PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Rosa Martins¹, Rosa Cardoso², Nélia Carvalho¹, Susana Batista², Alexandra Dinis¹ e Ana Andrade¹

¹Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal, rmartins.viseu@gmail.com; Portugal.ncarvalho@gmail.com, xanadinis@gmail.com; anandrade67@gmail.com

²Centro Hospitalar Tondela Viseu – EPE, Portugal, catarina27887@hotmail.com; susanapbatista@gmail.com

Resumo. Introdução: Os Cuidados Paliativos, são cuidados exigentes e humanizados que visam maximizar, a qualidade de vida e dignidade da Pessoa. Com o mesmo propósito, intervêm os enfermeiros de reabilitação num cuidar especializado. Objetivo: Assim pretendeu-se conhecer a percepção dos enfermeiros sobre as intervenções e contributos dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Doentes em Cuidados Paliativos. Métodos: Estudo qualitativo, com recurso à análise de conteúdo. A amostra foi constituída por 13 Enfermeiros, (12 do sexo feminino e 1 do masculino). Eram todos licenciados em enfermagem e exerciam a sua atividade profissional em Unidades de Cuidados Paliativos. Para a recolha de dados recorreu-se a uma entrevista semiestruturada. Resultados: Os participantes apresentam percepções bastante positivas sobre o cuidado especializado dos enfermeiros de reabilitação, considerando-os agentes facilitadores na satisfação das necessidades do doente. As intervenções mais destacadas na persecução do bem-estar do Doente foram a mobilização, cinesiterapia respiratória, treino da deglutição e disfagia, massagem e preservação da autonomia e independência. Conclusão: A percepção dos Enfermeiros sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação nas pessoas internadas em unidades de CP é positiva salientando a manutenção das capacidades funcionais dos doentes, prevenção de complicações e redução de incapacidades, contudo a visibilidade pelos pares é ainda insípida.

Palavras-chave: Percepção dos Enfermeiros; Intervenções de Reabilitação; Doente; Cuidados Paliativos.

PERCEPTION OF PALLIATIVE CARE NURSES ABOUT THE INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN REHABILITATION NURSING

Abstract. Introduction: Palliative Care is demanding and humanized care that aims to maximize the quality of life and dignity of the Person. For the same purpose, rehabilitation nurses intervene in specialized care. Objective: Thus, it was intended to know the nurses' perception about the interventions of specialized nurses in rehabilitation nursing in Palliative Patients. Methods: Qualitative study, using content analysis. The sample consisted of 13 nurses, (12 female and 1 male). They were all licensed in nursing and exercised their professional activity in Palliative Care Units. For data collection, a semi-structured interview was used. Results: The participants present very positive perceptions about the specialized care of the rehabilitation nurses, considering them as facilitating agents in meeting the patient's needs. The most prominent interventions in the pursuit of the patient's well-being were mobilization, respiratory kinesitherapy, deglutition / dysphagia training, massage and preservation of autonomy and independence. Conclusion: Nurses' perception of the intervention of the Rehabilitation Specialist Nurse in people hospitalized in PC units is positive, emphasizing the maintenance of the patients' functional capacities, prevention of complications and reduction of disabilities, however the visibility by peers is still insipid.

Keywords: Nurses' perception; Rehabilitation Interventions; Sick; Palliative Care.

1. INTRODUÇÃO

Os progressos alcançados pela Medicina na segunda metade do século XX são claramente relevantes, contudo, a longevidade crescente e o aumento das doenças crónicas, têm conduzido a um significativo número de doentes com patologias, para as quais não existe cura. Desta constatação, emergiu o movimento moderno de cuidados paliativos (CP) que teve o mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos doentes incuráveis, para a falta de respostas por parte dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que teriam que ser dispensados a esta população (APCP, 2019). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou, em 2004, os CP uma prioridade nas políticas de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada, numa perspetiva de apoio global, aos múltiplos problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida. Concetualizou CP, como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível, a estes doentes e suas famílias. São de facto, cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo, com uma base filosófica que se centra na prevenção e alívio do sofrimento, como recurso à identificação precoce e tratamentos rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais. Numa visão mais analítica, os CP são entendidos como cuidados de conforto, cuidados de suporte e gestão de sintomas, proporcionando cuidados holísticos ao doente e à família, ou ao cuidador principal, com foco nas questões físicas, emocionais, sociais e espirituais que os doentes/família podem enfrentar durante o percurso da doença (Barbosa & Neto, 2016).

