ “Um motivo é qualquer coisa que leva uma pessoa a praticar determinada ação. Um motivo é a causa, a razão de algum comportamento.” (Orvaschel, 1991)

Liliana Pilha

12/12/2015

2. Sabia que...

“O motivador é a sede e não a água. Caso lhe colocassem vários litros de água diante de si e não está com sede, isto não a motivaria a beber, simplesmente porque a sua sede já foi saciada (...) é a necessidade que motiva e não o que satisfaz a necessidade.”

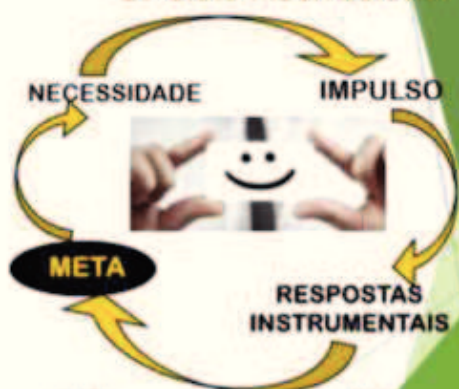


(Aroher)

Liliana Pilha

12/12/2015

3. Ciclo Motivacional



Liliana Pilha

12/12/2015

4. Motivação intrínseca e extrínseca

Dinâmica de grupo

Quais são as suas motivações para o presente trabalho?

De que parte de si? E o que estimula no contexto do trabalho?

Liliana Pilha

12/12/2015

5. Definição de Conflito

“A maior parte das vezes discutimos unicamente por não sermos capazes de compreender o que o nosso interlocutor pretende demonstrar.”

(Léon Tolstói)

Ulises Fêre

12/12/2019

“

5. Definição de conflito

”

Dinâmica de grupo

Duas a duas questionem-se:

1. Gostaria que tu me disseses que...
2. Não gostaria que me disseses que...

Ulises Fêre

12/12/2019

6. Fatores antecipatórios

Indefinição de papéis

Liderança pouco eficaz

Faltas comunicacionais

Conflitos a priori

Rivalidade

Falta de recursos

Bernardo, Rosado & Salazar, 2007

Ulises Fêre

12/12/2019

6. Fatores de manutenção

Caraterísticas individuais

Como equipa está

Relações prévias

N.º pessoas

Tipo de problema

Consequências

Bernardo, Rosado & Salazar, 2007

Ulises Fêre

12/12/2019

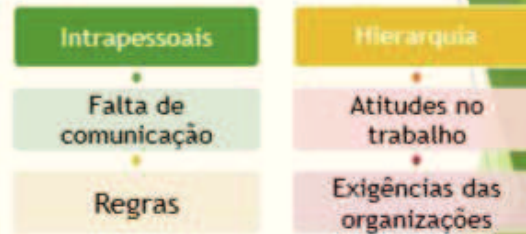
7. Tipos de Conflitos

1. **Intrapessoais** - ocorrem no interior do indivíduo, quando este tem de dar uma só resposta entre duas que se excluem mutuamente;
2. **Interpessoais**:
 - a) Diferenças individuais;
 - b) Limitações dos recursos;
 - c) Diferenciação de papéis.
3. **Organizacionais** - a sua própria estrutura constitui a fonte potencial de conflito

Liliana Pilha

12/12/2015

8. Conflitos Organizacionais



Liliana Pilha

12/12/2015

8. Conflitos Organizacionais



Liliana Pilha

12/12/2015

9. Princípios orientadores

1. Preserve a dignidade e o autorrespeito;
2. Ouça com empatia;
3. Não espere mudar o estilo de comportamento dos outros;
4. Exprima a sua própria perspetiva.

Liliana Pilha

12/12/2015

Dinâmica de grupo



Dividam-se em 2 grupos, cada grupo terá que conseguir fazer 4 em linha, escolhendo os cartões...

Libera Pires | 12/12/2015



11. Exemplo de Técnica



Uma das técnicas de gestão de conflitos é proposta pelo Prof. Thomas Gordon

Libera Pires | 12/12/2015

11. Exemplo de Técnica



Consiste na utilização de seguidas de Escuta Ativa

Libera Pires | 12/12/2015

11. Exemplo de Técnica

1. Descrição: não culpabilizante do comportamento;
2. Efeitos tangíveis e concretos produzidos na pessoa;
3. Os sentimentos sobre esses efeitos, através de palavras que expressem emoções.

Liliana Pilha

12/12/2015

11. Exemplo de Técnica



Liliana Pilha

12/12/2015

Para refletir...

“Os conflitos são o sal na sopa das relações humanas. Entram nos nervos, mas sem eles não haveria progresso...”

(Alexander Redich)

(Vídeo)

Liliana Pilha

12/12/2015

Dúvidas
????????



