



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

DESAFIOS NA REFERENCIAÇÃO PARA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NA PERSPETIVA DOS MÉDICOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

Cláudia Patrícia Pinto Alves

Porto, julho de 2017



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

DESAFIOS NA REFERENCIAÇÃO PARA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM DOENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NA PERSPETIVA DOS MÉDICOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

Cláudia Patrícia Pinto Alves

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof.^a Doutora Elisa Veiga

Porto, julho de 2017

Agradecimentos

Gostaria de começar por agradecer à minha orientadora Professora Doutora Elisa Veiga, pela sua disponibilidade, exigência e reforço positivo constante, pelo apoio em momentos de maior desânimo e por todas as horas de reflexão conjunta. Obrigada por ter sido uma referência para mim e por ter despertado não só o interesse pela área da Psicologia Clínica, em particular na área dos Cuidados Paliativos, como o gosto pela investigação.

Ao meu orientador de estágio, pelo apoio e acompanhamento, contribuindo positivamente para que esta investigação se realizasse.

À equipa do Serviço de Cuidados Paliativos, em especial, a todos os médicos, pela disponibilidade, abertura e reflexão conjunta. Obrigada pela oportunidade e pelo reconhecimento da pertinência deste estudo.

Às minhas amigas Catarina e Diana, pela amizade verdadeira, incentivos e companheirismo no processo de recolha dos dados.

Agradeço aos meus pais, pelo amor, carinho, orgulho, segurança e apoio nas minhas escolhas académicas. Sem vocês este sonho não se teria realizado.

Aos meus irmãos, Leila e Joel, pela amizade verdadeira, motivação e palavras sinceras de apoio que reforçaram a concretização desta etapa.

À família Pereira, pelo seu carinho e disponibilidade para me ajudar sempre que preciso. Jamais esquecerei a vossa dedicação.

Ao Sandro, que esteve sempre a meu lado, pelo apoio, paciência, estabilidade e felicidade que me proporciona todos os dias.

ÍNDICE

Agradecimentos.....	1
Índice de Anexos.....	3
Glossário.....	4
Resumo	5
Abstract	6
1. INTRODUÇÃO	7
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
2.1. Cuidados Paliativos	8
2.2. Equipa multidisciplinar em Cuidados Paliativos.....	11
2.2.1. Papel do Médico em Cuidados Paliativos.....	11
2.2.2. Psicologia e o papel do psicólogo em Cuidados Paliativos	13
3. METODOLOGIA	14
3.1. Introdução.....	14
3.2. Participantes.....	15
3.3. Instrumento.....	15
3.4. Procedimentos de Recolha de Dados.....	16
3.5. Procedimentos de Análise de Dados	17
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	17
5. CONCLUSÃO	23
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	

Índice de Anexos

Anexo 1 – Guião de Entrevista Semiestruturada

Anexo 2 – Termo de Consentimento Informado

Anexo 3 – Sistema Geral de Categorias

Anexo 4 – Descrição do Sistema Geral de Categorias

Glossário

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

EAPC – European Association of Palliative Care

INE – Instituto Nacional de Estatística

WHO – World Health Organization

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

Resumo

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo conhecer quais os principais desafios no cuidado aos doentes com doença avançada progressiva e seus familiares, valorizados pelos médicos da equipa de Cuidados Paliativos e que aspetos estão a privilegiar quando tomam a decisão de fazer o encaminhamento para intervenção psicológica.

Método: Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a cinco médicos que constituem uma equipa de cuidados paliativos. A análise de conteúdo foi orientada pelos princípios da *Grounded Theory* e recorreu ao Software *Nvivo11*.

Resultados: Os participantes identificaram a dependência e a perda do sentido da vida como os principais desafios no cuidado ao doente. Relativamente, aos desafios da família, foi reconhecida a conspiração do silêncio. O tempo disponível para acompanhar o doente e a dificuldade em colaborar com outros profissionais de saúde de outras especialidades foram privilegiados como os principais desafios dos médicos. Quanto aos recursos específicos da equipa para dar resposta a estes desafios, os médicos valorizaram o trabalho em equipa, a comunicação e o facto de a equipa ser interdisciplinar.

Palavras-chave: Encaminhamento; Intervenção Psicológica; Doentes com Doença Avançada Progressiva; Familiares.

Abstract

Objective: This study was aimed to know which were the main challenges in the care of patients with advanced progressive disease and their relatives, valued by doctors of the palliative care team and which aspects they are taking more into consideration when the decision to refer the patient to psychological intervention is made.

Method: Various semi-structured interviews were made to five doctors from a palliative care team. The content analysis was guided by the principles of Grounded Theory and the Nvivo11 was the software chosen.

Results: The participants, named the dependency and the loss of the meaning of life as the main challenges to the patient. Familywise, it was acknowledged the conspiracy of silence. The short amount of time to accompany the patient and the difficulty to collaborate with other health professionals from different specialities, were the focus of challenge for the doctors. As for the specific resources available for the team to answer those problems, the doctors valued teamwork, communication and the fact that they are an interdisciplinary team. All the participants had difficulties in pointing out specific roles for the individuals within the team.

Keywords: Refer; Psychological Intervention; Patients with Advanced Progressive Disease; Family.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo insere-se numa linha de investigação sobre os Processos Familiares e Saúde, em que se pretende perceber a vivência psicológica da doença grave e/ou terminal, os processos de adaptação do doente e familiares e ainda, o papel dos profissionais de saúde, em contexto de Cuidados Paliativos.