Em Portugal, e de acordo com Portaria n.º 66/2018 de 6 de março, os CP são considerados essenciais a um Sistema Nacional de Saúde (SNS) de qualidade, e por isso advoga cuidados prestados em continuidade nos cuidados de saúde, a todas as pessoas, ao longo do ciclo de vida, com doenças muito graves e/ou avançadas e progressivas, que deles necessitem, e onde quer que se encontrem, designadamente nos cuidados de saúde primários (CSP), hospitalares ou continuados integrados. Depreende-se do referido, que são necessárias instituições com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados e capacitados á prestação de cuidados holísticos. De facto a complexidade dos processos vividos pela pessoa em situação paliativa, requer que os profissionais de saúde assumam um cuidar multidisciplinar numa lógica de atenção aos sentimentos de quem vivência uma condição tão complexa, o que implica possuírem formação para poderem intervir com a qualidade exigível neste tipo de cuidados

diferenciados. Os enfermeiros são elementos centrais dentro das equipas multidisciplinares e quanto mais conscientes estiverem do seu papel profissional, mais próximos ficam dos poderes institucionais para cuidar (enquanto profissional de saúde) e de quem é cuidado (utente, família e comunidade) conduzindo ao redimensionar das relações de trabalho e de autoridade partilhada, necessária aos processos participativos numa efetiva equipa multidisciplinar (OE, 2015). Não obstante, o doente paliativo apresenta frequentemente quadros nosológicos complexos que exigem intervenções cuidativas de cariz especializado, onde os processos e programas de reabilitação poderiam ser fundamentais. Na verdade, os enfermeiros especialistas em reabilitação (EER), para além das competências atribuídas aos enfermeiros de cuidados gerais, detêm competências no domínio: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2012). As experiências de um cuidar especializado na área da enfermagem de reabilitação, evidenciam-na como um componente integral de uma abordagem holística em cuidados paliativos, permitindo que as pessoas alcancem ou mantenham os seus níveis ideais de funcionamento físico, sensorial, intelectual e social, independentemente de expectativa de vida (Wosahlo & Maddocks, 2015). Numa revisão da literatura efetuada pelos autores referidos, foi evidenciado o facto do EER nem sempre integrar as equipas multidisciplinares que constituem as unidades de CP. Porém, analisando o perfil profissional do EER, e a missão que as unidades de CP se propõe assegurar, consideramos a sua presença na equipa multidisciplinar fundamental, uma vez que é detentor de conhecimentos e competências específicas, que lhe permitem dar resposta às necessidades e objetivos dos doentes que necessitam de cuidados paliativos. A sua intervenção é feita junto das famílias e das pessoas, com alterações do foro neurológico, respiratório e outros, visando prestar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência e sofrimento, promovendo a adaptação e/ou a manutenção das capacidades funcionais, o conforto, a esperança e a qualidade de vida possível da pessoa e família, e dos quais resultam ganhos em saúde significativos (Ribeiro, 2017). Estes pressupostos colocam em destaque a pertinência deste estudo, no sentido de demonstrar, com evidência científica, os ganhos em saúde para o doente em cuidados paliativos resultantes destas intervenções especializadas do EER.

Pese embora as mais-valias descritas, o reconhecimento da intervenção do EER nas unidades de CP pelos pares e população em geral, ainda apresenta algumas fragilidades e não se encontra devidamente documentada. Assim, é neste contexto, que se enquadra a