Liliana Pilha

12/12/2015

Referências bibliográficas

- Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2000). Trabalho em equipa. In A. Barbosa & I. O. Pinto (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 761-772). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
2. Chiavenato, I. (1995). *Recursos Humanos* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.

Liliana Pilha

12/12/2012

Obrigado pela atenção!

Liliana Pilha
Psicóloga Clínica e da Saúde
liliana_pilha@hotmail.com

Liliana Pilha

12/12/2012

Anexos



Anexo B - Divulgação no Media de ambas as Ações de Sensibilização



9TH AEROBIC GYMNASTICS EUROPEAN CHAMPIONSHIPS
 CONDEADOR ROLDÃO ALMEIDA | ELVAS (PT) | NOVEMBER 6TH TO 8TH 2015
WWW.EUROBICS2015.COM

ELVAS
 06/08 NOVEMBER
COLISEU
 CONDEADOR ROLDÃO ALMEIDA

Logos: UEG, Federação Portuguesa de Ginástica, elvas

Menu: PÁGINA INICIAL | NOTÍCIAS | EVENTOS | CONTACTOS

Novas Notícias • Cuidados paliativos abordados em ações de sensibilização

MUNICÍPIO

- Orgãos do Município
- Estrutura Municipal
- Actos Eleitorais
- Apoio ao Empresário

CUIDADOS PALIATIVOS ABORDADOS EM AÇÕES DE SENSIBILIZAÇÃO

Saber viver é saber morrer

A Biblioteca Municipal de Elvas Dra. Elsa Grilo é palco de uma ação de sensibilização na área dos cuidados paliativos, sob o mote "Saber viver é saber morrer", pela psicóloga clínica e da saúde, Liliana Pilha.

Esta ação decorre no próximo sábado, dia 24, entre as 9.30 e as 12.30 horas, e destina-se à população em geral.

Logos: PATRIMÓNIO MUNDIAL, EUROCIDADE BADAJOZ-ELVAS

Rádio ELVAS
 97.3 FM 104.3

Menu: PÁGINA INICIAL | NOTÍCIAS | DESPORTO | FOTO REPORTAGEM | VÍDEOS | PODCASTS | PASSATEMPO

Logos: FARMÁCIA DE SERVIÇO, CONTACTOS

ESTA SEMANA
 CAFE EXPRESSO MACHO DOCE 25% 2€

"CONVERSA EM DIA" COM LILIANA PILHA

2015-10-01 10:37

A psicóloga Clínica e da Saúde, Liliana Pilha (na foto), promove, nos dias 24 e 31 de Outubro, uma ação de sensibilização sobre os Cuidados Paliativos.

"A primeira é mais no género de uma formação e vai decorrer na Biblioteca Municipal de Elvas. O objetivo da sessão passa por sensibilizar as pessoas para esta questão e destina-se a todas as pessoas que estejam interessadas em participar", garantiu-nos a psicóloga na edição de hoje da "Conversa em Dia".

Ouvir aqui "Conversa em Dia"

Liliana Pilha refere que no dia 31 a sessão "vai decorrer no Mercado Municipal. Durante a manhã, as pessoas são desafiadas a completar a frase Antes de morrer eu quero... e eu acho que vai ser uma forma interessante de preparar todos para este processo".

A "Conversa em Dia" é uma entrevista para ouvir, diariamente, na Rádio ELVAS, às 12.30, 18 horas e 6 da manhã.

Logos: Puritiss, Rádio Elvas

MAIS...

- Dez anos da rede "Europe Direct" na "Conversa em Dia" de hoje
- Notícias da manhã de terça-feira, 1 de dezembro
- 105 anos da "Azevia" na "Conversa em Dia" de hoje
- Notícias da manhã de segunda-feira dia 30
- Notícias da Manhã de domingo, 29 de novembro

elvas - linhas de elvas - 89
15 outubro 2015

Acções de sensibilização sobre cuidados paliativos

"Saber viver é saber morrer" é o mote de duas acções de sensibilização de cuidados paliativos que decorrem nos próximos dias 24 e 31, em Elvas.

As iniciativas, promovidas pela psicóloga clínica e da saúde Liliana Pilha, visam sensibilizar a comunidade para este tipo de cuidados no sentido de incentivar a mudança de consciências e de informar as pessoas dos seus direitos.

A primeira acção de sensibilização realiza-se no dia 24 de Outubro na Biblioteca Municipal de Elvas, entre as 9:30h e as 12:30h. A segunda acção tem lugar no dia 31 de Outubro, no Mercado Municipal de Elvas, no período da manhã.





Rádio ELVAS
91.5 fm 104.3



FARMÁCIAS DE SERVIÇO

CONTACTOS

INÍCIO DESTAQUES NOTÍCIAS DESPORTO FOTO REPORTAGEM VÍDEOS PODCASTS PASSATEMPO





Cansado de dívidas? Crédito Consolidado
Junte todos os seus créditos e reduza as suas mensalidades até 60%. [Faça aqui a simulação](#)

MAIS...