O principal objetivo desta investigação centra-se na exploração dos principais desafios no cuidado aos doentes com doença avançada progressiva valorizados pelos médicos da equipa de CP e que aspetos estão a privilegiar quando tomam a decisão de fazer o encaminhamento para intervenção psicológica.

A pertinência deste projeto de investigação atribui-se ao facto de a esperança média de vida estar a aumentar cada vez mais, assim como, as doenças crónicas e progressivas, e ainda, as alterações na rede familiar, oferecendo um forte impacto na estrutura do sistema de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos (Associação Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), os Cuidados Paliativos devem ser considerados uma prioridade da política de saúde e devem ter uma abordagem programada e planificada, direcionada aos vários problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final de vida.

Em Portugal, cerca de 60% da mortalidade deve-se às doenças crónicas evolutivas, como o cancro, insuficiências orgânicas ou doenças neurológicas progressivas (ANCP, 2006). Na Europa, existe uma tendência para aumentarem os Cuidados Paliativos como consequência do crescimento do envelhecimento populacional (Clark & Centeno, 2006). Em todo o mundo, a maioria dos cancros são diagnosticados numa fase avançada e incurável, estimando-se ainda, que o cancro e outras doenças graves aumentará nos próximos 20 anos (OMS, 2002). Sendo assim, o acesso a estes cuidados é uma necessidade essencial para milhões de pessoas (OMS, 2002).

O presente estudo está organizado em duas partes. Na primeira parte apresenta-se uma revisão da literatura sobre os Cuidados Paliativos, incluindo o sofrimento associado à trajetória da doença e o papel do médico e do psicólogo nesta área. Na segunda parte, apresenta-se o estudo empírico.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos (CP) são definidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016) como uma abordagem que tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos doentes e familiares que enfrentam problemas resultantes de uma doença fatal, e que previne e alivia o sofrimento, sendo ele físico, psicológico, social ou espiritual, através da identificação precoce, e da avaliação das necessidades dos doentes, promovendo assim, a dignidade, a qualidade de vida e ainda, a adaptação à doença.

O termo *paliativo*, (“Pallium”) deriva do latim e significa manto, que remete para o conceito de atenção e cuidado, ou seja, cuidados que pretendem “encobrir” os sintomas provocados pela doença, com a finalidade de diminuir o sofrimento e promover o conforto, envolvendo não só o doente como também a sua família, ao longo de todo o processo (Twycross, 2003; Pereira, 2010).

De acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº52/2012 de 5 de setembro de 2012, p.5119) os CP são cuidados ativos que devem ser proporcionados por equipas específicas, com o objetivo de promover o bem-estar e a qualidade de vida a doentes com doença grave ou incurável que estejam em sofrimento, e às suas respetivas famílias, através da prevenção e do alívio do sofrimento, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e de outros problemas (físicos, psicossociais e espirituais), respeitando a autonomia, a individualidade, a dignidade e a vontade do doente.

Também de acordo com Twycross (2003), os CP são cuidados ativos e totais, em que o seu principal objetivo é promover conforto a doentes cuja doença provoca necessidades que são importantes abordar, realizados por uma equipa interdisciplinar. Cuidados estes, que consistem numa resposta organizada, com o objetivo de cuidar, tratar e apoiar os doentes em final de vida (PNCP, 2010).

Em 2010, a European Association for Palliative Care (EAPC) anunciou a sua definição de CP como sendo, (...) cuidados ativos e totais ao doente cuja doença não responde à terapêutica curativa, sendo primordial o controlo da dor e outros sintomas, problemas sociais, psicológicos e espirituais; são cuidados interdisciplinares que envolvem o doente, a família e a comunidade nos seus objetivos; devem ser prestados onde quer que o doente deseje ser cuidado, seja em casa ou no hospital; afirmam a vida e assumem a morte como um processo natural e, como tal, não antecipam nem adiam a morte assim como procuram preservar a melhor qualidade de vida possível até à morte.

Os CP devem ser baseados nas necessidades do doente e não apenas no diagnóstico, assumindo assim uma importância progressiva à medida que as necessidades do doente assim o justifiquem (PNCP, 2010).

Vários valores e princípios foram apoiados e reconhecidos pelos especialistas dos CP em toda a Europa, como a autonomia, a dignidade, o planeamento individual e a tomada de decisão e ainda a abordagem holística (Radbruch & Payne, 2009). Filosoficamente, todos estes valores e princípios baseiam-se, essencialmente (OMS, 2002; Radbruch & Payne, 2009; APCP, 2016):

