

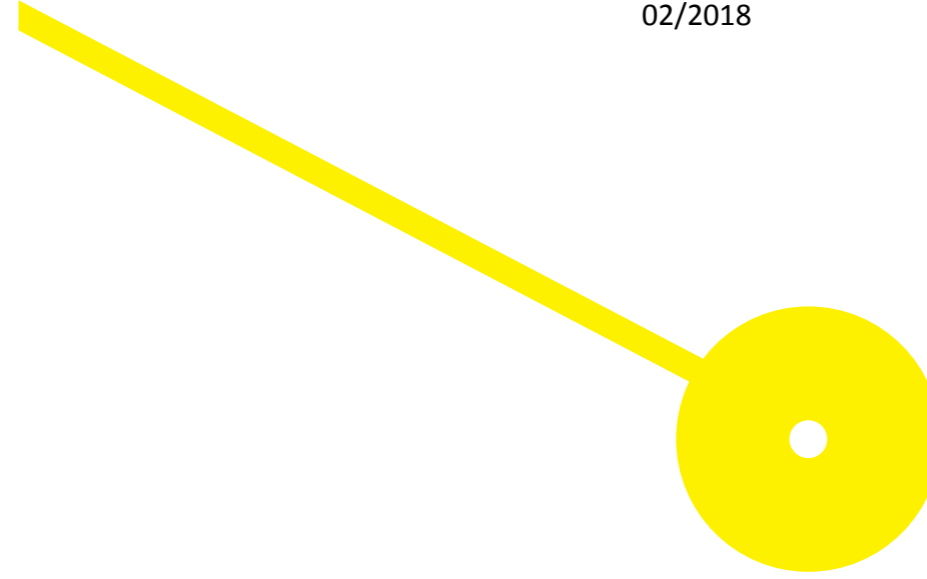
A Terapia Ocupacional em Cuidados Paliativos –
a visão dos profissionais da Rede Nacional de
Cuidados Continuados Integrados
Ana Filipa Monteiro Dias

02/2018

Ana Filipa Monteiro Dias. A Terapia Ocupacional em Cuidados Paliativos – A visão
dos profissionais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Terapia Ocupacional em Cuidados
Paliativos – A visão dos profissionais da
Rede Nacional de Cuidados Continuados
Integrados
Ana Filipa Monteiro Dias

02/2018



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO PORTO

INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

Ana Filipa Monteiro Dias

A Terapia Ocupacional em Cuidados
Paliativos – A Visão dos Profissionais da
Rede Nacional de Cuidados Continuados
Integrados

Dissertação submetida à Escola Superior de Saúde do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Terapia Ocupacional, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Paula Portugal, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Fevereiro, 2018

AGRADECIMENTOS

À minha família, principalmente pais, irmã e avós, por permitirem que isto fosse possível, por me obrigarem a seguir os meus sonhos, pelo apoio incondicional, por acreditarem sempre, por me acolherem todas as vezes com os braços e abraços mais calorosos, e acima de tudo, por me perdoarem todas as faltas aos almoços de domingo.

Ao João. Ao meu amor maior por estar sempre presente, por nunca duvidar nem um pouco de mim, por todos os cafés de madrugada, por todas as vezes que leu e releu todo o trabalho, mesmo sem perceber nada da área, e acima de qualquer outra coisa, por todo o amor que me faz transbordar, dia após dia.

Às amigadas que serão para a vida, as de sempre, e as que o trabalho permitiu descobrir, por me fazerem desligar deste mundo quando era preciso, mas por sempre me mostrarem o caminho para regressar e me manter confiante em todo este processo. Às melhores amigas que poderia ter, Magda e Vanessa, por me acompanharem lado a lado, e por mais uma vez conquistarmos o mundo juntas.

E não poderia esquecer nunca, a minha Té, tão enorme surpresa, por toda a amizade, por permitir todos os desabafos a qualquer hora do dia, por me mostrar sempre o caminho, mesmo com visão fusca, e por reler vezes sem conta este trabalho, ajudando-me sempre a melhorar, “a melhor escolha”, sempre.

À TeSuna, a esta tão (minha) grande tuna, por perceberem e perdoarem todas as vezes que não estive do vosso lado, pelo apoio e pela espera incondicional neste tempo que pareceu infinito. Por me fazerem entregar de forma tão alucinada numa família que de mim já faz parte, “p’ra receber daquilo que aumenta o coração”.

Aos meus utentes, que grande amor este, por me fazerem querer saber e fazer melhor, e por me compreenderem em todas as rotinas alteradas, faltas e horas de sono acumuladas por este projeto.

À Professora Doutora Paula Portugal, pelo acompanhamento e orientação do projeto, pela compreensão de todos os imprevistos e percalços do percurso, principalmente por ter estado do meu lado até ao seu final.

A todos, o meu maior e sincero agradecimento

RESUMO

Nas últimas décadas tem sido visível o envelhecimento da população, bem como o aumento das doenças crónicas e progressivas. Consequentemente verificam-se alterações da rede familiar, traduzindo-se num impacto crescente da organização do sistema de saúde e nos recursos destinados especificamente a utentes crónicos. Assim, surge como resposta a estas necessidades a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e dentro desta, as Unidades de Cuidados Paliativos. Nestas unidades urge a necessidade de uma intervenção multidisciplinar a utentes em situações clínicas decorrentes de doenças severas e/ou avançadas.

Neste estudo pretende-se compreender a perceção dos profissionais integrantes das unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados acerca da pertinência e papel da Terapia Ocupacional em Unidades de Cuidados Paliativos. Assim sendo, recorreu-se a uma metodologia qualitativa para recolha da informação empírica, tendo sido construído um questionário de resposta *online* como instrumento de recolha de dados, aplicado a 25 profissionais a exercer funções em unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Os principais resultados demonstram que maioritariamente nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados o terapeuta ocupacional se encontra incluído na equipa multidisciplinar, e sugerem ainda que todos os profissionais entrevistados consideram pertinente a intervenção de Terapia Ocupacional em Unidades de Cuidados Paliativos, de forma a manter/ promover a funcionalidade do utente até ao fim da sua vida, a par da sua identidade ocupacional.

Palavras-chave: terapia ocupacional; rede nacional de cuidados continuados integrados; unidades de cuidados paliativos; reabilitação; equipa multidisciplinar

ABSTRACT

In the past decades the aging of the population has been visible, as well as the increase of chronic and progressive diseases. As a result, there are changes in the family network, resulting in a growing impact of the organization of the health system and resources specifically aimed at chronic users. Thus, the Long-term Care National Network emerges as a response to these needs, and within this, the Palliative Care Units. In these units, the need for a multidisciplinary intervention for users in clinical situations due to severe and / or advanced diseases is urgent.

This study intends to understand the perception of professionals in the internment units of the Long-term Care National Network about the relevance and role of Occupational Therapy in Palliative Care Units. Thus, a qualitative methodology was used to collect empirical information, and an online response questionnaire was constructed as a data collection instrument, applied to 25 professionals to perform functions in inpatient units of the Long-term Care National Network.

The main results show that the Occupational Therapist is included in the multidisciplinary team in the internment units of the Long-term Care National Network, and also suggests that all the interviewed professionals consider the intervention of Occupational Therapy in Palliative Care Units to be relevant. to maintain/ promote the functionality of the patient until the end of his life, along with his occupational identity.

Key-Words : occupational therapy; Long-term Care National Network ; palliative care units; rehabilitation; multidisciplinary team

LISTA DE ABREVIATURAS

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

AOTA – American Occupational Therapy Association

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AVD's – Atividades da Vida Diária

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

EAPC – Associação Europeia de Cuidados Paliativos

ECSCP – Equipa comunitária de suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa intrahospitalar de suporte em Cuidados Paliativos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TO – Terapia Ocupacional

UC – Unidade de Convalescença

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ÍNDICE

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract.....	III
Lista de abreviaturas	IV
Índice	V
Índice de Tabelas	VII
I. Introdução.....	1
II. Enquadramento Teórico	4
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	5
Cuidados Paliativos	8
III. Metodologia.....	17
Métodos de Recolha de Dados	19
Participantes	21
Procedimentos	23
IV. Processo Analítico	25
V. Conclusão	36
VI. Referências Bibliográficas.....	39
VII. Anexos.....	45
Anexo 1	46

Pedido de Colaboração no Estudo	46
Anexo 2	48
Guião do Questionário.....	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I – Caracterização da amostra	21
Tabela II – Categorias e subcategorias da análise	26

I. INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade e das doenças crónicas e progressivas e, ainda, as alterações da rede familiar têm tido um impacto crescente na organização do sistema de saúde e nos recursos especificamente destinados a utentes crónicos. Neste contexto, os serviços de cuidados continuados, e dentro destes, os de cuidados paliativos (CP), são uma necessidade consensualmente reconhecida (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP], 2018).

A filosofia dos CP tem como objetivo central o bem-estar e a qualidade de vida do utente, pelo que se deve disponibilizar tudo aquilo que vá ao encontro dessa finalidade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2005), promovendo uma abordagem global e holística do sofrimento dos utentes que considera não somente a dimensão física, mas também as preocupações psicológicas, sociais e espirituais dos utentes (Marcucci, 2005). Os CP definem-se como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, através da identificação precoce, avaliação, tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP], 2009; APCP, 2018). Os utentes abrangidos por CP necessitam de um amplo cuidado para o alívio dos sintomas recorrentes das patologias, bem como promoção da independência funcional e qualidade de vida (ANCP, 2009; Costa & Othero, 2014; Pizzi & Briggs, 2004). Assim, acredita-se que estas necessidades possam ser ultrapassadas através da intervenção de profissionais de reabilitação, nos quais se inclui o Terapeuta ocupacional (Costa & Othero, 2014).

A Terapia Ocupacional (TO) presta cuidados a indivíduos de forma a desenvolver, manter e promover o máximo de funcionalidade e autonomia ao longo da vida. A TO tem como missão que o utente se torne o mais independente possível nas áreas de desempenho e retome, ou encontre novos papéis ocupacionais, desde o início da patologia ou lesão (Pedretti & Early, 2005; Marques & Trigueiro, 2011).

Desta forma, a TO tem um papel fundamental no tratamento paliativo, uma vez que promove a manutenção da funcionalidade, promove educação e orientação ao utente e cuidadores, mantém a autonomia dos utentes, bem como a sua identidade ocupacional (Othero 2010; American Occupational Therapy Association [AOTA], 2008). Em CP o Terapeuta ocupacional tem como papel principal proporcionar ao utente meios para manter as suas condições físicas e emocionais no desempenho de tarefas significativas, efetuar adaptações necessárias para a manutenção das funções físicas, cognitivas e sensoriais, bem como do conforto físico, controlo da dor, fadiga e outros sintomas, independentemente da fase da doença (Costa & Othero, 2014; Pizzi & Briggs, 2004).

A relevância deste estudo prende-se com a tendência atual, na medida em que se verifica um crescimento das Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) a nível nacional. No entanto, verifica-se que na maioria dessas unidades não existe um Terapeuta ocupacional como parte integrante da equipa multidisciplinar, uma vez que, de acordo com a Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro não é obrigatória a contratação de um Terapeuta ocupacional para estas equipas. Enquanto Terapeuta ocupacional a trabalhar numa Unidade de Cuidados Continuados, com valência em CP tornou-se pertinente investigar a opinião dos restantes profissionais que exerçam, ou tenham já exercido funções em Unidades de Cuidados Continuados (UCC), acerca do papel da minha profissão em unidades semelhantes. Uma vez que o papel da TO em UCP não está ainda consolidado, e são ainda escassos os estudos referentes a este tema, o presente estudo poderá ser uma vantagem para a sua integração nestas unidades e para a realização de novos estudos.