problemática deste estudo, emergindo a seguinte questão de investigação: que percepções apresentam os enfermeiros sobre as intervenções e contributos desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação com doentes internados em Unidades de Cuidados Paliativos? No sentido de responder á questão formulada definiu-se como objetivo geral conhecer a percepção dos enfermeiros sobre as intervenções e contributos dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação nos doentes internados em Unidades de Cuidados Paliativos.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo e de carácter exploratório. Enfoca nas percepções dos enfermeiros sobre a intervenção e contributos do enfermeiro especialista em reabilitação em unidades de CP, visando compreender e encontrar significados por meio de relatos verbais com recurso à palavra. Centra-se ainda em procedimentos interpretativos e heurísticos de análise e interpretação dos dados, com recurso a entrevistas semiestruturadas. O estudo decorreu entre novembro de 2018 e março de 2019, em duas Unidades de Cuidados Paliativos da região Centro de Portugal, que integrassem nas suas equipas EER. Para a realização das entrevistas, recorreu-se a uma amostra por conveniência, constituída por 13 participantes (12 do sexo feminino e 1 do sexo masculino) profissionais de enfermagem, a exercer funções em Unidades de CP há pelo menos dois anos. As entrevistas decorreram apenas com a presença do investigador e do entrevistado (em gabinetes dos respetivos serviços e em horário laboral) e foram realizadas até à saturação dos dados, tendo sido inicialmente legitimadas por dois peritos na área. Após a sua realização, as entrevistas foram transcritas para análise posterior e legitimação dos participantes. Todos os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, com preenchimento do consentimento informado, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos respeitando os princípios da declaração de Helsínquia. O estudo foi ainda autorizado pela Comissão de Ética da Instituição de Ensino onde o estudo foi realizado (Parecer Nº 52/2017) e pelos Conselhos de Administração das Instituições Hospitalares onde foram colhidos os dados. O instrumento de recolha de dados selecionado consistiu numa entrevista semiestruturada, cujo guião teve por referência os critérios propostos por Quivy e Campenhoudt (2008), de modo a garantir a correspondência entre o universo de referência das perguntas e dos entrevistados, e ainda aos objetivos previamente definidos. Estruturalmente o guião integrava: (1) dados pessoais e profissionais como (sexo, idade, habilitações académicas,

formações adicionais, categoria profissional, tempo total de exercício profissional, tempo de exercício profissional em unidades de CP e ainda tipo de vínculo à instituição); (2) Questões sobre a Percepção dos enfermeiros de CP sobre a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação que procuravam compreender: (opinião dos participantes relativamente aos conceitos de CP e de doente com necessidades paliativas; necessidades que identificam na pessoa e família em situação paliativa; percepções sobre as competências, intervenções e contributos desempenhadas pelos EER e ainda os contributos destes profissionais no cuidado ao doente/família; identificação das principais atividades desenvolvidas pelos especialistas em reabilitação.

A informação recolhida foi tratada seguindo o modelo de análise de conteúdo proposto por Bardin (2015), que prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e inferência/interpretação. Inicialmente foi efetuada uma leitura flutuante das entrevistas e realizada uma matriz de categorização.

De seguida avançou-se para a codificação do corpus de análise (baseado na entrevista semiestruturada) obedecendo às regras de exaustividade, homogeneidade e pertinência. Por fim e posteriormente à codificação e categorização, procedeu-se ao tratamento dos resultados encontrados, propondo inferências e interpretá-los à luz do quadro teórico adotado. No sentido de atingir a sistematização do discurso dos entrevistados e após sucessivas leituras, obtivemos cinco categorias como podemos ver no capítulo relativo à apresentação e discussão dos resultados.

Contudo e antes de passarmos ao capítulo referido, passaremos a apresentar uma breve caracterização da amostra.

Este estudo contou com a participação de 13 enfermeiros a prestar cuidados em unidades de CP, sendo 12 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, e com uma média de idades de 40,38 anos. Todos os participantes são detentores de uma licenciatura (n=13), porém 8 possuem formação adicional e cumulativa, nomeadamente: pós-graduação em Urgência Emergência (n=2), pós-graduação e mestrado em CP (n=3), pós-licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica (n=3), e pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (n=1).

Detêm ainda a categoria profissional de enfermeiro (n=10), com um tempo de exercício profissional global, que oscila entre os 3 e os 36 anos, (M=17,8) e com uma média de tempo

de exercício profissional em unidades de CP de 4,8 anos. O tipo de vínculo à instituição revela que 7 pertencem ao quadro da função pública (QFP) e 6 têm Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado (CITTI) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes

Gênero	Idade	Habilitações Acadêmicas	Formação Adicional	Categoria Profissional	Tempo de exercício profissional	Tempo exercício prof. em UCP	Vínculo à Instituição
Masculino	52 anos	Licenciatura		Enfermeiro	29 anos	7 anos	QFP
Feminino	33 anos	Licenciatura		Enfermeira	11 anos	4 anos	CITTI
Feminino	28 anos	Licenciatura		Enfermeira	5 anos	2 anos	CITTI
Feminino	32 anos	Licenciatura	Pós-grad.em Urg. Emergência	Enfermeira	8 anos	4 anos	CITTI
Feminino	27 anos	Licenciatura	Pós-graduação em CP	Enfermeira	3 anos	2 anos	CITTI
Feminino	34 anos	Licenciatura	Pós-lic. Enf.Médico-cirúrgica	Enfermeira	16 anos	7 anos	QFP
Feminino	51 anos	Licenciatura	Pós-Lic.Enf. S. M. Psiquiátrica	Enfermeira Especialista	29 anos	7 anos	QFP
Feminino	35 anos	Licenciatura		Enfermeira	12 anos	5 anos	CITTI
Feminino	45 anos	Licenciatura		Enfermeira	23 anos	7 anos	QFP
Feminino	57 anos	Licenciatura	Pós-lic. Enf.Médico-cirúrgica	Enfermeira Chefe	36 anos	3 anos	QFP
Feminino	36 anos	Licenciatura	Pós-lic. Enf.M.-cirúrgica e Mestrado em CP	Enfermeira	13 anos	2 anos	CITTI CITTI
Feminino	53 anos	Licenciatura	Mestrado em CP	Enfermeira graduada	27 anos	8 anos	QFP
Feminino	42 anos	Licenciatura	Pós-grad.em Urg. Emergência	Enfermeira	20 anos	5 anos	QFP

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos foram organizados em cinco categorias, que revelam os significados atribuídos pelos participantes. Por forma a compreender melhor o fenómeno, e tornar os resultados mais explícitos, elaborou-se um esquema representativo, onde se englobam todas as unidades de significação, tendo em conta as categoriais e subcategorias das unidades de registo dos entrevistados (Quadro 1).

Quadro 1. Categorias e Subcategorias do Estudo

Categorias	Subcategorias
Significado de Cuidados Paliativos	Cuidados à pessoa com doença incurável Cuidados de suporte e conforto Controlo da sintomatologia Cuidados holísticos C. melhorar QV doentes/ famílias
Significado de Doente em situação Paliativa	Pessoa em sofrimento e sem QV Necessita de controlo de sintomatologia Pessoa com doença incurável e fim digno Pessoa com necessidade de conforto Pessoa com nec. paliativas em qualquer fase da vida
Necessidades identificadas no Doente em situação Paliativa	Controlo de sintomas/necessidades físicas Necessidades Psicológicas, emocionais e sociais Esperança/sentido de vida Acompanhamento e apoio da família Autonomia
Necessidades identificadas na Família e/ou Pessoa Significativa	Satisfação das necessidades do seu familiar Necessidade de apoio/Psicológico/espiritual Necessidade Informações e Esclarecimentos Capacitação para a Prestação de cuidados Confrontar a morte /espiritualidade
Intervenções e contributos do enfermeiro especialista em reabilitação na satisfação das necessidades do doente na equipa de UCP	Mobilização dos doentes Técnicas de educação respiratória Treino de deglutição/controlo de disfagia Promoção do conforto Promoção/preservação da autonomia/independência do doente Prevenção de complicações

3.1 Significado de Cuidados Paliativos

A perspetiva apresentada pelos participantes sobre o significado de CP é que se trata de cuidados abrangentes, diversificados e complexos. Comprova-se o referido pelos seus discursos...(...) *cuidados à pessoa com doença incurável e/ou grave e com um prognóstico limitado*; E3 e E9 “os CP são essencialmente cuidados de suporte e conforto”; (E2, E5 e E7) referem ainda tratar-se de *cuidados holísticos*; (E4 e E10) evidenciam o facto de *visar a melhoria da qualidade de vida dos doentes e suas famílias, sendo esta díade a unidade central de cuidados*; E10 acrescenta “*nós trabalhamos todas as vertentes da pessoa e da família, que são a nossa unidade central de cuidados*”. Importa ainda referir que E5, E8, E11 e E12 apresentam o foco fundamentalmente no ...*controle da sintomatologia*. Constatamos deste modo que globalmente os participantes estão em linha com a abrangência do conceito de CP proposto por Costa e Othero (2014) ao considerá-los: cuidados ativos, coordenados e globais, que combinam ciência e humanismo e definem-se como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar o máximo bem-estar.