- Na autonomia, em que cada pessoa é única e respeitada, onde estes cuidados só devem ser prestados se o doente e/ou a família estiverem preparados para aceitá-los;
- Na dignidade, onde os cuidados devem ser efetuados de forma respeitosa, aberta e sensível, os valores e as crenças de cada cultura e religião, assim como a lei de cada país;
- No relacionamento entre doente e profissional de saúde, onde é suposto que haja colaboração e onde os doentes e os familiares são agentes importantes no planeamento dos cuidados;
- Na boa capacidade de comunicação como um pré-requisito em CP, pois é na comunicação que se dá a interação entre médico-paciente, paciente-família e profissionais de saúde e serviços envolvidos.
- Na melhoria da qualidade de vida e influenciar positivamente trajetória da doença;
- Na afirmação da vida e aceitação da morte, um processo normal, ou seja, dando destaque à vida que ainda pode ser vivida e olhar a morte como um acontecimento normal;
- Em não atrasar nem antecipar a morte, sendo assim necessário um diagnóstico objetivo, um acompanhamento ativo do doente e uma boa relação com os familiares;
- Em iniciar estes cuidados o mais precocemente em simultâneo com outras medidas de prolongar a vida (e.g. quimioterapia e radioterapia) e incluir a investigação para compreender e controlar os problemas dos doentes;
- Em dispor de uma equipa interdisciplinar que avalie as necessidades do doente e dos seus familiares e a enfrentar o luto;

- Proporcionar um sistema de suporte que auxilie o doente a viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
- Promover o alívio da dor e outros sintomas geradores de sofrimento;
- Proporcionar um sistema de suporte que ajude a família a lidar com o processo de morte, assim como no seu processo de luto.

A WHO (2016) afirma que todas as pessoas, independentemente do tipo de doença ou idade devem ter acesso a um conjunto de serviços básicos de saúde incluindo os CP.

De acordo com a WHO (2016), os CP destinam-se a pessoas com uma ampla gama de problemas de saúde que limitam a vida, como as doenças crónicas, doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias crónicas, SIDA e diabetes. Os CP não devem ser vistos como sendo apenas cuidados no final de vida, mas sim como uma intervenção estruturada e rigorosa nas doenças crónicas e progressivas (ANCP, 2006).

Quando se trata de um doente terminal, significa que a doença está numa fase avançada, evolutiva, incurável e com um grande sofrimento associado; um doente agónico caracteriza-se por ser um doente terminal, cuja sobrevida é de horas ou dias de acordo com a sua sintomatologia; e, um doente crónico é um doente em que a fase terminal poderá ser mais prolongada no tempo (ANCP, 2006; Barbosa & Neto, 2010). No entanto, para Pacheco (2004), um doente em fase terminal, é aquele que está perante uma doença crónica ou uma doença incurável, com um agravamento dos sintomas e cuja fase é irreversível, ou seja, está próximo da morte.

Quando a pessoa se depara com uma doença grave, incurável e progressiva, experimenta um processo de transição complexo, o que implica, que os profissionais de saúde atendam às necessidades globais do doente atuando em todas as dimensões do seu sofrimento, ou seja, na dimensão física, psicológica, espiritual e relacional (Barbosa, 2006; Kon & Ablin, 2010; Pereira, 2010). O tratamento do sofrimento físico tem sido o foco dos profissionais de saúde na última década, porém, o tratamento do sofrimento físico nem sempre suprime os sintomas de dor dos doentes, pelo que o sofrimento psicológico, existencial e espiritual são os que mais impacto têm na pessoa apesar de serem menos evidentes (Kon & Ablin, 2010).

Portanto, quando existe esta ameaça que é real ou percebida, o indivíduo sofre uma rutura do sentido de futuro, da consciência de si próprio e da identidade pessoal, sustentando um esforço persistente de integração e harmonia (Gameiro, 1999).

Em Portugal, as doenças mais prevalentes nas unidades de CP são as doenças oncológicas, a SIDA, as doenças cardiovasculares e neurológicas e outras doenças progressivas como as

insuficiências terminais de órgãos (APCP, 2016). Segundo Capelas, no ano de 2009, cerca de 62 000 doentes necessitariam de cuidados paliativos, isto porque, o envelhecimento populacional significativo e o aumento das doenças crónicas e progressivas supõem o aumento da necessidade dos CP (Magalhães, 2009). Como previsto, estes números têm vindo a crescer, prova disso são os dados do ano de 2014 em que se registou uma média de 79 117 doentes com este tipo de necessidades (INE, 2014).

Na Europa, os CP são na sua grande maioria cuidados prestados a doentes com cancro avançado, registando-se 1,6 milhões de doentes que morrerão por ano (WHO, 2016).

Portanto, os CP concentram-se em afastar as esperanças, ambições e desejos da realidade atual, refletindo-se num melhoramento da qualidade de vida, dando mais enfoque ao doente do que propriamente à doença (Twycross, 2003).

2.2. Equipa multidisciplinar em Cuidados Paliativos

Em CP, as equipas são multidisciplinares compostas no mínimo, por um médico e um enfermeiro com formação em CP, um psicólogo e/ou psiquiatra, um fisioterapeuta, um assistente social, apoio espiritual e um secretariado próprio (APCP, 2016).

A sensibilização para promover a qualidade de vida nestes doentes é um aspeto muito importante neste contexto, uma vez que 90% das mortes surgem após uma doença crónica e avançada, sendo assim essencial, uma formação adequada para todos os elementos da equipa (Costa & Antunes, 2012).

Neto (2000) refere que é importante conhecer os conceitos e os princípios dos CP e ter formação especializada na área para que possa existir o controlo de sintomas, uma comunicação bem-sucedida, trabalho em equipa e apoio aos cuidadores.