- CTT lançam "O Meu Álbum de Selos" para os mais novos
- Vice-presidente da câmara recusa falar para ouvintes da rádio
- Vice-presidente da câmara recusa falar para ouvintes da rádio
- CEN tem projeto de recuperação e dinamização
- "Diferença" em sessão para alunos do "ciclo" da Boa-Fé

CUIDADOS PALIATIVOS ESCLARECIDOS HOJE EM ELVAS



A ação de sensibilização sob o mote "Saber viver é saber morrer", pela psicóloga clínica e da saúde Liliana Pilha, realiza-se hoje na Biblioteca Municipal Dra. Elsa Grilo, em Elvas.

"O objetivo da sessão passa por sensibilizar as pessoas para esta questão e destina-se a todas as pessoas que estejam interessadas em participar", garantiu-nos a psicóloga.

A iniciativa decorre entre as 9.30 e as 12.30 horas, e destina-se à população em geral, incidindo sobre áreas como os princípios, comunicação, cuidar a família e apoio no luto, finitude da vida, tarefas de final de vida, equipas e mitos sobre os cuidados paliativos.

O projeto de intervenção surge no âmbito do mestrado de Cuidados Paliativos, que a psicóloga se encontra a frequentar, e pretende sensibilizar a comunidade para este tipo de cuidados, de forma a levar a uma mudança de consciências e informar as pessoas dos seus direitos.

Estas ações contam com a colaboração da Câmara Municipal de Elvas.

Partilhar



elvas - linhas de elvas - 09

29 outubro 2015

Cuidados paliativos em acção de sensibilização

A Biblioteca Municipal de Elvas foi palco sábado, 24 de Outubro, de uma acção de sensibilização na área dos cuidados paliativos, sob o mote "Saber viver é saber morrer", pela psicóloga clínica e da saúde Liliana Pilha.

Em declarações ao "Linhas", Liliana Pilha confirmou a presença de duas dezenas de participantes e destacou alguns dos temas abordados, tais como os princípios, comunicação, cuidar a família e apoio no luto, finitude da vida, tarefas de final de vida, equipas e mitos sobre os cuidados paliativos.

Questionada sobre que aspectos a melhorar para tornar mais eficaz os cuidados paliativos, Liliana Pilha sublinha a urgência em reforçar "um pouco mais o

numero de psicólogos presentes nas equipas de cuidados paliativos", um dado que "será um pulo muito importante" nesta área.

Para o próximo sábado, dia 31 de Outubro, pela manhã no Mercado Municipal, está marcada nova acção. Desta vez, é solicitado às pessoas presentes que completem a frase "Antes de morrer eu quero..." onde podem expressar sentimentos, ideias e desejos.

O projecto de intervenção surge no âmbito do mestrado de Cuidados Paliativos, que a psicóloga se encontra a frequentar, e pretende sensibilizar a comunidade para este tipo de cuidados, de forma a levar a uma mudança de consciências e informar as pessoas dos seus direitos.

Anexo C - Notícias sobre a Ação de Sensibilização “Antes de morrer eu quero”



Mercado da Casa das Barcas acolheu acção de sensibilização

A psicóloga Liliana Piha promoveu, na manhã de sábado, dia 31 de Outubro, no Mercado da Casa das Barcas, em Elvas, uma acção de sensibilização sobre cuidados paliativos, intitulada "Antes de morrer eu quero..."

De acordo com a responsável, o balanço desta iniciativa "é favorável", visto que se conseguiu "a colaboração de 80 pessoas", sendo que "a maioria foi deixar o seu testemunho no 'mural' (representado por papel de cenário com a frase 'Antes de morrer eu quero...')", mas também houve "algumas participações enviadas via SMS ou Facebook".

"A reacção inicial das pessoas foi pausada pela resistência e receio em pensar no tema morte, porém, quando se explicava o objectivo da acção, as pessoas colaboravam. Pretendeu-se com esta acção que as pessoas reflectissem sobre a sua vida e quais os objectivos que gostariam de atingir, desejos por concretizar ou metas para a sua vida, sendo que o fim desse percurso será a morte e, por essa razão, a frase se inicia dessa forma. As frases tiveram uma grande abran-



gência, desde 'Antes de morrer eu quero... ser rico; ter saúde; criar as minhas filhas; amar incondicionalmente, perdoar e ser perdoada...'. disse Liliana Piha.

"Presentemente guardei o rolo comigo, porém algumas pessoas sugeriram a sua exposição num local acessível a todos, onde possa conjuntamente pôr outro rolo por preencher, para que esta acção chegue a mais pessoas. aguardo sugestões e o feedback da iniciativa, ficando aqui a proposta destas acções terem continuidade, mesmo após a conclusão do mestrado onde as mesmas surgiram", acrescentou a psicóloga.