3.2 Significado de Doente em situação Paliativa

A segunda categoria refere-se ao significado atribuído pelos participantes ao doente em situação paliativa. A análise do discurso das entrevistas conduziu-nos às seguintes subcategorias: *doente paliativo é a pessoa que está em sofrimento e com pouca qualidade de vida* (E1, E6 e E12); *pessoa que necessita de controlo de sintomatologia associada à doença incurável e/ou grave* (E2, E4 e E10); *pessoa com doença incurável que necessita de cuidados adequados para um fim digno* (E3, E8 e E13); *pessoa com necessidade de cuidados de conforto* (E5, E7 e E9); e *pessoa com necessidades paliativas em qualquer fase da vida* (E9). Encontramos de facto similaridade entre os significados expressos e a concetualização proposta pela OMS (2002) ao direcionar os CP para os doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, como recurso à identificação precoce e tratamentos rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.

3.3 Necessidades Identificadas na Pessoa com Necessidade de Cuidados Paliativos

A exploração das necessidades da pessoa em situação paliativa permite perceber a diversidade de olhares dos participantes sobre a temática. A diferente literatura consultada revela que as necessidades da Pessoa em CP são múltiplas, complexas e interligam-se, englobando os campos físico, emocional, psicológico e espiritual que implicam uma abordagem de carácter multidisciplinar (Ribeiro, 2017). Este estudo reforça estes pressupostos, pois das unidades de registo dos entrevistados emergiram cinco subcategorias, indicativas das necessidades identificadas: *o foco no controlo de sintomas/necessidades físicas* (E1, E2, E4, E5, E6, E7 e E8); *também as necessidades psicológicas, espirituais, emocionais e sociais* (E3, E8, E4, E9, E10 e E11); e ainda a *esperança/sentido de vida* (E1, E2, E4, E5, E6, E7 e E8); havendo também quem identifique a *necessidade de acompanhamento e apoio à família* (E9) *em associação à promoção da autonomia do Doente* (E11). As questões referentes à autonomia e respeito pela privacidade são questões enfatizadas por Kamal et al. (2014), ao defender que o respeito pelas preferências do utente e família devem constituir o objetivo central da reabilitação do Doente/família.

3.4 Necessidades Identificadas na Família e/ou Pessoa Significativa

A família e significativos deverão ser sempre parte integrante do processo de saúde e de doença, uma vez que o cuidado do enfermeiro é dirigido não só ao doente, mas também à família e aos cuidadores. Para a Ordem dos Enfermeiros (2012), as intervenções de enfermagem deverão ser otimizadas na perspetiva de toda a unidade familiar, que constitui o alvo do processo de cuidados. Pudemos observar que as necessidades identificadas na família e/ou pessoa significativa da pessoa com necessidade de CP apresentam um especial enfoque pela maioria dos entrevistados *nas necessidades/apoio psicológico* (E2, E3, E4, E5, E8, E9, E10, E11 e E13), uma vez que se trata de necessidades de difícil resolução e que exigem apoio específico (DGS, 2005). Também as *necessidades de esclarecimentos/informações sobre a evolução da doença do seu familiar* (E5, E8 e E12), é referido como uma constatação frequente, encontrando-se associadas às incertezas e ao desconhecimento aumentando os medos e as situações de stress. A par do referido surge o *desejo de poder estar presente para o apoiar e enfrentar as perdas* (E6, E10 e E11), *expressando “o medo que o doente morra sozinho”* (E13), e *por isso desejam “acompanhar o Doente nas últimas horas de vida”* (E3 e E7). Uma outra dimensão das famílias é o não se sentirem capacitadas para prestar aos seus entes queridos os cuidados de que necessitam (E1, E8 e E13) convergindo estes sentimentos em fenómenos de insegurança, sobrecarga e stress (Borreani et al., 2014). *O confronto com a morte* (E5, E7 e E10) e *as necessidades espirituais* (E2) são aspetos referidos e para os quais não conseguem recrutar estratégias de coping ajustadas, exigindo pela sua complexidade um trabalho da equipa multidisciplinar. Muitas vezes a família não consegue gerir os seus sentimentos, “sobretudo de revolta perante a situação” (E4 e E6) tornando-se neste caso fulcral, a realização de sessões de psicoterapia, aconselhamento psicológico, objetivando o *empowerment* da família (Ribeiro, 2017).

3.5 Intervenções e Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Satisfação das Necessidades do Doente Paliativo

O conceito de reabilitação e a forma como este se interliga com a população em cuidados paliativos, faz-nos perceber que para além de autonomia e dignidade, o objetivo central recai na qualidade de vida e bem-estar do utente e família. Existe de facto unanimidade nos discursos dos entrevistados, sobre a importância da inclusão nas equipas das unidades de CP do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EER).