2.2.1. Papel do Médico em Cuidados Paliativos

Em geral, o médico tem como principal objetivo o diagnóstico e o tratamento de doenças, no entanto, quando se trata de doentes que estão em CP, o médico deve colocar de lado a doença e focar-se no doente como uma pessoa doente que incorpora não só a dimensão biológica, mas também a dimensão psicológica, social, familiar e espiritual, e sobretudo, deve aprender a trabalhar em equipa (Peduzzi, 2001). Para além disto, o médico é aquele que

coordena a comunicação nos doentes, na família e entre os diferentes profissionais da equipa (Consolim, 2012).

Num estudo realizado por Junger e seus colaboradores (2007), em que pretendiam identificar quais os critérios utilizados para a cooperação multiprofissional bem-sucedida em equipas de CP, concluíram que a boa comunicação era dos critérios mais mencionados pela equipa. Para além da comunicação, identificaram como fatores essenciais para a cooperação, a filosofia da equipa, o bom relacionamento interpessoal, o comprometimento, a autonomia e a capacidade para lidar com a morte. Indicaram ainda que, o que sustenta o bom desempenho da equipa é a coordenação e confiança mútua.

Em CP o médico é aquele que detém maior poder, no sentido em que é ele que realiza os diagnósticos clínicos, que conhece os tratamentos realizados e qual o prognóstico da doença (Consolim, 2012). Também é responsável por propor tratamento medicamentosos ou não medicamentosos e, se necessário, também reúne com as outras especialidades para discutir as especificidades dos casos (Consolim, 2012).

Pereira (2010) refere que, todos os profissionais devem trabalhar em equipa de uma forma dinâmica e integrada, com objetivos comuns e com contributos específicos. Neste sentido, a comunicação entre os profissionais de saúde é essencial e depende muito da sensibilidade do profissional perante o sofrimento manifestado pelo doente e da valorização que dão, pois, os critérios para o encaminhamento para a consulta de Psicologia dependem da relação entre o profissional de saúde e o doente (Barreto & Castro, 2015).

De acordo com um estudo realizado por Barreto e Castro (2015), em que pretendiam estudar a perceção dos médicos oncologistas acerca do sofrimento do doente em CP e identificar quais os critérios que utilizam para o encaminhamento psicológico em CP, estes autores concluíram que não existem critérios objetivos para o encaminhamento psicológico. Contudo, segundo a perspetiva destes médicos o principal foco de atenção para este encaminhamento é a presença de sintomas depressivos, como o desespero, sofrimento intenso, raiva e a presença de risco de suicídio. Outras questões que valorizaram, prendem-se às dificuldades que o doente apresenta em falar da sua morte iminente com os seus familiares e amigos, às dificuldades em aceitar a sua condição e preocupações relativas ao futuro dos seus entes queridos, e ainda, a falta de compreensão por parte dos próprios médicos nas questões psicológicas, realçando a importância do papel do psicólogo.

Segundo Almonacid, Moreno & Lluch (2009), os pacientes com pior prognóstico e de difícil tratamento acedem com maior frequência à consulta de psicologia, como é o caso do

cancro gástrico, da cabeça e pescoço e cancro do pulmão, isto porque o impacto do diagnóstico se traduz num sofrimento emocional elevado devido às menores probabilidades de sobrevivência e aos efeitos da doença e dos tratamentos. No que diz respeito à família, a razão mais frequente para intervenção psicológica está relacionada com aconselhamento e gestão de informação.

Aproximadamente 20-40% dos pacientes com cancro apresentam problemas emocionais, como angústia, ansiedade, depressão, tensão e sentimentos de desamparo, que requerem uma intervenção psiquiátrica ou psicológica (Derogatis et al., 1983; Parle et al., 1996).

2.2.2. Psicologia e o papel do psicólogo em Cuidados Paliativos

O interesse pela Psicologia na área da saúde é bastante recente em Portugal tendo ganhado maior visibilidade com a investigação e intervenção na promoção e manutenção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, e com a contribuição no que diz respeito à humanização dos serviços de saúde e ao melhoramento da qualidade dos cuidados (Teixeira, 2000).

De acordo com Bayés (2005), a prevenção e o alívio do sofrimento do doente e dos familiares estão diretamente relacionados com a Psicologia, tendo assim os psicólogos, competências específicas para intervirem em contexto de CP. Logo, o papel do psicólogo é muito importante, distinguindo-se essencialmente, na promoção da qualidade de vida em doentes com doença avançada progressiva, comunicação, investigação, avaliação e intervenção (Ferreira, Lopes & Melo, 2011).

Nunes (2012) realça a importância de uma formação básica em CP que permita ao psicólogo conhecer os temas e princípios relevantes para área de forma a que possa responder de forma pertinente às necessidades de cada doente. O psicólogo deve focar-se em planear objetivos e intervenções que não se distanciem do seu campo de estudo, procurando sempre fazer um trabalho em equipa (Nunes, 2012).

Barreto e Bayés (1990) referem que, os psicólogos devem ter um papel efetivo em potenciar os recursos disponíveis do doente e dos seus cuidadores; em avaliar as necessidades psicológicas do doente, da família e da equipa de saúde; e ainda, proporcionar apoio emocional aos diferentes elementos que constituem a equipa. Para além disto, é importante que os psicólogos proporcionem uma compreensão das questões que afetam os doentes e a família

propondo intervenções adequadas e não esquecendo a importância de um papel ativo na investigação para trazer melhoramento em termos das intervenções (Barreto & Bayés, 1990).