Desta forma o presente trabalho pretende compreender a perceção dos restantes trabalhadores a exercer, ou que tenham já exercido funções em UCC acerca do papel da TO em UCP e da sua pertinência nessas unidades, na visão dos profissionais. Assim, no decorrer do estudo tentaremos responder às seguintes questões: Os profissionais das UCC têm conhecimento sobre TO? Saberão qual o papel de um Terapeuta ocupacional numa UCC? Saberão qual o principal objetivo de uma UCP? E quais as áreas abrangentes da sua equipa multidisciplinar? O Terapeuta ocupacional deverá integrar a equipa multidisciplinar numa UCP na visão dos restantes profissionais? Qual seria o seu papel nessas unidades, na visão desses mesmos profissionais?

Neste sentido, o presente estudo foi estruturado em três partes: o enquadramento teórico, a metodologia e a apresentação e discussão dos resultados. No enquadramento teórico foi realizada uma revisão da literatura de forma a proporcionar suporte à obtenção do nosso objetivo de estudo. Desta forma, considerou-se relevante abordar a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), bem como a criação das UCP assim como o surgimento da TO e o seu papel em UCP. Não obstante, foram analisados estudos já realizados na área, quer a nível nacional, quer internacional, analisando as barreiras apontadas em estudos já efetuados.

A segunda parte deste estudo descreve a metodologia utilizada, clarificando a sua natureza. Assim, realiza-se a caracterização da amostra e descrição dos instrumentos e procedimentos utilizados ao longo do estudo.

Na última parte, foram apresentados os resultados obtidos e discutidos de acordo com a literatura de forma a fornecer respostas aos objetivos do estudo e questões de investigação.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Nas últimas décadas tem-se verificado o envelhecimento progressivo da população, devido essencialmente à quebra de taxa de natalidade e ao aumento da esperança de vida, resultado da melhoria de qualidade de vida e avanço científico-tecnológico (APCP, 2018). No entanto, quer o avanço tecnológico, quer o aumento da longevidade, tiveram como consequência o aumento de doenças crónicas e progressivas. De acordo com o Despacho conjunto n.º 861/99. - A Lei n.º 102/97, de 13 de Setembro, que alterou a Lei n.º 4/84, de 5 de Abril, entende-se como doença crónica “a doença de longa duração, com aspetos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente afetado”. Existe uma forte correlação entre a doença crónica e a qualidade de vidas dos indivíduos afetados, bem como dos seus familiares, até mesmo nas economias que assumem para si as responsabilidades de saúde e segurança social (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2018).

Assim sendo, houve uma necessidade de encontrar respostas para apoio de pessoas em situação de dependência. Desta forma, em Portugal gerou-se a necessidade de, conjuntamente nos âmbitos da Saúde e da Segurança Social, criar uma resposta com o objetivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que apresente dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal (SNS, 2018). A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho, constitui-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento da estratégia enunciada. Representa um processo reformador desenvolvido por dois setores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o SNS e o Sistema de Segurança Social (SNS, 2018).

A RNCCI define-se como um conjunto das instituições que prestam cuidados continuados integrados, tanto no local de residência do utente como em instalações próprias. Dirige-se a indivíduos em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza psicossocial, preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas domiciliárias. O seu objetivo principal é auxiliar o indivíduo a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida. Os serviços são prestados tanto por entidades públicas – sobretudo hospitais - como privadas – Instituições

Particulares de Solidariedade Social, Misericórdias, entre outras – que prestam cuidados continuados integrados ao abrigo de protocolos celebrados com o Estado (SNS, 2018).

O ingresso na RNCCI é feito através de uma Equipa Coordenadora Local (ECL), mediante uma proposta, proveniente quer do Hospital, quer do Centro de Saúde do indivíduo, independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatório ou de apoio domiciliário. Face à proposta de ingresso, a ECL, após análise e decisão sobre a situação referenciada, identifica e providencia o melhor recurso da Rede que responde às necessidades do utente/família, sendo, de igual forma, a responsável pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação (Ministério da Saúde, 2007).

Uma vez que a necessidade de cuidados é diferenciada para cada indivíduo, tal como a sua situação de dependência, também a Rede foi dividida em unidades consoante as necessidades apresentadas. Assim, a prestação de cuidados na RNCCI é assegurada por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias, explicadas em seguida (Ministério da Saúde, 2009; Carvalho, 2012):

- Unidades de internamento:
 - Unidade de Convalescença (UC) – indicada para indivíduos que estiveram internados num hospital devido a uma situação de doença súbita ou ao agravamento de uma doença ou deficiência crónica, que já não necessitem de cuidados hospitalares, mas que ainda requeiram cuidados de saúde que não possam ser assegurados no domicílio. Os internamentos nesta unidade duram até 30 dias.
 - Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) – indicada para indivíduos que perderam temporariamente a sua autonomia, mas que são capazes de recuperá-la, necessitando de cuidados de saúde e reabilitação que não possam ser assegurados no domicílio. Os internamentos nesta unidade duram entre 30 e 90 dias.
 - Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) – indicada para indivíduos com doenças ou processos crónicos, apresentando diferentes níveis de dependência, que não reúnam condições para ter assegurados os cuidados no domicílio. Esta unidade presta ainda apoio social e cuidados de saúde de manutenção, que permitam prevenir e/ou retardar o agravamento da situação de dependência, promovendo assim o conforto e qualidade de vida. Os internamentos nesta unidade são superiores a 90 dias. A ULDM permite ainda

internamentos em caso de descanso do cuidador, quando apresentada e aprovada essa necessidade, com duração até 90 dias.

- Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) – indicada para indivíduos que apresentem situação clínica complexa e de sofrimento, devido a uma doença avançada, severa, incurável e progressiva. Esta unidade não apresenta tempo limite de internamento. São, normalmente, geridas por um médico e asseguram cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares e de diagnóstico, prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, consulta e acompanhamento de doentes de outras unidades, acompanhamento psicossocial e espiritual, atividades de manutenção, de higiene e lazer, e convívio.
- Unidades de ambulatório
 - Unidade de dia e de promoção da autonomia (UDPA) – para indivíduos que necessitem de cuidados de apoio social, de saúde, promoção/ manutenção de autonomia e funcionalidade, que podendo permanecer no domicílio, não possam ter estes cuidados aí assegurados.
- Equipas hospitalares de cuidados continuados de saúde e de apoio social
 - Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) – recurso hospitalar que tem como objetivo prestar assessoria técnica diferenciada na área de cuidados paliativos, de forma transversal nos diferentes serviços do hospital onde estão sedeadas. É formada por uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos, que deve possuir um espaço físico próprio para coordenação das suas atividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo. Esta equipa tem como objetivo prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua atuação. A equipa assegura a formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados; cuidados médicos e de enfermagem

continuados; tratamentos paliativos complexos; consulta e acompanhamento de doentes internados; assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares; cuidados de fisioterapia; apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto

- Equipas domiciliárias de cuidados continuados de saúde e de apoio social
 - Cuidados Continuados Integrados Domiciliários/ Equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) – para indivíduos em situação de dependência funcional, quer seja transitória ou prolongada, que estejam impossibilitados de se deslocar de forma autónoma, necessitando de cuidados continuados integrados no domicílio.
 - Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) - equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro. Tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas e cuidados integrados e às unidades de média e de longas durações e manutenção. A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos assegura, sob a direção de um médico, a formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários; a avaliação integral dos doentes; os tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos; a gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais; a assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados e a assessoria aos familiares e ou cuidadores.

CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004), prevê-se que por volta de 2020 mais de 15 milhões de pessoas sejam afetadas por doenças oncológicas, e que por ano será registado mais de um milhão de óbitos consequentes desta patologia. Assim sendo, estas alterações na sociedade têm tido impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e

nos recursos destinados a este tipo de utentes, surgindo a necessidade de criar respostas para estas doenças e os seus portadores (World Health Organization [WHO], 2004; DGS, 2005).

As primeiras respostas a estas necessidades surgiram há vários anos, onde historicamente os cuidados paliativos seriam praticados nos antigos hospícios, locais que serviam de abrigo para peregrinos, pobres, órfãos e doentes. Mais tarde estas práticas passaram a ser características de hospitais, já no século XIX (Pessini, 2005).

Já na década de 60 é defendido pela primeira vez o cuidado a doente em fim de vida, por Cicelu Saunders, que fundou em Inglaterra no ano de 1967 a primeira unidade dedicada a cuidados paliativos, o St. Christopher's Hospice (Pessini, 2005; Clark, 2002; Clark & Graham, 2011).

É apenas na década de 80 que o termo Cuidados Paliativos é adotado pela OMS, devido à dificuldade de tradução adequada do termo hospice em alguns idiomas (APCP, 2018). Em 1990 a OMS publica a sua primeira definição de Cuidados Paliativos, que após revista em 2002 foi substituída pela atual. Assim, segundo a OMS, os cuidados paliativos podem ser definidos como cuidados ativos e totais com medidas que aumentam a qualidade de vida de utentes e seus familiares que enfrentam uma doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (APCP, 2018; Pessini, 2005; De Carlo et al, 2008).

Assim, os Cuidados Paliativos constituem-se de uma filosofia de cuidados que pode ser utilizada em diferentes contextos e instituições e não só a cuidados institucionais (APCP, 2018; Pessini & Bertachini, 2005). Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano. A família é parte do processo, também após a morte do utente, no período de luto.

Os Cuidados Paliativos (CP) baseiam-se em conhecimentos inerentes a diversas áreas, pelo que a OMS (2004) afirmou os princípios que regem a atuação da equipa multidisciplinar dos Cuidados Paliativos: (a) Promover o alívio da dor e outros sintomas angustiantes; (b) Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; (c) Não acelerar nem adiar a morte; (d) Integrar os aspetos psicológicos e espirituais no cuidado ao utente; (e) Oferecer um sistema de suporte que possibilite o utente viver da forma mais ativa possível até ao final da sua vida; (f) Oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença e o processo de luto; (g) Usar uma abordagem multidisciplinar de forma a focar as necessidades do utente e dos seus familiares, incluindo acompanhamento no processo de luto; (h) Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da

doença; (i) Iniciar o mais precocemente possível o cuidado paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas angustiantes (WHO, 2004; ANCP, 2009).

Por definição da OMS de CP, todos os utentes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida, deveriam receber a abordagem dos CP. Contudo, se assim fosse, a maioria dos utentes continuaria sem assistência deste ramo, uma vez que ainda não há disponibilidade de serviços e profissionais capazes de atender toda esta população, a nível mundial (WHO, 2004).

Em 2009 a Associação Europeia para os Cuidados Paliativos (EAPC) propõe e sugere a adoção nos diferentes países europeus, de um conjunto de padrões, normas e conceitos consensualizados para que se definam os mínimos estruturais e conceptuais básicos no sentido de garantir a qualidade na prestação de CP (EAPC, 2009). Desta forma, existem na Europa diferentes tipos de organização em CP, sendo que uma organização integrada é constituída por hospitais, rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) e cuidados primários (EAPC, 2009; DGS; 2005; APCP, 2018; Carvalho, 2012).

CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Em Portugal os CP constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes com prognóstico de vida limitado, tal como defendido pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (Carvalho, 2012). No entanto, estes são uma área relativamente recente em Portugal. Foi no ano de 1992 que surgiu um dos primeiros serviços de Cuidados Paliativos, inicialmente como Unidade de Dor com internamento. Já em 1994 foi criada no Instituto Português de Oncologia do Porto uma Unidade de Cuidados Paliativos, ainda que em instalações provisórias (Marques et al, 2009).

Com o passar dos tempos e a crescente necessidade destes cuidados surge a 15 de Junho de 2004, decretado por despacho, o primeiro Programa Nacional de Cuidados Paliativos, que oficializa a criação de unidades de CP em Portugal (DGS, 2005). Em 2010 foi aprovado o segundo Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) em Portugal, baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para esta área, que refere que os CP são uma resposta integrante do Sistema Nacional de Saúde (SNS) flexível, focada nos cuidados domiciliários e considerando estes cuidados de saúde como essenciais (Marques et al., 2009). Este programa prevê a criação de unidades de cuidados paliativos, com o objetivo de responder às necessidades preferenciais do doente, promovendo fácil acesso a estes cuidados, tão próximo quanto possível da sua residência, impulsionando a

articulação entre os cuidados paliativos e outros cuidados de saúde, tendo por base diferentes níveis de diferenciação (DGS, 2005).

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) propõe a estratificação dos tipos de cuidados em quatro níveis de diferenciação que se distinguem entre si pela capacidade de responder a situações mais ou menos complexas e pela especialização e formação dos profissionais. Assim sendo, os níveis de diferenciação designam-se por Ação Paliativa e Cuidados Paliativos de níveis I, II e III (EAPC, 2009; DGS, 2005; ANCP, 2009).

As ações paliativas representam o nível básico de palição, são medidas terapêuticas sem intuito curativo que visam a minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, sem recurso a equipas ou estruturas diferenciadas (DGS, 2005; Carvalho, 2012; ANCP, 2009).

Os CP de nível I, II e III são respostas organizadas e planificadas.

- Os **Cuidados Paliativos de nível I** são prestados por equipas multidisciplinares, com formação diferenciada em CP, que podem prestar diretamente os cuidados ou exercer funções de apoio técnico a outras equipas; estruturam-se habitualmente como equipas intra-hospitalares ou domiciliárias de suporte em CP; podem ser prestados a doentes internados, ambulatoriais ou no domicílio, que necessitam de CP diferenciados.
- Os **Cuidados Paliativos de nível II** garantem a prestação direta e/ou apoio efetivos nas 24 horas; requerem a prestação direta dos cuidados por equipas multidisciplinares, em que todos têm formação diferenciada em CP e em que os elementos com funções de coordenação técnica têm formação avançada em CP; habitualmente são prestados através de UCP, com internamento próprio, podendo incluir cuidados domiciliários e no ambulatório.
- Os **Cuidados Paliativos de nível III** para além das características e condições dos de nível II acrescentam o desenvolvimento de programas estruturados e regulares de formação especializada e investigação em CP. Possuem equipas multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de CP, assumindo-se como unidades de referência. (DGS, 2005; Carvalho, 2012).

Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006, as respostas de CP em Portugal podem definir-se nas modalidades de UCP, EIHSCP e ECSCP (Ministério da Saúde, 2009; Carvalho,

2012). Já em setembro 2012 surge a Lei nº. 52/2012 que, sob tutela do Ministério da Saúde “Consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos CP, define a responsabilidade do Estado em matéria de CP e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP)”.

Segundo o SNS, à data de dezembro de 2017, a nível nacional existiam 27 UCP, 44 EIHSCP e 23 ECSCP (SNS, 2018). Nas equipas reconhecidas pela APCP verifica-se que o número de profissionais de reabilitação é reduzido. Por norma, as equipas são formadas por médicos, enfermeiros, bem como assistentes sociais e psicólogos (Costa & Othero, 2014). Diversos são os estudos que corroboram com esta realidade, referindo exatamente estes profissionais como sendo apenas os indispensáveis para a formação da equipa multidisciplinar (Capelas, 2008; Costa & Othero, 2014).

Tendo em consideração a experiência dolorosa, a complexidade do adoecimento e o paradigma da integralidade de assistência à saúde, a abordagem, na filosofia dos CP, acontece em âmbito multiprofissional e interdisciplinar. Assim sendo, uma equipa de CP idealmente deveria ser composta por profissionais das diversas áreas: médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, farmacêutico, nutricionista e padre, ou assistência espiritual especializada (Doyle, 2009; Taquemori et al, 2008; Pizzi & Briggs, 2004).

Vários autores defendem que atualmente há uma tendência crescente em inserir equipas de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala) nas UCP. Estas equipas têm como objetivo determinar a perda de funcionalidade do utente, estimar o potencial da sua funcionalidade e desenvolver um programa de intervenção que acompanhe a progressão da doença. Assim, as equipas de reabilitação deixam de ser vistas apenas como um meio para atingir o potencial funcional, passando a ter um papel de auxílio na recuperação da dignidade do utente e do seu cuidador. As equipas de reabilitação ajudam os cuidadores e utentes a perceberem os seus medos, a ganharem consciências dos mesmos e ensina-os a estarem aptos para descrevê-los, expressá-los e aprender a contorná-los (Frost, 2001; Taquemori et al 2008; Pizzi & Briggs, 2004).

TERAPIA OCUPACIONAL

De acordo com Ferrari, é por meio da ocupação que o indivíduo explora, domina e se transforma a si e ao mundo que o cerca. A vida é um grande conjunto de ações e de ocupações. A ocupação é o que envolve o indivíduo no mundo e o permite cuidar de si, dos outros e sobreviver. A ocupação desenvolve as suas competências e capacidades, e auxilia

na procura de interesses e valores (Neistadt & Crepean, 2002; Ferrari, 2005; Kielhofner, 2008).

Com a evolução dos tempos também a ocupação foi ganhando cada vez mais importância. Entende-se por ocupação tudo o que o indivíduo realiza com o intuito de cuidar de si próprio, desfrutar da vida e/ou contribuir para o desenvolvimento da sua comunidade. (Bing, 2005; Polatajko & Davis, 2005). Assim, a ocupação pode ser caracterizada como um conjunto de processos, múltiplos e interligados, que ocorrem quando a pessoa e o ambiente interagem e a ocupação progride (Hocking, 2000; Neistadt & Crepean, 2002; Kielhofner, 2008). A este processo chamamos de desempenho ocupacional, isto é, o resultado da interação entre a pessoa, o ambiente e a ocupação (Neistadt & Crepean, 2002; Pedretti & Early, 2005; Marques & Trigueiro, 2011).

O desempenho ocupacional é a área de atuação da TO. Quando ocorrem défices num ou mais processos da ocupação o desempenho ocupacional pode ficar limitado, tempo em que se deve recorrer à atuação de um TO (Neistadt & Crepean, 2002; Pedretti & Early, 2005; Marques & Trigueiro, 2011).

A TO é a ciência que estuda a atividade humana e a utiliza como recurso terapêutico para prevenir e tratar dificuldades físicas e/ou psicossociais que interfiram no desenvolvimento e na independência do utente em relação às atividades de vida diária, trabalho, lazer e participação social. É a arte e a ciência de orientar a participação do indivíduo em atividades selecionadas para restaurar, fortalecer e desenvolver a capacidade, facilitar a aprendizagem das competências e funções essenciais para a adaptação e produtividade, diminuir ou corrigir patologias e promover e manter a saúde (Neistadt & Crepean, 2002; Burkhardt et al, 2011; Ferrari, 2005; Kielhofner, 2008). O papel da TO é que o utente se torne o mais independente possível nas áreas de desempenho e retome, ou encontre novos papéis ocupacionais, desde o início da patologia ou lesão (Pedretti & Early, 2005; Marques & Trigueiro, 2011).

Assim, o Terapeuta ocupacional é definido como o profissional de saúde que analisa o impacto das ocupações na saúde e na qualidade de vida, de forma a restaurar a interação entre o indivíduo e o seu meio ambiente (Neistadt & Crepean, 2002; Söderback, 2009).

Tal como descrito por Söderback, 2009 os principais papéis de um Terapeuta ocupacional são:

- O papel terapêutico: tem a responsabilidade de colaborar com os seus utentes de forma a que estes alcancem os objetivos de envolvimento em atividades significativas da sua vida diária;

- O papel de membro da equipa: tem a responsabilidade de agir em conjunto com os restantes profissionais de saúde de forma a atingir os objetivos esperados;

- O papel de consultadoria: tem a responsabilidade de cooperar com a família e pessoas significativas para o utente, que possam desempenhar um papel significativo na ajuda para atingir os objetivos.

Desta forma, refere-se que os principais objetivos da TO são:

- Auxiliar o utente a aprender ou reaprender atividades que querem ou precisam de dominar na sua vida quotidiana;

- Ajudar o utente a adaptar-se às suas incapacidades, assim como a desenvolver uma performance ocupacional efetiva;

- Ajudar o utente na adaptação do seu contexto às suas dificuldades, facilitando o aumento da participação na vida social;

- Assegurar que o utente se encontra completo de forma a promover sentimentos de recuperação;

- Trabalhar para prevenir doenças e traumas, promovendo a saúde e o bem-estar.

Para facilitar o desempenho ocupacional, o Terapeuta ocupacional pode incluir métodos de tratamentos elaborados com o objetivo de correção de défices – utilizada quando é ainda possível melhorar componentes de desempenho ou se tem esperança nos mesmos - e/ou compensação de défices– utilizada quando já não é esperada uma melhoria, focando-se nas capacidades e competências remanescentes de forma a melhorar o seu funcionamento através da adaptação ou compensação dos défices - nas áreas de desempenho, componentes de desempenho ou nos contextos (Neistadt & Crepean, 2002; Pedretti & Early, 2005).

TERAPIA OCUPACIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

A realização de atividades terapêuticas significativas direcionadas à problemática, associada aos recursos da abordagem funcional e adaptação do ambiente, auxiliam o utente e o cuidador a enfrentar a situação frente às perdas funcionais, cognitivas, sociais e emocionais, a fim de promover o máximo nível de independência e/ou autonomia no desempenho ocupacional, com qualidade de vida, dignidade e conforto (Hunter, 2008). Essa perspectiva vai ao encontro do objetivo em CP que é a obtenção do conforto e controlo dos sintomas, por meio de uma ação integral e integrada junto ao utente e cuidadores (Burkhardt et al, 2011; Pizzi & Briggs, 2004; Hunter, 2008).

O Terapeuta ocupacional tem um papel essencial no que respeita a ajudar a pessoa a manter a sua identidade ocupacional, bem como em redefinir os papéis ocupacionais, através da realização dos seus últimos desejos e da prestação de cuidados personalizados, com qualidade até ao último momento de vida (Hunter, 2008; Othero 2010). Em CP o Terapeuta ocupacional tem como papel principal proporcionar ao utente meios para manter as suas condições físicas e emocionais no desempenho de tarefas significativas, efetuar adaptações necessárias para a manutenção das funções físicas, cognitivas e sensoriais, bem como do conforto físico, controlo da dor, fadiga e outros sintomas, independentemente da fase da doença (Hunter, 2008; Costa & Othero, 2014). Outros autores acrescentam que o Terapeuta ocupacional nos CP tem como função promover o envolvimento da pessoa em atividades funcionais para o tratamento de disfunções físicas e psicossociais, adaptação à perda funcional, treino de AVDs, orientação e adaptação do estilo de vida, orientação para a gestão do tempo e conservação de energia, bem como a utilização de equipamentos adaptativos e ajudas técnicas para prevenção de deformidades e controlo da dor (Burkhardt et al., 2011; AOTA, 2008; Hunter, 2008).