Consideram que o “*EER tem uma visão mais profunda do que o enfermeiro generalista*” e nas suas intervenções” (E5 e E9) (...) tentam desenvolver ao máximo as capacidades que restam ao doente no sentido dessa pessoa se manter autónoma e independente o mais possível”. Porém a presença deste profissional e as suas intervenções específicas é ainda insipiente para alguns participantes e reflete-se nos discursos (...) “*confesso que não conheço na totalidade as competências específicas... e confundo-as muitas vezes com as do fisioterapeuta*” (E4 e E10). As intervenções identificadas num primeiro momento, são as que se referem á dimensão física e esta evidencia-se quando os participantes referem... “em minha opinião uma das principais competências está direcionada para a parte física” (E6 e E7) “*eles atuam muito ao nível da parte respiratória, fazendo cinesiterapia respiratória e da manutenção da funcionalidade e limpeza das vias aéreas*” (E8 e E13); (...) “*fazem com frequência manobras no sentido de potenciar mecanismos fisiológicos por forma a que o doente consiga controlar melhor os seus sintomas, nomeadamente a falta de ar associada à presença de secreções, com drenagens torácicas que aliviam bastante os doentes*” (E12). A visibilidade das intervenções do EER apresentam ainda muita notoriedade aos níveis das mobilizações, das massagens, do treino da deglutição e no controle da disfagia: “os colegas fazem um trabalho muito importante nas mobilizações (...), “*fazem movimentos passivos para evitar a espasticidade e ajudar a relaxar*”(E2 e E6); “*as massagens de conforto que executam deixam o doente muito confortável e os familiares apreciam muito estas intervenções*” (E1 e E3); também “*ao nível da alimentação quando os doentes apresentam disfagia*” (...) e “*estes cuidados são contributos muito importantes para o conforto do utente*” (E5) No pleno exercício das suas funções, o EER maximiza o potencial da pessoa com incapacidade, objetivando a manutenção da condição de saúde, a melhoria da funcionalidade e autonomia e a promoção da qualidade de vida, bem-estar e dignidade (Ribeiro, 2017). São de facto funções também percebidas pelos participantes ao afirmar que “os EER são muito importantes no assegurar e manter as capacidades funcionais prevenindo complicações secundárias (E9 e E10), (...) “os cuidados que prestam pretendem evitar incapacidades e preservar a autonomia do utente” (E7) “*para mim os contributos dos colegas de reabilitação são importantes porque potenciam ao máximo a independência e a autonomia do doente, tendo em conta o estágio da doença e o seu estado físico e psicológico*” (E4, E8 e E11); acrescentando “*pode não só ter um contributo para a melhoria da sua capacidade funcional, mas desta forma contribuir para melhorar o estado emocional, dando maior serenidade ao doente*” (E12). Numa análise mais global dos conteúdos dos discursos emerge o reconhecimento dos pares relativamente às intervenções do EER, por

considerarem que “(...) eles acabam por se uma mais-valia para os serviços, para os utentes e para a família porque promovem a autonomia melhoram significativamente a qualidade de vida do utente/família” (E1 e E5) (...) “O EER é sem dúvida um agente facilitador de uma melhor satisfação das necessidades da pessoa em situação paliativa (...)” (E12).

4. CONCLUSÕES

A abordagem paliativa em alguns países está já reconhecida como uma área especializada, contudo em Portugal, e apesar dos progressos feitos, ainda existe um caminho longo a percorrer. Os cuidados paliativos, emergiram da necessidade verificada por alguns profissionais de saúde de continuar a cuidar utentes incuráveis, pois, apesar de o objetivo nesta fase não ser a cura, reconheceram que muito há a fazer pelo seu bem-estar. No mesmo sentido, conhecer as perceções dos enfermeiros sobre o desempenho especializado dos EER em Unidades de CP, pode ser um contributo para a melhoria na prestação de cuidados holísticos a estes doentes. Os resultados mostraram que os entrevistados apresentam perceções muito positivas sobre as intervenções e contributos dos EER aos doentes em CP.