Segundo Barbero (2008), existem percentagens elevadas de depressão, ansiedade e reações de luto em doentes que estão neste contexto, verificando-se também um elevado sofrimento, necessitando-se assim de uma abordagem mais diferenciada. Todavia, para que esta abordagem seja eficiente, o ideal seria que o psicólogo tivesse uma total autonomia para fazer o contacto com o doente e só posteriormente intervir com a equipa e juntos identificarem as necessidades do doente e da sua família, sem que fosse necessário o encaminhamento (Barreto & Castro, 2015).

Assim sendo, atendo à complexidade das necessidades inerentes aos doentes em CP e às suas famílias, é crucial a intervenção de uma equipa multidisciplinar salientando-se a especificidade do papel do psicólogo na resposta a estas necessidades.

3. METODOLOGIA

3.1. Introdução

O principal objetivo desta investigação centra-se na exploração dos principais desafios no cuidado aos doentes com doença avançada progressiva valorizados pelos médicos da equipa de CP e que aspetos estão a privilegiar quando tomam a decisão de fazer o encaminhamento para intervenção psicológica. Para isto, recorreremos a uma metodologia qualitativa de carácter exploratório no sentido de dar resposta àqueles que são os nossos objetivos específicos:

- 1) Identificar quais os desafios valorizados pelos médicos no acompanhamento dos doentes em CP;
- 2) Conhecer a perceção dos médicos de CP acerca dos recursos da equipa de CP, na resposta a estes desafios;
- 3) Conhecer a perceção dos médicos acerca do papel de cada elemento da equipa de CP;
- 4) Conhecer quais os critérios que os médicos valorizam nos doentes e familiares para encaminhar para a consulta de Psicologia.

Para atingir estes objetivos específicos, esta investigação utilizou uma metodologia qualitativa, que segundo Creswell (2007), oferece uma visão mais ampla e permite observar os fenómenos sociais de uma forma mais holística, uma vez que pretendemos explorar fenómenos mal compreendidos. Esta é uma abordagem que se interessa pela compreensão dos significados que são atribuídos aos fenómenos no que diz respeito ao mundo social, possibilitando exibir e estabelecer o carácter do fenómeno (Silverman, 2009) pois, ao privilegiar o testemunho de cada participante obtido através de uma entrevista que permitirá não só explorar as suas vivências como também, o seu enquadramento contextual (Marecek, 2003).

E, portanto, atendendo aos nossos objetivos, esta metodologia mostrou-se como sendo a mais apropriada para explorar os desafios na referenciação para intervenção psicológica na perspetiva destes médicos e bastante significativa no que diz respeito à análise idiossincrática e mais holística do objeto de investigação (Strauss & Corbin, 1990).

3.2. Participantes

Nesta investigação foi utilizado um processo de amostragem não probabilístico, em que para tal foi usada uma amostra intencional e não aleatória, que se apoiasse no conhecimento e experiência dos participantes acerca do fenómeno em análise (Strauss & Corbin, 1990).

A nossa amostra foi constituída por cinco médicos de um Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) de uma Unidade Hospitalar da Região Metropolitana do Porto. Esta amostra foi composta por dois homens e três mulheres com formação específica em CP, sendo que um deste elementos tem funções diretivas no serviço.

3.3. Instrumento

Considerando aos nossos objetivos, a entrevista mostrou ser o método de recolha de dados mais consistente, tendo sido elaborado um guião de entrevista semiestruturada pois, desta forma o entrevistador pode controlar o desenrolar da entrevista tendo em conta os objetivos do estudo, e ainda direcionar o entrevistado para as questões às quais ele não consegue chegar sozinho (Quivy & Campenhoud, 1992). Este guião teve em conta a revisão de literatura e os objetivos do estudo, assim como o testemunho de um psicólogo com experiência clínica que exerce a sua atividade profissional no SCP onde foi realizado o estudo.

Assim sendo, o guião apresentou questões flexíveis que permitiram respostas abertas que, conseqüentemente, conduziram à obtenção de informação espontânea (Seidman, 2006).

De acordo com Ritche & Lewis (2003), quando pretendemos compreender fenómenos enraizados e delicados em profundidade, as entrevistas são adequadas para a pesquisa, pois permitem o esclarecimento e uma compreensão mais detalhada do tema a explorar.

Desta forma, o guião (Anexo 1) foi constituído por questões que pretendem explorar os principais desafios no cuidado ao doente com uma doença grave/incurável valorizados pelos médicos e que aspetos privilegiam quando encaminham os doentes para uma intervenção psicológica, com o intuito de aprofundar: (i) Características da doença e as suas implicações ao longo de todo o processo de doença, (ii) Recursos específicos da equipa multidisciplinar, (iii) Perceção do sofrimento físico do doente, (iv) Perceção do sofrimento psicológico do doente, (v) Perceção do sofrimento existencial/espiritual do doente (vi) Perceção do sofrimento relacional do doente (vii) Desafios do médico enquanto elemento de uma equipa multidisciplinar. O guião da entrevista foi realizado em simultâneo com a constituição da amostra e da recolha de dados para que a recolha trouxesse melhoramento ao guião.

3.4. Procedimentos de Recolha de Dados

Inicialmente, foi pedido de autorização à direção do serviço de CP que, posteriormente, foi encaminhada e apreciada pela Comissão de Ética do hospital.