Segundo Queiroz (2012), as abordagens mais usadas pelo Terapeuta ocupacional traduzem-se no treino e orientação nas AVD's, atividades físicas, massagem e exercícios para alívio e controlo da dor; orientação para a facilitação das tarefas no sentido da conservação de energia; estímulo de atividades físicas (de acordo com o grau de fadiga) para preservar a mobilidade e grau de independência; ensino aos cuidadores; confeção de adaptações que facilitem o desempenho ocupacional; posicionamento adequado no leito e nas mudanças posturais para evitar contraturas, deformidades e úlceras de pressão, bem como facilitar a mobilidade ativa e realizar atividades terapêuticas (expressivas, lúdicas, corporais e artesanais) que adiem o processo de perdas decorrentes da evolução do quadro clínico. (Queiroz, 2012; Pizzi & Briggs, 2004; Hunter, 2008)

A abordagem considera a situação atual do utente (clínica e psicossocial), o seu prognóstico, respeitando as necessidades e desejos de todos os intervenientes no processo terapêutico, delineando objetivos realistas na procura da resolução de problemas e organização da rotina. Durante o processo terapêutico, as atividades propostas são direcionadas para a problemática identificada e referida pelo utente, pelos cuidadores e pelos membros da equipa multidisciplinar, para que dessa forma se consigam utilizar todos os recursos, técnicas e métodos disponíveis que vão da abordagem funcional à adaptação do ambiente. Os objetivos estabelecidos devem ir ao encontro das competências remanescentes, das limitações presentes, das necessidades e dos desejos do utente e do cuidador, objetivando

o conforto nas diferentes esferas do indivíduo e a qualidade de vida, através da realização de projetos a curto e médio prazo e que dão sentido e significado à vida (Queiroz, 2012; De Carlo, 2008, Tedesco et al, 2003).

A intervenção da TO em CP pode ser individual (no leito, no domicílio, no ginásio de reabilitação) ou em grupo (atividades de grupo, grupos específicos). De referir ainda que o Terapeuta ocupacional atua não só com e para o utente, como também com a sua família e cuidadores, quer de forma individual, quer grupal (Costa & Othero, 2014; AOTA, 2008; Hunter, 2008).

Na sua prática o Terapeuta ocupacional tem como recurso terapêutico as atividades, que são recursos que proporcionam a conexão entre o sujeito e o meio, permitindo ampliar o viver e torná-lo mais intenso; são enriquecedoras, permitem reestruturar e integrar diferentes experiências, intensificando o sentimento de vida (Marques & Trigueiro, 2011 ; Trump, 2005; Hunter, 2008). É importante reforçar que na fase final de vida poderá haver mudanças nos objetivos da intervenção, tendo na organização da rotina e na diminuição dos estímulos um modo de propiciar conforto. Em alguns casos, é possível manter suas atividades significativas, a partir de recursos como musica e leitura, trazendo melhor acolhimento e conforto ao utente (Pizzi & Briggs, 2004; Hunter, 2008). No acompanhamento familiar, pode-se ajudar nas despedidas, na expressão de sentimentos e emoções e na abertura de novos canais de comunicação por meio de atividades (McCouchlan, 2004). A vida não pode perder o seu sentido e significado até ao último momento, e deve promover-se a dignidade ao utente e aos seus cuidadores fora da possibilidade de cura.

III. METODOLOGIA

A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite resolver problemas ligados a fenómenos do mundo real em que vivemos. Estes conhecimentos são, muitas vezes, adquiridos a partir de duas grandes abordagens: a abordagem quantitativa, e a abordagem qualitativa (Aires, 2015; Fortin, 2003; Goldenberg, 2004).

Dada a natureza do presente estudo, uma vez que é um tema pouco estudado em Portugal, e dada a sua importância, foi utilizada uma abordagem qualitativa e de carácter exploratório, projetado para verificar a perceção dos profissionais integrantes das unidades de internamentos da RNCCI acerca do papel da TO em UCP. A abordagem qualitativa tem por objetivo a compreensão alargada dos fenómenos. Assim, esta metodologia adota diversos métodos de investigação para a obtenção de dados descritivos de um fenómeno, procurando encontrar o seu sentido, ao compreendê-lo segundo a perspectiva dos participantes da situação em estudo (Chizzotti, 2003; Fortin, 2003; Turato, 2003).

Um processo de investigação qualitativa envolve diferentes fases, fases essas que se desencadeiam de forma interativa, isto é, em cada momento existe uma relação entre modelo teórico, estratégias de pesquisa, métodos de recolha e análise de informação, avaliação e apresentação dos resultados do projeto (Aires, 2015). De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo, decorrente da investigação qualitativa, divide-se em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2009; Minayo, 2007). A pré-análise é a fase de organização, que tem como objetivo sistematizar as ideias iniciais de forma a conduzir um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa. Retomam-se as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os de acordo com o material recolhido. Esta fase incorpora três tarefas: leitura flutuante, constituição do *corpus* e reformulação de hipóteses e objetivos. É nesta fase que são formuladas as categorias para a análise do conteúdo obtido na investigação. A segunda fase, exploração do material, define-se como a operação de analisar o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente. O tratamento dos resultados, terceira e última fase, resulta na inferência e interpretação dos resultados brutos de acordo com as categorias formuladas, de forma a que estas permitam ressaltar as informações obtidas. Após isto serão feitas inferências e interpretações de acordo com os objetivos da investigação (Bardin, 2009; Minayo, 2007).

MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS

De acordo com vários estudos a entrevista é a técnica mais utilizada em investigações qualitativas, uma vez que aborda uma larga variedade de técnicas, desde questionários telefónicos ou online, entrevistas de grupos e individuais. (Aires, 2015; Goldenberg, 2004).

Uma vez que se pretendia que a amostra abranja todos os profissionais a trabalhar em Unidades de Cuidados Continuados, o método mais adequado seria um questionário que possibilitasse a obtenção das respostas sem haver a necessidade da presença do investigador. Marconi e Lakatos (2002, p. 201) definem questionário como sendo “um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”.

Assim sendo, foi utilizada a ferramenta *Google Docs* para a criação de um questionário. Deste modo, torna-se mais fácil a resposta, uma vez que o questionário é respondido online e enviado, diretamente, para o investigador. Assim, o questionário consegue atingir várias pessoas ao mesmo tempo, obtendo um grande número de dados, podendo abranger uma área geográfica mais ampla, esperando-se assim ter um maior número de adesão por parte dos participantes (Bardin, 2009).

Para qualquer instrumento de pesquisa utilizado no estudo há necessidade de um pré-teste, de forma a verificar a fiabilidade e validade do instrumento, bem como avaliar a clareza da formulação das questões (Marconi e Lakatos, 2002). Assim sendo, o pré-teste foi enviado para 10 indivíduos a exercer funções em Unidades de Cuidados Continuados. Foram recebidos 7 desses questionários, utilizados então para a realização do pré-teste, aliado ao envio do questionário para um painel de peritos. De referir que através da realização do pré-teste foi possível verificar a necessidade de reformulação de algumas questões, uma vez que as respostas obtidas não estavam a ir de encontro ao pretendido, nomeadamente em questões que exigem respostas mais completas. Desta forma, o questionário sofreu uma reformulação, passando a envolver questões fechadas e abertas. As questões fechadas envolviam questões de resposta dicotómica, escolha entre “sim” e “não”, e respostas de escolha múltipla.

A formulação do guião é um dos passos mais importantes na elaboração do questionário. O pesquisador deve ter cuidado para não elaborar perguntas ambíguas ou tendenciosas. O investigador deve elaborar um roteiro com questões claras, simples e diretas, de forma a orientar corretamente os entrevistados para os objetivos do estudo (Goldenberg, 2004).

No presente estudo, o questionário foi desenvolvido com duas componentes, uma componente de avaliação de informações demográficas e outra componente correspondente às perguntas desenvolvidas de encontro aos objetivos do estudo. Após a reformulação necessária posteriormente ao pré-teste surge o guião final para o questionário, que aborda as questões sociodemográficas, a perceção dos entrevistados acerca das UCP e da sua equipa multidisciplinar, a perceção acerca da TO, qual o seu papel na visão daqueles que já tiveram contacto com Terapeutas Ocupacionais ao longo do seu percurso profissional, e qual o papel da TO em UCP.

PARTICIPANTES

Na metodologia qualitativa pretende-se recolher a maior quantidade de informação possível, de forma a confirmar factos e recolher fundamentação para a pesquisa. A escolha da amostra é intencional, traduzindo-se num grupo de população que, com base nas informações disponíveis, possa ser representativo de todo o universo em estudo (Aires, 2015; Marconi e Lakatos, 2002). Como critérios de inclusão utilizaram-se o fazer parte de uma unidade de cuidados continuados (Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração, Unidade de Longa Duração e Manutenção e/ou Unidade de Cuidados Paliativos). Como critérios de exclusão à amostra definiu-se não ter exercido ou exercer atualmente funções numa Unidade de internamento de cuidados continuados a nível nacional.

Desta forma foram contactados 50 profissionais que contemplavam os critérios supracitados, a nível nacional. Optou-se por não restringir o estudo à zona norte, de forma a obter uma representatividade das perspetivas dos profissionais dos diferentes distritos a nível nacional. Foi apresentado o projeto através das redes sociais, dos quais grupos de trabalhadores da RNCCI e Terapeutas Ocupacionais em Portugal, e pedida a colaboração no estudo. Foi utilizado este método de partilha, uma vez ser mais facilitado o contacto com os diferentes profissionais, de diferentes tipologias de UCC a nível nacional. Aos profissionais que assentiam colaborar no estudo foi pedido o e-mail e posteriormente enviado o endereço de preenchimento do questionário: [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScrIzKjWzCO5qvQIBBQXgjYvocR0a_TFIHt7uShe3m-jmwpsg/viewform?usp=sf link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScrIzKjWzCO5qvQIBBQXgjYvocR0a_TFIHt7uShe3m-jmwpsg/viewform?usp=sf_link). Juntamente com os questionários foi enviada uma nota explicativa sobre a natureza da pesquisa, os objetivos e o consentimento informado (Aires, 2015; Marconi e Lakatos, 2002).

A amostra do estudo é constituída por 25 profissionais, dos 50 contactados, sendo estes os indivíduos que responderam ao questionário até à data limite imposta. Os profissionais integrantes da amostra exercem funções em diversas tipologias inerentes às UCCI da RNCCI e de vários distritos portugueses. É importante referir que dos 25 participantes existem 7 enfermeiros, 6 terapeutas ocupacionais, 3 animadores(as) socioculturais, 2 fisioterapeutas, 2 nutricionistas, 2 auxiliares de ação médica, 1 psicólogo(a) e 1 assistente social. Os 25 participantes apresentam idades compreendidas entre os 22 e 50 anos e apenas 5 são do sexo masculino. A experiência profissional dos participantes na RNCCI varia entre 3 meses e 8 anos e 6 meses. As informações relativas à amostra são apresentadas na tabela I, pela ordem de receção de resposta ao questionário.