Destacar também, a unanimidade nos discursos dos entrevistados, sobre a importância da inclusão nas equipas das unidades de CP destes profissionais, uma vez que os consideram agentes facilitadores na satisfação das necessidades da díade doente/família. As unidades de registo relativas à categoria intervenções em enfermagem de reabilitação, que emergiram com maior relevo, foram: a otimização da mobilização corporal, educação respiratória e ventilação, treino de deglutição/disfagia, medidas de prevenção de complicações, aumento da funcionalidade e autonomia. Enfatizam também contributos promotores do conforto através das massagens, promoção da qualidade de vida e do bem-estar do Doente.

Compreendemos ainda, que estes participantes têm interiorizados significados claros sobre CP, características e necessidades do doente/família em situação paliativa, o que denota uma evolução positiva no conhecimento e na formação desta área específica, graças às formações graduadas e pós-graduadas de que são detentores.

A compreensão das perceções dos enfermeiros sobre as intervenções e contributos dos EER nas unidades de CP, assume uma importância crucial pelo papel preponderante que estes profissionais podem desempenhar não só ao nível da melhoria da prestação de

cuidados ao doente, mas também ao nível, da família e da gestão dos cuidados, designadamente na conceção no planeamento e melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. É ainda importante para a sensibilização dos gestores, responsáveis pelos recursos humanos e equipas das unidades de CP, no sentido de perceberem as mais-valias que um cuidar especializado em enfermagem de reabilitação, pode trazer ao doente e família mas também ao próprio sistema nacional de saúde. As instituições de ensino e investigação poderão igualmente beneficiar destes dados, no sentido de atualizar e ajustar as formações e os campos de pesquisa às verdadeiras necessidades das populações, com implicações importantes para a prática dos cuidados.

A metodologia escolhida para chegar a estes resultados é em nossa opinião a mais adequada ao estudo de perceções dos enfermeiros, e a sua eficácia ficou demonstrada no conhecimento aprofundado que obtivemos sobre os significados sobre CP, características e necessidades do doente/família em situação paliativa e ainda sobre as intervenções e contributos do EER. De facto ouvir quem está e conhece as especificidades das unidades de CP *in locus*, e em contextos determinados, (conhecimento mais significativo da expressão em profundidade da interação destes participantes), usando entrevistas semiestruturadas, sistematização e análise de dados, elaborando sínteses individuais e coletivas, de forma crítica e reflexiva, contribui para o reconhecimento e crescimento das metodologias qualitativas.

Como limitações do estudo apontamos, a reduzida dimensão da amostra, o facto de se tratar de uma amostra não probabilística por conveniência e se limitar apenas a duas unidades de cuidados paliativos num contexto regional específico, não permitindo extrapolar estes resultados para outras realidades.

5. REFERÊNCIAS

- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2019). *Equipas de cuidados paliativos*. Acedido em <https://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/equipas-de-cuidados-paliativos.html>
- Barbosa, A., & Neto, I. (2016). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Borreani, A. (2014). Unmet needs of people with severe multiple sclerosis and their carers: Qualitative findings for a home-based intervention. *PLoS ONE*, 9(10), 1-11.
- Costa, A. P., & Othero, M. B. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Loures: Lusodidacta.

- Kamal, A. H. (2014). Quality measures for palliative care in patients with cancer: A systematic review. *Journal of Oncology Practice*, 7(6), 382-388.
- Lei nº 52/2012. (2012, Setembro 05). *Lei de bases dos cuidados paliativos* [Portugal]. Diário da República, 1(172), pp. 5119-5124. Acedido em <https://dre.pt/application/file/a/174902>
- Ordem dos Enfermeiros, Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Portaria n.º 66/2018. (2018, Março 06). Procede à terceira alteração à Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, alterada e republicada pela Portaria n.º 165/2016, de 14 de junho, e alterada pela Portaria n.º 75/2017, de 22 de fevereiro, que regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos. [Portugal]. *Diário da República*, 1(46), pp. 1177-1182. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/114822275>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. (2005). *Programa nacional de cuidados paliativos*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos-pdf.aspx>
- Quivy, R., & Campenhoudt, I. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, C. D. (2017). Necessidades da pessoa em situação paliativa: Perspetiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedido em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18190>
- World Health Organization. (2004). *Palliative care: Solid facts*. Acedido em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107561/E82931.pdf;jsessionid=1BAE35D31C00C1B71305D51F10A3E072?sequence=1>
- Worldwide Palliative Care Alliance, & World Health Organization. (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. Acedido em https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- Wosahlo, P., & Maddocks, M. (2015). Benchmarking the provision of palliative rehabilitation within the hospice setting. *Palliative Medicine*, 29(5), 477-478.