Obtido o parecer favorável da Comissão de Ética, foi realizado o contacto com os médicos da equipa de CP, através do psicólogo também integrante na mesma equipa, onde clarificámos os objetivos, a pertinência deste estudo, e foi explicado que, para que existisse um maior rigor na análise dos dados, as entrevistas seriam gravadas em formato de áudio e transcritas para *Word*, sem que o anonimato da sua identidade e confidencialidade dos dados transmitidos tivessem qualquer comprometimento.

Também foram salientados os benefícios que poderiam advir da participação, ou seja, estaríamos a promover a reflexão crítica numa perspetiva multidisciplinar, e informando que tinham a possibilidade de desistir a qualquer altura da investigação.

Após este contacto e aceite o pedido para colaborar na investigação, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos médicos, realizando-se no contexto hospitalar, assegurando deste modo, o conforto e a confiança entre o entrevistador e o entrevistado.

A recolha dos dados decorreu entre o mês de abril e maio de 2017. Cada entrevista teve uma duração média de 20 minutos. O Termo de Consentimento Informado (Anexo 2) foi assinado no início de cada entrevista.

3.5. Procedimentos de Análise de Dados

Após a recolha dos dados em formato de áudio, as entrevistas foram analisadas de acordo com os princípios da *Grounded Theory*, em que o foco é a análise dos dados para a criação de uma teoria fundamentada (Charmaz, 2008). Assim sendo, começamos por efetuar integralmente as transcrições para o *Word*, onde de seguida foi realizada a leitura flutuante do texto transcrito.

Utilizamos a codificação aberta, com o intuito de fazer questões, num processo de comparação constante, rotular e etiquetar, ou seja, é essencial decompor em unidades de análise, em que as categorias são mais descritivas mantendo-se próximas àquilo que foi dito por cada participante (Fernandes & Maia, 2001), estabelecendo-se relações entre categorias e subcategorias (*codificação axial*). Para isto, foi utilizada a ferramenta *NVivo 11*, pois permite a exploração dos dados no seu contorno mais amplo, possibilitando assim formar teorias através do questionamento e da validação dos dados.

O sistema geral de categorias é apresentado no anexo 3.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Com o objetivo de alcançar uma compreensão mais clara e abrangente do fenómeno em estudo, apresentamos a análise dos dados obtidos através das questões de investigação.

Considerando as subcategorias para cada questão de investigação, assinaladas a *negrito*, ilustrando com excertos dos participantes. Ao longo desta discussão, também fazer-se-á uso da literatura considerada essencial.

Q1: Quais são os grandes desafios valorizados pelos médicos no acompanhamento dos doentes em CP?

No que diz respeito aos desafios valorizados pelos médicos no acompanhamento dos doentes em CP, distinguiram-se três dimensões. A primeira dimensão aborda os desafios que o doente enfrenta ao longo do seu processo de doença, a segunda está relacionada com os desafios que a família apresenta ao cuidar do familiar doente e a terceira ilustra os desafios que a equipa multidisciplinar enfrenta ao longo do seu acompanhamento.

Relativamente aos desafios dos doentes, três participantes salientaram a **dependência** [e.g., “...e tudo isto juntamente com a maior parte da dependência, que por vezes estes doentes já apresentam numa fase mais avançada e claro isto acarreta desafios na abordagem ao doente e também à família.” (05)], como sendo um fator que está inerente ao processo de doença provocando um elevado sofrimento no doente. Este desafio é reconhecido por Neto (2000) ao referirem que os doentes em situação de doença grave e incurável apresentam um elevado sofrimento associado às sucessivas perdas, tais como a perda de autonomia e o aumento da dependência.

Neste sentido, três participantes também apontaram a **perda do sentido** da vida como algo que dificulta o percurso do doente [e.g., “(...) Quando falei há bocadinho naquela questão do sentido e do “porquê que estou aqui? porquê que me acontece a mim? o que é que vou deixar em termos de legado? para quem fica? o que é que eu fiz de positivo ao longo da minha vida?...” (02)], tal como é referido por Evans et al. (2006) quando destacam a perda do sentido da vida como um elemento presente na trajetória do doente sem perspectiva de cura.

Também três dos participantes, referiram o momento do **diagnóstico** como um desafio que provoca sofrimento no doente [e.g., “Eu acho que...eu acho que o primeiro desafio é o diagnóstico, não é? E receber a informação do diagnóstico...ah...acredito que numa fase inicial seja uma situação muito, muito complexa, de desespero...eu acho que...a ideia que eu tenho é que é aquela sensação de perder o chão, os doentes falam muitas vezes disso.” (02)]. Tal como refere Cardoso et al. (2009), a constatação de que se tem uma doença incurável está associada ao intenso sofrimento e à dificuldade de adaptar-se à doença.

Quanto aos desafios da família, quatro participantes mencionaram a **conspiração do silêncio** [e.g., “(...) A conspiração do silêncio...Temos bastante ...pronto, claro que já trabalhamos há algum tempo nesta área e, portanto, isso já é relativamente fácil de nos apercebermos quando ocorre..., mas é muito difícil de trabalhá-la...” (03)] que, segundo Barbero (2006), surge como uma decisão da família com o objetivo de proteger o doente do sofrimento, envolvendo a equipa nesta situação para que esta não transmita a informação ao doente.