Tabela I - Caracterização da Amostra

Entrevistado	Sexo	Idade	Profissão	Tipologia de UCC	Experiência Profissional na RNCCI	Distrito
1	Feminino	32	Fisioterapeuta	UC ULDM UCP	6 anos e 7 meses	Porto
2	Feminino	29	Terapeuta Ocupacional	ULDM UCP	1 ano e 6 meses	Porto
3	Feminino	31	Fisioterapeuta	UMDR	4 anos	Porto
4	Feminino	31	Terapeuta Ocupacional	UMDR ULDM	5 anos	Coimbra
5	Masculino	50	Enfermeiro(a)	UMDR	8 anos e 6 meses	Vila Real
6	Feminino	32	Animador Sociocultural	UMDR ULDM	4 anos	Castelo Branco
7	Feminino	24	Terapeuta Ocupacional	ULDM	2 anos	Braga
8	Feminino	47	Auxiliar de Ação Médica	UMDR	7 anos	Braga
9	Feminino	29	Animador Sociocultural	ULDM UCP	4 meses	Porto
10	Feminino	25	Auxiliar de Ação Médica	UMDR ULDM	4 anos	Castelo Branco
11	Feminino	24	Terapeuta Ocupacional	UMDR ULDM	1 ano e 10 meses	Coimbra
12	Masculino	26	Terapeuta da Fala	UMDR	3 anos e 6 meses	Leiria
13	Feminino	33	Psicólogo(a)	UMDR ULDM	6 anos e 4 meses	Coimbra
14	Feminino	24	Animador Sociocultural	ULDM	3 anos	Braga-Barcelos
15	Feminino	32	Nutricionista	ULDM	4 anos	Porto
16	Feminino	28	Terapeuta Ocupacional	UMDR ULDM	5 anos	Santarém
17	Feminino	27	Enfermeiro(a)	ULDM UCP	3 anos e 3 meses	Porto
18	Feminino	24	Enfermeiro(a)	ULDM UCP	6 meses	Faro
19	Feminino	26	Assistente Social	UMDR	1 ano	Porto
20	Feminino	26	Terapeuta Ocupacional	UMDR ULDM	4 anos e 1 mês	Castelo Branco
21	Feminino	47	Enfermeiro(a)	UCP	2 anos e 6 meses	Vila Real
22	Masculino	22	Enfermeiro(a)	ULDM UCP	3 meses	Porto
23	Masculino	30	Enfermeiro(a)	UMDR ULDM	6 anos	Coimbra Santarém
24	Masculino	29	Nutricionista	ULDM UCP	2 anos e 3 meses	Porto

25	Feminino	31	Enfermeiro(a)	UC ULDM UCP	4 anos	Porto
----	----------	----	---------------	-------------------	--------	-------

PROCEDIMENTOS

Inicialmente realizou-se uma revisão bibliográfica, no sentido de perceber a realidade em Portugal acerca das UCP, bem como a intervenção da TO nessas unidades. Foi elaborada ainda uma pesquisa a nível internacional, de forma a perceber e fundamentar a pertinência do estudo em causa. Uma vez que através da revisão da literatura se compreendeu a fraca intervenção da TO na área de CP, e tendo por base a formação e área de intervenção dos autores do estudo, surgiu o interesse em analisar a perceção que os restantes profissionais da área teriam acerca da pertinência do envolvimento da TO na área de UCP. Assim sendo, foi então delineado o tema e os seus principais objetivos de investigação. Após esta fase, percebeu-se a importância de analisar a bibliografia referente ao surgimento dos cuidados paliativos no mundo e especificamente em Portugal, o surgimento da RNCCI e das suas unidades de internamento, concretamente as UCP, e ainda a TO e o seu papel em UCP. Uma vez que, tal como referido anteriormente, o objetivo principal do estudo seria analisar a perceção que os restantes profissionais da área teriam acerca da pertinência do envolvimento da TO em UCP, a metodologia qualitativa revelou ser a mais eficaz no estudo de temas pouco explorados e que envolvam a opinião subjetiva dos indivíduos sobre qualquer assunto.

A segunda fase do estudo consistiu na seleção dos participantes, profissionais a exercer ou que tenham já exercido funções em UCC, seguida da elaboração do questionário ferramenta *Google Docs*, e realização de um pré-teste, de forma a analisar a validade e fiabilidade do mesmo. Posteriormente foi realizada a redação de toda a metodologia. Após seleção dos critérios de inclusão e exclusão para a amostra, foram contactados alguns profissionais que cumpriam os requisitos, sendo estes informados do estudo e questionados se aceitariam participar no mesmo.

Na terceira fase, após reformulação do questionário de acordo com o obtido no pré-teste, o questionário foi enviado via e-mail a todos os participantes que consentiram participar no estudo e correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão definidos. De referir que a primeira página do questionário envolvia um modelo de consentimento informado que, só após ser aceite, permite que o questionário prossiga e seja enviado ao investigador. Efetuou-se, então a recolha e posterior análise do conteúdo dos questionários, que constituíram o *corpus* do trabalho. A análise de conteúdo foi o método selecionado para

o tratamento dos dados, através da categorização no sentido de agrupar os dados segundo a informação comum entre eles. Optou-se por utilizar uma análise de conteúdo com categorização à posteriori, dado o estudo ser de carácter exploratório, não existindo categorias pré-estabelecidas. Segundo Bardin (2009) as categorias devem seguir certas características de forma a que o sistema categorial seja válido. Assim sendo, as categorias devem atender aos critérios de pertinência, isto é, as categorias devem ser adequadas aos objetivos da análise e natureza do material a ser analisado, bem como atender ao critério da exaustividade, significando este ponto que devem possibilitar a inclusão de todo o conteúdo; homogeneidade, sendo que a organização das categorias deve ser fundamentada num único princípio ou critério de classificação; exclusão mútua que defende que cada elemento apenas pode ser incluído numa única categoria e por fim fidelidade que defende que em condições diferentes os resultados deverão ser semelhantes quando categorizando as mesmas unidades.

A análise de conteúdo foi realizada de forma independente pela autora e por dois investigadores, aplicando-se assim o processo de revisão por pares, no sentido de dar mais fiabilidade ao estudo (Bardin, 2009; Aires, 2015; Marconi e Lakatos, 2002). A revisão por pares é imprescindível, uma vez que reduz a subjetividade, garantindo assim a credibilidade do processo. Dentro do sistema de revisão por pares optou-se pela utilização do sistema aberto, em que a identidade dos autores e revisores é conhecida por ambas as partes. Assim sendo, após apresentação dos objetivos do estudo e categorias seleccionadas, foi solicitada a revisão neste último ponto.

Por fim, após a análise os resultados foram descritos e discutidos de acordo com a literatura. Para finalizar foram referidas as principais conclusões retiradas durante a análise e discussão dos resultados, assim como mencionadas as limitações do presente estudo, seguidas das sugestões para estudos futuros.

IV. PROCESSO ANALÍTICO

Através da análise de todos os questionários obtidos, de forma a ir de encontro ao objetivo estabelecido, tornou-se relevante conhecer a percepção dos profissionais acerca das UCP e dos elementos que devem integrar a sua equipa multidisciplinar, bem como a visão que estes têm acerca da TO, do seu papel enquanto profissional de saúde, assim como da pertinência da TO em UCP e qual o papel deste técnico nessas unidades.

Assim, foram delineadas as duas categorias de análise, cada uma delas subdividida em subcategorias, tal como representado na tabela II.

Tabela II - Categorias e subcategorias de análise.

Categoria	Subcategoria	Nº de ocorrências	% de ocorrências	Nº de entrevistas	% de entrevistas
Unidades de Cuidados Paliativos	Definição de UCP	25	17,2%	25	100%
	Elementos que devem integrar a equipa multidisciplinar em UCP	25	17,2%	25	100%
Terapia Ocupacional	Definição de TO	22	15,2%	22	88%
	Papel do Terapeuta Ocupacional	20	13,8%	20	80%
	Pertinência e papel da TO em UCP	53	36,6%	25	100%

Relativamente às categorias definidas, pode verificar-se que muitos dos indivíduos não foram capazes de relacionar as suas respostas com o “papel do Terapeuta ocupacional”, mas a o “Papel da TO em UCP” foi diversas vezes mencionado ao longo do questionário, na visão de cada profissional.

Seguidamente, tendo por base as categorias definidas, foram analisadas as respostas aos questionários, comparando com a literatura exposta no enquadramento teórico, de forma a responder às questões do presente estudo.

Categoria 1: Unidades de Cuidados Paliativos

Na presente categoria pretendeu-se analisar a visão dos profissionais referente às UCP em Portugal. Assim, esta subdividiu-se em duas subcategorias: definição de UCP e Elementos que devem integrar a equipa multidisciplinar nas UCP.

Categoria 1.1: Definição de Unidades de Cuidados Paliativos

A subcategoria referente à definição de UCP refere-se à visão que cada profissional atribui às UCP. Nesta subcategoria foi possível verificar as diferentes opiniões dos profissionais no que concerne ao objetivo das UCP em Portugal.

Desta forma, verificou-se que o E1 considera as UCP como “*unidades de promoção de alívio de sintomas associados a doenças sem perspectivas curativas*”, tal como o E3 que referiu as UCP como “*cuidados de saúde fundamentais quando as terapias curativas já não têm efeito para o doente*”, ambas definições que se correlacionam com a definição apresentada por E6 “(UCP são) *unidades que prestam cuidados a utentes com doenças incuráveis*”, ou mesmo E7 “*unidades em que se prestam cuidados a pessoas com doenças em fase terminal*”. Todas as definições apresentadas vão de encontro ao preconizado no âmbito da RNCCI, definindo UCP como unidades de internamento destinadas a utentes com doenças complexas em estado avançado ou em fase terminal, que requerem cuidados de cariz paliativo (Ministério da Saúde, 2009). Segundo o definido através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho de 2006, nestas unidades realiza-se o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a utentes em situação complexa e de sofrimento, decorrentes de doença devida e/ou avançada, incurável e progressiva.

Tal como podemos verificar pelo relato de E17, que define UCP como “*instituições que se destinam a cuidar de pessoa com doença progressiva e incurável. Dignificando a fase terminal, maximizando a qualidade dos dias e minimizando o sofrimento*”, ou mesmo de E19, que relata que as UCP “*visam melhorar a qualidade de vida dos utentes, e suas famílias, que enfrentam doenças que ameaçam a vida. O principal objetivo é o alívio do sofrimento, tratando de forma rigorosa os problemas físicos, psicossociais e espirituais, tal como está descrito pela OMS*”, alguns dos profissionais questionados convergiram na definição assente pela OMS (2002) e reforçada por Twycross (2003), que define os cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos utentes que enfrentam problemas decorrentes de doenças incuráveis com prognóstico limitado e/ou doenças terminais, através da prevenção e alívio de sintomas não só físicos mas também

psicossociais e espirituais, bem como visam melhorar a qualidade de vida e diminuir o sofrimento das suas famílias.