Para além disto, três participantes mencionaram a **limitação do tempo** de acompanhamento [e.g., “(...) Para conseguir um trabalho eficiente em termos de adaptação do doente e da família, em termos de definição de sentido e de apoio, de forma a que o doente consiga reorientar a sua vida em algo que lhe faça sentido, tudo isto implica um tempo de seguimento importante, implica avaliações regulares e espaçadas no tempo, estamos a falar

*de semanas ou meses e nós não temos esse tempo” (02)] e a **dificuldade de colaborar com outros colegas** de trabalho [e.g., “(...) *Ficam angustiados, ficam revoltados muitas vezes quando lhes é transmitido por outras especialidades que o doente só vai ter este x tempo de vida e depois esse tempo de vida até é ultrapassado...*” (05)] como desafios que encontram enquanto elementos de uma equipa multidisciplinar de CP que afetam a relação médico-doente e médico-família. Neste sentido, de acordo com Fenwick, Lovelace & Brayne (2010) a falta de tempo e de competências dos profissionais para lidar com as questões da morte e do luto afetam a qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares.*

Q2: Qual a perceção dos médicos de CP acerca dos recursos da equipa, na resposta a estes desafios?

No que concerne a esta questão de investigação, todos os participantes mencionaram o **trabalho em equipa** como um aspeto importante na resposta aos desafios mencionados na questão de investigação anterior [e.g., “(...) *Assumir que os trabalhos só conseguem ser prestados se estiverem reunidos os vários saberes, os vários profissionais que integram a equipa*” (01)]. Portanto, os profissionais de saúde devem trabalhar em equipa e devem ser capazes de identificar e intervir nas necessidades dos doentes, assim como também nos seus familiares com o objetivo de diminuir o seu sofrimento (Graner, Junior & Rolim, 2010).

Na mesma linha de pensamento, os participantes também salientaram a importância da **equipa interdisciplinar** no cuidado ao doente, [e.g., “(...) *Acho que há em contexto de equipa interdisciplinar, ou seja, não há uma pessoa que só faz... não há um no grupo que só faz uma coisa, todos fazemos um bocadinho de tudo isto. Acho que é isto que a equipa tem para dar.*” (04)], uma vez que, os CP consistem em cuidar do doente em todas as dimensões (física, psicológica, espiritual e social), implicando a necessidade da complementação de saberes e da partilha de conhecimentos e responsabilidades em equipa (Hermes & Lamarca, 2013).

Por fim, importa referir que, quando a **comunicação** é adequada, [e.g., “(...) *E o doente começa a perceber que de facto, estamos ali para ajudar, mas a principal arma terapêutica é a comunicação.*” (03)], torna-se possível satisfazer as necessidades do doente, assim como da sua família, uma vez que, a comunicação apropriada tem sido referenciada como um método fundamental e auxiliar do tratamento paliativo e humanizado (Andrade, Costa & Lopes, 2013; Junger et al., 2007). Também Barreto e Castro (2015) defendem que a comunicação entre os

profissionais de saúde e a relação entre o médico e o doente vai ditar o encaminhamento para a intervenção psicológica.

Q3: Qual a percepção dos médicos acerca do papel de cada elemento da equipa de CP?

Relativamente ao papel dos médicos, uma participante indicou que os médicos são os profissionais de saúde que mais competências têm para intervir na dimensão física, uma vez que, são os únicos com a capacidade de controlar os sintomas através da **prescrição médica** [e.g. “(...) Eu acho que há tarefas que são mais específicas a cada profissional, por exemplo, a prescrição é uma tarefa médica, eu acho que ninguém tem dúvidas disso, não é?” (04)], sendo este dado confirmado por Consolim (2012) quando refere que o médico é o elemento que tem maior poder na equipa, pois para além de realizar diagnósticos, também é o responsável por propor tratamentos medicamentosos ou não medicamentosos.

É importante salientar que, as tarefas do enfermeiro podem sobrepor-se com as do médico, uma vez que, o enfermeiro também lida com as **questões físicas** [e.g. “(...) *A primeira abordagem tem que ser de médico e enfermeiro de cuidados paliativos porque são os que têm, até que provem o contrário, maiores competências para lidar com as questões físicas, não é? E sem lidar com as questões físicas minimamente, é difícil avançar para o resto, não é?*” (04)]. De acordo com Becker (2009), para trabalhar com doentes em fim-de-vida, o enfermeiro deve ter em conta as suas competências de comunicação, o trabalho em equipa e a aptidão para a prestação de cuidados físicos.

No que diz respeito ao papel do psicólogo, três participantes indicaram a importância da **formação do psicólogo** em psicoterapia para intervir com doentes e familiares em CP [e.g. “(...) *Eu acho que um psicólogo que trabalhe me Cuidados Paliativos deve ter formação psicoterapêutica, numa área que seja adequada, se identifique, pode ser num área cognitivo-comportamental, uma terapia mais da área comportamental, pode ser uma terapia cognitiva, por exemplo, focada em mindfulness...pronto eu acho que é fundamental que um psicólogo...quando nós pedimos ajuda o que nós esperamos é que o psicólogo seja um terapeuta.*” (01)]. De acordo com Bayés (2005), a prevenção e o alívio do sofrimento do doente e dos familiares estão diretamente relacionados com a Psicologia, tendo assim os psicólogos, competências específicas para intervirem em contexto de CP.