No entanto, importa referir que devem ter acesso a cuidados paliativos todos os utentes com doenças crónicas, sem resposta à terapêutica e com prognóstico de vida limitado. Inicialmente este tipo de cuidados destinava-se apenas aos doentes afetados pelo cancro, já nos estadios terminais da doença. Contudo, com o desenvolvimento crescente da palição, juntamente com questões éticas de equidade, justiça e acessibilidade a cuidados de saúde, foram incluídas no leque de patologias cujos utentes beneficiariam de cuidados paliativos, outras patologias como a SIDA em estadio terminal, insuficiências avançadas de órgãos, doenças neurológicas degenerativas, demências em fase terminal, entre outras (APCP, 2006). Tal como referido pela OMS (2002) não são só os doentes incuráveis e avançados que poderão receber os cuidados paliativos, bastando apenas a existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, justificando os cuidados paliativos como cuidados de suporte e não de fim de vida. Também alguns profissionais referiram esse aspeto relativo às UCP, tal como E8 que define as UCP como *“unidades que têm como objetivo principal proporcionar a melhor qualidade de vida ao doente”*, não referindo assim a necessidade de se dirigirem apenas a utentes em fase terminal, ou mesmo E21 que define estas unidades como *“local específico para controle de sintomatologia associada a doenças crónicas”*.

Deste modo pode observar-se que os vários profissionais das várias áreas parecem estar informados acerca das UCP em Portugal e dos seus principais objetivos como respostas de saúde a utentes com necessidades destes cuidados, apesar de na sua maioria considerarem que estas unidades são dirigidas essencialmente para utentes em fase terminal.

Categoria 1.2: Equipa multidisciplinar nas Unidades de Cuidados Paliativos

Nesta subcategoria pretendeu-se inferir, na perceção dos profissionais, quais os profissionais que deveriam integrar a equipa multidisciplinar numa UCP, e quais as principais funções de cada técnico.

De acordo com Twycross (2003), os CP apresentam-se como cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, bem como às suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida. Esta definição converge com o pressuposto de que os CP devem ser praticados por uma equipa multidisciplinar, já

que o seu objetivo consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspetos: físico, mental, espiritual e social (Hermes & Lamarca, 2013).

Diversos relatos tendem na ideia de que a equipa multidisciplinar numa UCP deve incluir os mesmos profissionais do que as restantes UCCI, apenas com especialização na área, tal como se pode verificar pelo relato de E6 “(As UCP devem incluir) *os mesmos técnicos, equipa e funções que num outro tipo de Unidades de Continuados*”, ou mesmo de E12 “(As UCP devem incluir) *todos os profissionais de uma UMDR, particularmente com ação preventiva*”. Estes relatos vão de encontro com o referido pela DGS (2005), no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, onde consta que nas UCP deve incluir-se pelo menos médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica, psicólogos, técnico de serviço social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Também no Manual de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009) é reforçado que a equipa em UCP deve contar com médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico. Por sua vez, existem ainda autores que defendem que a equipa multidisciplinar em UCP deveria ainda incluir um padre ou assistência espiritual especializada (Doyle, 2009; Ferreira, F., Aparício M., Trindade, N., 2014).

No entanto existem ainda estudos que não defendem outros profissionais além de médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica como parte integrante da equipa multidisciplinar nas UCP (Capelas, 2008; Pessini & Bertachini, 2005). Também E8 refere que “*a equipa multidisciplinar deve ser constituída por médico de especialidade, psicólogo, enfermeiro e assistente social*”, delimitando assim a equipa a um pequeno número de profissionais, e excluindo qualquer profissional da área de reabilitação. Estas afirmações vão de encontro com a realidade exigida por lei nas UCP em Portugal, descrito através da Portaria nº 50, de 2 de fevereiro de 2017, onde é referido que, para uma lotação de 15 camas, em UCP a equipa multidisciplinar deve ser formada por médicos, psicólogos, auxiliares de ação médica, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e nutricionistas, excluindo assim a necessidade de o terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e farmacêutico integrarem a equipa em UCP.

Dada a contrariedade das opiniões acerca da formação de uma equipa multidisciplinar em UCP, é importante definir primariamente o termo equipa multidisciplinar que, de acordo com Peduzzi (2011), se caracteriza pelo trabalho realizado em equipa com profissionais de diversas áreas e com técnicas distintas de intervenção, com o objetivo de discutirem estratégias, diagnóstico e abordagens de intervenções.

Sumariamente, tendo por base as respostas obtidas, é importante ressaltar que, tal como defendido por Capelas & Coelho (2014), a elevada qualidade dos cuidados em UCP requer uma equipa multidisciplinar bem coordenada, bem formada e treinada, com as competências comunicacionais necessárias e de avaliação e de tratamento de sintomas físicos e psíquicos, assim como do controlo dos efeitos secundário associados com a doença. Dada a sua natureza holística, a APCP (2006) considera como mínimo para o funcionamento de UCP a existência de uma equipa básica constituída por médico, enfermeiros e assistente social. No entanto, refere que posteriormente a equipa deverá incorporar os terapeutas de reabilitação, psicólogo, farmacêutico, assistentes espirituais e voluntariado, reforçando a ideia que todos os membros da equipa deverão ter formação específica em CP.

Categoria 2: Terapia Ocupacional

Esta categoria refere-se à visão dos profissionais relativamente à TO. Assim, foi pertinente subdividi-la em quatro subcategorias, de forma a analisar todos os pontos referentes à Terapia Ocupacional. Desta forma a categoria foi dividida em: definição da TO, Papel do Terapeuta ocupacional, Pertinência da atuação da TO em UCP e Papel do Terapeuta ocupacional em UCP.

Categoria 2.1: Definição de Terapia Ocupacional

Na presente subcategoria pretendeu-se analisar a visão dos profissionais acerca da TO, nomeadamente a sua definição por cada profissional.

Após analisar as respostas dos diferentes profissionais, foi possível entender que várias são as opiniões acerca da TO, e estas divergem de acordo com as diferentes categorias profissionais. De acordo com E1 TO é a *“área da saúde que permite reabilitar utentes de todas as idades que temporariamente ou de forma definitiva perderam parte ou a totalidade da sua autonomia”*, também E8 refere que a TO *“promove pessoas com limitações a criar instrumentos para ultrapassar as mesmas”*, enquanto E10 menciona que *“ajuda o utente a ultrapassar as suas dificuldades diárias”*.

Enquanto terapeutas ocupacionais foi possível analisar a perceção de E2 e E16, respetivamente, acerca da sua profissão: *“Cada pessoa é um ser único e por isso o olhar da Terapia Ocupacional é absolutamente personalizado, específico e dirigido. A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde que usa a ocupação como meio terapêutico, de forma a promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. E entende-se por «ocupação» tudo o que a pessoa realiza com o intuito de cuidar de si própria, desfrutar da*

vida e/ou contribuir para o desenvolvimento da sua comunidade” e “área da saúde especializada em facilitar/ permitir que as pessoas possam participar nas ocupações que participavam, gostariam de participar ou deveriam participar. Intervém na pessoa trabalhando as suas competências ou no ambiente ajustando-o à pessoa”. Como seria expectável, estas foram as definições de TO que mais se aproximaram à definição partilhada pela OMS, onde TO é definida como a “ciência que estuda a atividade humana e a utiliza como recurso terapêutico para prevenir e tratar dificuldades físicas e/ou psicossociais que interfiram no desenvolvimento e na independência do cliente em relação às atividades de vida diária, trabalho e lazer. É a arte e a ciência de orientar a participação do indivíduo em atividades selecionadas para restaurar, fortalecer e desenvolver a capacidade, facilitar a aprendizagem daquelas habilidades e funções essenciais para a adaptação e produtividade, diminuir ou corrigir patologias e promover e manter a saúde”.

Foi ainda possível analisar que os restantes profissionais foram capazes de correlacionar a TO com o seu objetivo major de intervenção, como verificado através da análise das respostas de E19 e E24, respetivamente, “(os terapeutas ocupacionais) *são profissionais que estudam a atividade humana e que previnem dificuldades físicas ou psicossociais através do uso de técnicas e procedimentos específicos e/ou utilização de ajudas técnicas ou tecnologias de apoio*” e “(O terapeuta ocupacional) *é um profissional de saúde que atua na prevenção, avaliação e tratamento de problemas de desempenho ocupacional, dando à pessoa em risco de ou com disfunção ocupacional, auxílio na realização das ocupações do dia-a-dia*”. Estas respostas vão convergir com a definição de diversos autores, que defendem que a TO é uma área da saúde que se foca nas ocupações significativas para o utente, avaliando o comprometimento do seu desempenho ocupacional, de forma a ser capaz de proporcionar-lhe meios para manter as competências necessárias no desempenho de tarefas significativas, efetuando as adaptações que sejam necessárias (Neistadt & Crepean, 2002; Pedretti & Early, 2005; Othero, 2010).

Ainda são várias as opiniões que relacionam e/ou transpõem a TO para outras profissões como animação sociocultural, que se pode verificar através do relato de E5, que refere que a TO “*exerce atividades durante o dia proporcionando distrações e terapia a nível de movimentos minucioso*”, ou mesmo com fisioterapia, o que se verifica analisando as respostas de E25, onde menciona que o papel da TO é “*dar complementaridade à fisioterapia no que respeita à manutenção e reforço no restabelecimento físico e da motricidade*”.

Em suma, embora os profissionais reconheçam os principais objetivos da TO, e da sua atuação enquanto profissão de saúde, verificou-se que existem ainda profissionais que não reconhecem a TO como profissão independente.

Categoria 2.2: Papel do Terapeuta ocupacional

A subcategoria supracitada teve como principal objetivo inferir qual o papel do Terapeuta ocupacional na sua intervenção, na visão dos profissionais que já tiveram contacto com Terapeutas Ocupacionais ao longo do seu percurso profissional.

É em 1999 que, de acordo com o Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de dezembro, que se estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica, onde se inserem os terapeutas ocupacionais. Assim, no artigo 5º do referido decreto-lei caracterização a função do terapeuta ocupacional como: “Avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social e outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em atividades selecionadas consoante o objetivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/utente; prevenção da incapacidade, através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais e, se necessário, o estudo e desenvolvimento das respetivas ajudas técnicas, em ordem a contribuir para a melhoria da qualidade de vida.”

Desta forma, é possível verificar, segundo o relato de E1 referente ao papel que os terapeutas ocupacionais com quem já havia trabalhado, estes “*desenvolvem tarefas na área efetiva da terapia ocupacional (reabilitação motora, sensorial, cognitiva, funcional), introdução e/ou adaptação de produtos de apoio (...) assim como tarefas de «ocupação de tempos livres» e outras que efetivamente não se adequam à formação/ funções dos terapeutas ocupacionais*”, e ainda de E9 que refere que os terapeutas ocupacionais com quem já havia trabalhado exercem “*trabalho de animação sociocultural e de terapêutico*”, que existem ainda locais onde o terapeuta ocupacional exerce funções que não são indicadas para o seu posto de trabalho.

No entanto, foi possível verificar outras realidades, como o referido por E3 “*(terapeutas ocupacionais) são profissionais que trabalham a funcionalidade com atividades reais do dia-a-dia. Especialista na recuperação da motricidade fina. Profissionais habilitados para a estimulação cognitiva, treino de atividades da vida diária instrumentais*”, bem como E17 “*(terapeutas ocupacionais são) profissionais indispensáveis para aumentar a autoestima dos utentes na medida que os faz sentir úteis e capazes de satisfazer as suas necessidades independentemente da fase do ciclo vital em que se*

encontrem” e ainda E23 “(os terapeutas ocupacionais têm como função a) implementação de atividades e treino de capacidades para adaptação a possíveis limitações decorrentes da doença, bem como a promoção da satisfação pela possibilidade de realizar atividades entendidas como «afetadas»”. Estes relatos convergem com o defendido por diversos estudos, referindo que o terapeuta ocupacional tem como função promover o envolvimento da pessoa em atividades funcionais para o tratamento de disfunções físicas e psicossociais, adaptação à perda funcional, treino de AVDs, orientação e adaptação do estilo de vida, orientação para a gestão do tempo e conservação de energia, bem como a utilização de equipamentos adaptativos e ajudas técnicas para prevenção de deformidades e controlo da dor (Neistadt & Crepean, 2002; Burkhardt et al., 2011; AOTA, 2008; Hunter, 2008). De acordo com o referido nestes estudos, também E11, enquanto terapeuta ocupacional, refere “usamos atividades significativas para os utentes com o intuito de trabalhar aspetos cognitivos, sociais, motores, sensoriais... em utentes que necessitam de melhorar o seu desempenho e envolver-se nas atividades de vida diária da forma mais independente possível, proporcionando-lhes bem-estar, qualidade de vida, saúde e satisfação pessoal”. Ainda que de forma mais sucinta, também E5 e E6, respetivamente, definem o papel do terapeuta ocupacional como “além de melhorar, ajuda a viver com as limitações” e “autonomização dos utentes”.

Sumariamente é possível verificar que de uma forma geral os profissionais foram identificando os principais papéis do terapeuta ocupacional, nomeadamente foram capazes de referir que alguns dos terapeutas ocupacionais, enquanto seus colegas de trabalho exerciam funções que não eram adequadas à TO.

Categoria 2.3: Pertinência e papel da Terapia Ocupacional em Unidades de Cuidados Paliativos

Na presente subcategoria pretendeu-se verificar se os profissionais pensam ser pertinente a presença de um Terapeuta ocupacional numa UCP, e qual o papel que o Terapeuta ocupacional deve ter nessas unidades.

Tal como referido pela DGS (2005) no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, as UCP devem incluir na sua equipa um terapeuta ocupacional, de forma a assegurar apoio diário aos utentes, de acordo com os planos terapêuticos individuais. Desta forma, importa referir que todos os profissionais questionados consideraram pertinente a presença de um terapeuta ocupacional nas equipas multidisciplinares, mas diversas foram as opiniões acerca do papel deste técnico em UCP. Assim, quando questionados acerca do papel do TO em

UCP, os profissionais referem *“por vezes o grande problema dos doentes quando a sintomatologia está controlada é a ocupação do tempo livre. Encontrar motivação para continuar a lutar, de que forma podem mostrar que ainda têm competências, capacidade de socializar e até se possível por momentos esquecer que tem uma doença terminal”* (E3), *“auxílio ao utente e cuidador, ajudando-os a lidar com dificuldades, atribuindo um maior conforto, dignidade e qualidade de vida, promovendo independência e/ou autonomia no desempenho ocupacional, a fim de incrementar a qualidade de vida, apesar das perdas funcionais, cognitivas, sociais e emocionais”*(E19) e por sua vez E20 afirma *“proporcionar o máximo conforto e bem-estar possível às pessoas com doenças terminais, sendo que devem ser preservadas as capacidades remanescentes e melhorar o máximo possível as capacidades que se encontrem diminuídas de modo que a pessoa durante cada dia possa ter um desempenho ocupacional adequado, ou seja, possa ter o máximo de autonomia e independência possível ao longo da sua caminhada”*.

De acordo com Othero (2010), o terapeuta ocupacional atua com a finalidade de promover a manutenção de atividades significativas, quer para o utente quer para a sua família, utilizando para tal diversos recursos terapêuticos, de entre os quais atividades artísticas, expressivas, lúdicas e manuais. É possível verificar, através do referido pelos profissionais, que estes concordam com o descrito, tal como se pode verificar pelo relatado por E23 e E24, respetivamente *“(A TO permite) a promoção de atividades significativas com vista a melhoria das capacidades da pessoa (...) satisfação e melhoria da qualidade de vida”* e *“(A TO deve) dar-lhes ferramentas e ocupação quando o tempo parece que não passa, poderá ser uma mais valia no olhar para o fim de vida como algo bem aproveitado”*.

Foi possível verificar a diferença na visão dos próprios terapeutas ocupacionais acerca do papel da sua profissão em UCP, comparativamente com os restantes profissionais. Assim, enquanto terapeutas ocupacionais E2, E7 e E16 referem, respetivamente, que em UCP o terapeuta ocupacional poderia adotar trabalho semelhante ao realizado para as crianças *“pela associação «Make a Wish», tentando cumprir os últimos desejos dos utentes”*, *“é importante a intervenção por parte do TO no sentido de ser o único profissional (pela minha experiência pessoal) que de facto personaliza e adapta a sua intervenção a cada indivíduo. A estimulação sensorial neste tipo de UCCI é de extrema importância a nível cerebral”* e *“apesar de na maioria dos casos não ter uma abordagem reabilitativa, tem um papel fundamental ao nível da volição, compromisso com o processo e na redução da privação ocupacional”*. Tendo em conta o referido por E7, e de acordo com a literatura, é importante referir que na fase final de vida o terapeuta ocupacional tem de ser capaz de

alterar o seu objetivo de intervenção, propiciando conforto através da organização da rotina e na alteração dos estímulos (ANCP, 2009).

Outros autores defendem ainda que a intervenção em TO é fundamental, uma vez que desenvolve um programa de tratamento que possibilita a melhoria do estado de saúde e de qualidade de vida, capacitando o paciente para manter o significado e domínio da sua vida, mesmo quando ocorre perda funcional; controlar sintomas, promover um melhor desempenho ocupacional, com autonomia e independência funcional, resumindo assim o papel da TO em CP em alcançar o máximo possível de bem-estar e qualidade de vida do utente e dos seus familiares e/ ou cuidadores (Tedesco *et al*, 2003; ANCP, 2009; Costa & Othero, 2014).

Deste modo, é possível inferir que todos os profissionais questionados afirmam ser pertinente a presença de um terapeuta ocupacional em UCP, apesar de as opiniões acerca do seu papel nessas unidades ser divergente, incidindo maioritariamente na melhoria da qualidade de vida através da promoção/ manutenção da autonomia e independência até ao final da vida.

V. CONCLUSÃO

As sociedades atuais deparam-se com um envelhecimento exponencial da população, bem como o aumento de doenças crónicas e degenerativas que, conseqüentemente, leva a situações de dependência. Assim sendo, surge a necessidade de criação de respostas sociais adequadas, para toda a população tendo em conta as suas necessidades específicas.

Tendo por base a criação da RNCCI como resposta às necessidades da população a nível nacional, e especificamente a criação de UCP, verificou-se que, apesar de se considerar fulcral a inclusão do terapeuta ocupacional como membro da equipa multidisciplinar da equipa de UCP, de acordo com a Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro não é obrigatória a contratação deste técnico para estas equipas. Nos CP verifica-se que os indivíduos, conseqüentemente à sua patologia e aos seus sintomas associados, sentem a perda da sua identidade ocupacional, perdendo esperança e volição para o envolvimento em qualquer tarefa. A TO é uma profissão especializada na recapacitação da identidade ocupacional, através do envolvimento do utente em atividades significativas, e na promoção da autonomia e independência, tendo em conta a presença de sintomas debilitantes.

Assim, surgiu a necessidade de explorar a opinião dos profissionais integrantes das unidades de internamento da RNCCI acerca da pertinência e do papel da TO em UCP, de forma a promover a TO como profissão integrante da equipa em UCP.

Desta forma, pode concluir-se que o principal objetivo do presente estudo foi atingido, na medida em que foi possível compreender que os profissionais das áreas integrantes das unidades de internamento da RNCCI consideram ser pertinente a intervenção de TO em UCP, de forma a manter/ promover a funcionalidade do utente até ao fim da sua vida, a par da sua identidade ocupacional. A par desta conclusão, foi possível verificar que na maioria das unidades de internamento da RNCCI o terapeuta ocupacional se encontra incluído na equipa multidisciplinar.

De referir ainda que os profissionais questionados aparentam estar informados acerca das UCP em Portugal e dos seus principais objetivos como respostas de saúde a utentes com necessidades destes cuidados. No entanto, a sua maioria considera que estas unidades são dirigidas essencialmente para utentes em fase terminal. Relativamente à TO, foi possível inferir que os profissionais das diversas áreas reconhecem os principais objetivos da atuação enquanto profissional de saúde, identificando os principais papéis do terapeuta ocupacional, nomeadamente foram capazes de referir que alguns dos terapeutas ocupacionais, enquanto seus colegas de trabalho exerciam funções que não eram adequadas à TO.

É de salientar a relevância do presente estudo de forma a estimular para a promoção do contributo da intervenção da TO em UCP, bem como para a sua divulgação, uma vez que não existem ainda estudos que evidenciam a intervenção da TO nesta área, sendo este uma das limitações do estudo.

Relativamente às limitações do estudo, é importante referir em primeiro lugar a escassez de evidência científica relativa ao tema, nomeadamente à intervenção de TO em UCP. De referir ainda o facto de as respostas obtidas nem sempre coincidirem com o expectável, dado o questionário aplicado ser de autorresposta. Referente ainda ao questionário ressalta o facto de a amostra não ser representativa da população, dado o seu pequeno tamanho, e também o facto de não ter chegado a todas as categorias profissionais, nomeadamente médicos e terapeutas da fala. Pode ainda referir-se a subjetividade inerente à realização de um estudo qualitativo, facto que pode afetar a sua validade externa e consequente generalização.

Em forma de sugestão para futuros estudos, sugere-se tentar perceber o porquê de algumas UCP não terem TO, uma vez que esta profissão é referida por diversos técnicos especializados a exercer funções em UCP como sendo fulcral nestas unidades. De acrescentar ainda uma sugestão de dinamização de ações de sensibilização de modo a promover o papel da TO em UCP, bem como a sua importância na qualidade de vida dos utentes.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2009). *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic.

Aires, Luísa. (2015). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. Universidade Aberta.

American Occupational Therapy Association. (2008). *The role of occupational therapy in end-of-life care*. Boston: The American Journal of Occupational Therapy.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). *Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos*. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos – Recomendações da ANCP*. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2018). *Cuidados Paliativos – O que são*. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2018). *Equipas de Cuidados Paliativos*. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/equipas-de-cuidados-paliativos.html>

Barbosa, A.; Pina, P. R.; Tavares, F.; Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.). Faculdade de Medicina Lisboa

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, LDA

Bing, Robert K. (2005). *The Evolution Of Occupation*. In C. H. Christiansen & C. M. Baum (Eds.), *Occupational therapy : performance, participation, and well-being*. USA: SLACK Incorporated.

Burkhardt, A., Ivy, M., Kannenberg, K., Low, J.F., Marc-Aurele, J. & Youngstrom, M.J. (2011). The role of occupational therapy in end-of-life care. *The American Journal of Occupational Therapy*

Capelas, M. L. V. & Coelho, S. P. F. (2014). Pensar a Organização de Serviços de Cuidados Paliativos. *Revista Cuidados Paliativos*. 1(1). 20-23. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf

Capelas, M. L. V. (2008). Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*.

Carvalho, M. (2012). Cuidados Paliativos em Portugal: configuração e desenvolvimento da formação breve, graduada e pós-graduada. *Revista Kairós Gerontologia*.

Chizzotti, A. (2003). A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: Evolução e desafios. *Revista Portuguesa de Educação*.

Clark, D. & Graham, F. (2011). *Evolution and change in palliative care around the world*. Medicine.

Clark, D. (2002). *Between hope and acceptance: the medicalisation of dying*. BMJ.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2016). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biênio 2017-2018*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/2016/11/28/plano-estrategico-para-o-desenvolvimento-dos-cuidados-paliativos-2017-2018-2/>

Costa, A.; Othero, M. (2014). *Reabilitação em Cuidados Paliativos*. Lusodidacta.

De Carlo, M. M. R. P.; Queiroz, M. E. G.; Santos, W. A. (2008). Terapia ocupacional em dor e cuidados paliativos: princípios, modelos de intervenção e perspectivas. Em: *Dor e cuidados paliativos: terapia ocupacional e interdisciplinaridade*. São Paulo: Editora Roca.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho de 2006. *Diário da República nº 109/2006 série I-A*. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>

Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de dezembro de 1999. *Diário da República nº 295/1999 série I-A*. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/661768/details/normal?p_p_auth=JMUGP9eh

Despacho conjunto nº861/99 de 8 de outubro de 1999. *Diário da República nº 235/1999 série II*. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa

Despacho n.º 7824/2016 de 15 de junho de 2016. *Diário da República nº 113/2017 série II*. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/74699399/details/4/maximized?serie=II&parte_filter=31&day=2016-06-15&date=2016-06-01%2Fen&dreId=74671946

DGS, Direção-Geral da Saúde. (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>

Doyle, D. (2009). *Getting Started: Guidelines and Suggestions for those Starting a Hospice / Palliative Care Service* (2ª ed.). Houston: IAHP Press.

European Association For Palliative Care. (2009). *White Paper: Standards and norms for hospice and Palliative Care*. EAPC.

- Ferrari, M. A. C. (2005). *Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade*. Em: Netto, M.P., Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada.
- Ferreira, F., Aparício, M., Trindade, N. (2014). Pensar a Organização de Serviços de Cuidados Paliativos, *Revista Cuidados Paliativos*. 1(1). 52-61. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação - da concepção à realização*. Lusodidacta
- Frost, M. (2001). The role of physical, occupational, and speech therapy in hospice: Patient empowerment. *American Journal of Hospice & Palliative Care*.
- Goldenberg, M. (2004). *A arte de pesquisar - Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais* (8ª ed.). Rio de Janeiro.
- Hermes, H. R. & Lamarca, I. C. A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(9). 2577-2588
- Hocking, C. (2000). Occupational Science: A Stock Take of Accumulated Insights. *Journal of Occupational Science*.
- Hunter, E. G. (2008). Legacy: The occupational transmission of self through actions and artifacts. *Journal of Occupational Science*, 15(1), 48–54.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation* (4ª ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lei nº 52/2012 de 5 de setembro de 2012. *Diário da República nº 172/2012 série I*. Assembleia da República. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/174841/details/maximized>
- Marconi, M. de A.; Lakatos, E. M. (2002). *Técnicas de Pesquisa*. (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Marcucci, F. (2005). O papel do fisioterapeuta nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*.
- Marques A.; Trigueiro M.J. (2011) *Enquadramento da Prática de Terapia Ocupacional: Domínio e Processo: versão portuguesa*. (2ª ed.). Porto: Livpsic
- Marques, A.; Gonçalves, E.; Salazar, H.; Neto, I. G.; Capelas, M. L.; Tavares, M. & Sapeta, P. (2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*.
- McCoughlan, M. (2004). *A Necessidade de Cuidados Paliativos*. Em: Pessini, L.; Bertachini, L. Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Edições Loyola

Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde. (2007). *A equipa de cuidados continuados integrados - orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20consti.pdf>

Ministério da Saúde. (2009). *Guia da RNCCI*. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Guia%20da%20RNCCI.pdf>

Neistadt, M., & Crepean, E. B. (2002). *Willard & Spackman's – Terapia Ocupacional*. (9ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Othero, M.B. (2010). *Terapia Ocupacional Práticas em Oncologia*. São Paulo: ROCA.

Pedretti, L.; Early, M. (2005). *Terapia Ocupacional - Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas* (5ª ed.). São Paulo: Editora Roca.

Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista Saúde Pública*. 35 (1), 103-109.

Pessini, L. (2005). Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Pratica hospitalar*.

Pessini, L.; Bertachini, L. (2005). Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O Mundo Da Saúde*.

Pizzi, M., & Briggs, R. (2004). Occupational and physical therapy in hospice—The facilitation of meaning, quality of life, and well-being. *Topics in Geriatric Rehabilitation*.

Polatajko, H. J.; Davis, J. A. (2005). *Methods of inquiry: The study of human occupation*. In Christiansen, C.; Baum, C. Occupational therapy : performance, participation, and well-being (4ª ed.). USA: SLACK Incorporated.

Portaria nº 50/2017 de 2 de fevereiro de 2017. *Diário da República nº 24/2017 série I*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/106388650/details/maximized>

Queiroz, M. E. G. (2012). Atenção em cuidados paliativos. *Caderno de Terapia Ocupacional*, São Carlos.

Serviço Nacional de Saúde. (2018). *Enquadramento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Disponível em: <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/217>

Serviço Nacional de Saúde. (2018). *Equipas de Cuidados Paliativos*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/unidades-de-cuidados-paliativos/>

Söderback, I. (2009). *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*. Springer.

Taquemori, L. Y.; Sera, C. T. N. (2008). *Interface intrínseca: equipe multiprofissional*. Em: Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Tedesco, S.; Ceccato, T.L.; Nori, A.M.; Citero, V.A. (2003). *A terapia ocupacional para o doente clínico: ampliação do cuidado com a saúde mental*. Em: De Marco, M.A. (org). A Face Humana da Medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. Casa do Psicólogo.

Trump, S. M., Zahoransky, M.; Siebert, C. (2005). Occupational Therapy and Hospice. *The American Journal of Occupational Therapy*.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores

World Health Organization. (2004). *Better Palliative Care for Older People*. Disponível em:

<http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/genericpalliativecare082004.pdf>

VII. ANEXOS

ANEXO 1

Pedido de Colaboração no Estudo

Exmo(a) Sr.(a),

Sou Terapeuta Ocupacional, licenciada pela Escola Superior de Saúde do Porto e atualmente encontro-me a finalizar o Mestrado em Terapia Ocupacional, estando de momento a desenvolver a tese de dissertação final de curso.

A presente dissertação, com o título “O Papel da Terapia Ocupacional em Unidades de Cuidados Paliativos – a visão dos profissionais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, integra-se no Mestrado em Terapia Ocupacional, sob a orientação da Professora Doutora Paula Portugal. O objetivo principal do estudo é compreender qual o papel da Terapia Ocupacional em Unidades de Cuidados Paliativos, na visão dos restantes profissionais a exercer ou que tenham já exercido funções em Unidades de Cuidados Continuados, e especificamente em Unidades de Cuidados Paliativos.

Assim, solicito a sua colaboração, enquanto profissional que exerça ou tenha exercido funções em Unidades de Cuidados Continuados, no preenchimento do questionário que tem como objetivo a recolha de dados acerca da sua visão do papel de um Terapeuta Ocupacional em Unidades de Cuidados Paliativos.

O questionário deverá ser preenchido através do seguinte *link*, e o seu preenchimento terá a duração máxima de 10 minutos. A sua decisão em fazer parte deste estudo é estritamente voluntária. Tem o direito de escolher não participar, ou terminar a sua participação em qualquer momento. Será garantido o anonimato. A sua participação neste questionário é admitida como o seu consentimento.

Desde já agradeço a sua colaboração, e caso conheça algum profissional nas condições supracitadas e que disponibilize no preenchimento do questionário, agradecia a sua partilha.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Filipa Dias

Terapeuta Ocupacional

ANEXO 2

Guião do Questionário

Capítulo 1 – Consentimento

A presente dissertação integra-se no Mestrado em Terapia Ocupacional, sob a orientação da Professora Doutora Paula Portugal. O objetivo principal do estudo é compreender qual o papel da Terapia Ocupacional na visão dos restantes profissionais a exercer ou que tenham já exercido funções em Unidades de Cuidados Continuados, e especificamente em Unidades de Cuidados Paliativos.

Assim, peço a vossa colaboração, enquanto profissionais que exerçam ou tenham exercido funções em Unidades de Cuidados Continuados, no preenchimento deste questionário que tem como objetivo a recolha de dados acerca da visão do papel de um Terapeuta Ocupacional em Unidades de Cuidados Paliativos.

O preenchimento do questionário terá a duração máxima de 10 minutos. A sua decisão em fazer parte deste estudo é estritamente voluntária. Tem o direito de escolher não participar, ou terminar a sua participação em qualquer momento. Será garantido o anonimato. A sua participação neste questionário é admitida como o seu consentimento.

Desde já agradeço a sua colaboração,
Ana Filipa Dias

Concordo com os termos apresentados e desejo colaborar no estudo

1. Sim
2. Não (caso clique não, o questionário não prosseguirá)

Capítulo 2 - Questões Sociodemográficas

- a. Idade
- b. Género
 - a. Masculino
 - b. Feminino
- c. Profissão

- a. Médico(a)
 - b. Enfermeiro(a)
 - c. Auxiliar de Ação Médica
 - d. Fisioterapeuta
 - e. Terapeuta Ocupacional
 - f. Terapeuta da Fala
 - g. Assistente Social
 - h. Psicólogo(a)
 - i. Nutricionista
 - j. Outro (indique qual)
- d. Experiência profissional na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (em anos e meses)

Capítulo 3 – Trabalho exercido em Unidades de Cuidados Continuados Integrados

1. Atualmente exerce funções em alguma Unidade de Cuidados Continuados Integrados?
 - a. Sim
 - b. Não
2. Em que tipologia(s) de Unidade de Cuidados Continuados exerceu ou exerce funções? (pode seleccionar mais do que uma opção simultaneamente)
 - a. Unidade de Convalescença
 - b. Unidade de Média Duração e Reabilitação
 - c. Unidade de Longa Duração e Manutenção
 - d. Unidade de Cuidados Paliativos
3. Em que distrito do país se encontra a Unidade onde exerce ou exerceu funções?
4. O que são, para si, as Unidades de Cuidados Paliativos?
5. Na sua perceção, que profissionais devem integrar a equipa multidisciplinar numa Unidade de Cuidados Paliativos? De forma geral, que papel deverá desempenhar cada profissional?

Capítulo 3 – Terapia Ocupacional

6. O que entende por Terapia Ocupacional?

7. Já trabalhou com terapeutas ocupacionais ao longo do seu percurso profissional? Se sim, como descreveria o trabalho que desenvolvem?

Capítulo 4 – Terapia Ocupacional em Unidades de Cuidados Paliativos

8. Na sua opinião, o Terapeuta Ocupacional deveria integrar as equipas das Unidades de Cuidados Paliativos? Porquê?
9. Já exerceu funções numa Unidade de Cuidados Paliativos?
- a. Sim
 - b. Não (o questionário será enviado)
10. Se sim, essa Unidade de Cuidados Paliativos tem Terapia Ocupacional?
- a. Sim
 - b. Não (o questionário será enviado)
11. Se sim, descreva de forma breve o trabalho que este técnico tem desenvolvido na unidade.
12. Pensa que o trabalho desenvolvido pelo(a) Terapeuta Ocupacional é suficiente? O que pensa que poderia ser desenvolvido para além do trabalho já realizado?