Para além disto, referem a importância do **apoio espiritual** [e.g. “(...) *Em Cuidados Paliativos, esta vertente espiritual pode ser uma área de intervenção até mais abrangente e*

mais necessária por parte de Psicologia que os outros sintomas em si.” (02)] como uma área de intervenção do psicólogo. Sabe-se que o sofrimento espiritual engloba várias componentes associadas à necessidade de encontrar um significado para a sua vida, vontade de viver e a necessidade de ter fé (Ross, 1995).

Quanto ao papel da assistente social, os participantes identificaram as **questões físicas práticas** [e.g. “(...) *Pedimos ajuda também da nossa assistente social, no sentido de tentar, sei lá, resolver problemas da casa, que fique paga, ou de dividas ou de seguros, de tudo que seja. E é também uma forma, não é? De trabalhar também uma das preocupações do doente, que é sempre uma preocupação presente.*” (03)]. O assistente social deve focar-se na resolução de questões práticas ou problemas mais práticos decorrentes da doença, como os problemas de ordem económica e desenvolver estratégias que possam minimizar a dependência do doente (Amara, 2005; Cárcer, 2000). E, ainda na lógica da sobreposição de papéis, foi indicado a importância da **intervenção na família** pela assistente social e pelo psicólogo [e.g. “(...) *Nos tais campos que se sobrepõem não quer dizer que nós médicos e enfermeiros e assistente social...a assistente social tem um trabalho enorme na família também, mas na lógica de divisão de tarefas eu diria que a assistente social e o psicólogo são os grandes cuidadores, ou deveriam ser os grandes cuidadores da família, está a ver?*” (04)]. De acordo com Carvalho (2012), é fulcral que toda a equipa tenha disponibilidade para conhecer a família, pois só desta forma é que será possível garantir a qualidade de vida e a eficiência na prestação dos cuidados.

E por fim, o assistente espiritual tem competências ao nível do **apoio espiritual**, apesar de não ser claro quando devem pedir a sua colaboração [e.g. “(...) *Não só pedimos a colaboração do psicólogo, como às vezes do assistente espiritual, muitas vezes mais ainda que..., mas os dois podem fazer esse trabalho mais específico.*” (03)]. As questões espirituais devem ser trabalhadas por um capelão certificado, a fim de identificar quais as questões espirituais que estão a causar sofrimento no doente e de seguida intervir nelas (Lo et al., 2002).

Q4: Quais os critérios que os médicos valorizam nos doentes e familiares quando pedem a colaboração do psicólogo para intervenção psicológica?

Relativamente a esta questão de investigação, os participantes mencionaram vários elementos que estão na base para o encaminhamento para uma intervenção psicológica. Desta forma, foram agrupados em três dimensões, sendo elas, a dimensão física, a dimensão psicológica e a dimensão existencial.

Quanto à dimensão física, a **dor** foi encarada como um sintoma importante por dois participantes como um sinal para o encaminhamento, por este ser condicionado por fatores psicológicos [e.g. “(...) *A dor muitas vezes existe naqueles doentes que nos dizem "eu tenho muita dor" e a dor física se calhar não é assim tão intensa, certo? E se for intensa, a dor física também desencadeia um conjunto de reações na pessoa que pode beneficiar do apoio de psicologia.*” (02)]. Fatores como a ansiedade, o isolamento e as crises existenciais poderão estar na base do agravamento dos sintomas físicos (Ellershaw & Ward, 2003).

Para além da dor, dois participantes mencionaram a **perda de autonomia** [e.g. “(...) *Bem, eu penso que, a constatação de que tem uma doença grave que levará à perda da autonomia.*” (01)] como sendo um dado para pedir a intervenção psicológica para o doente, uma vez que, tem sido indicada como uma das causas de maior sofrimento ao longo da trajetória da doença (Barbosa e Neto, 2000).

Na dimensão psicológica, a questão da **finitude** foi abordada por três participantes como sendo um critério para pedir a colaboração do psicólogo [e.g. “(...) *Perceção interior da proximidade do fim, e é...e é uma ameaça à existência e é isso que me...é isso que na minha...no entendimento, no tempo que trabalho com este tipo de doente que me parece que seja a principal fonte de sofrimento.*” (03)]. Capelas e Gonçalves (2016) afirmam que, quando o doente aceita a sua condição de finitude, pois possibilita a minimização dos seus efeitos ao permitir a discussão antecipatória de questões stressantes. Os participantes também assinalaram com frequência, a **ansiedade** e a **depressão** como sinais para fazer o encaminhamento [e.g., “...*a ansiedade e a depressão também podem levar a que seja necessária uma intervenção psicológica.*” (02)]. A depressão e a ansiedade são os problemas mais frequentes neste tipo de doenças, diminuindo a capacidade de lidar com a doença e levando à dificuldade de encontrar um sentido para a sua vida (Chochinov et al., 1995; Maguire, 2000).

Também as **dificuldades de comunicação** surgiram como importantes para o requisito do psicólogo da equipa [e.g. “(...) *Porque normalmente o que me leva a pedir o encaminhamento, uma ajuda específica estruturada da Psicologia é quando há alguns sinais de, ou dificuldades na comunicação, que às vezes há doentes que são muito fechados e as nossas estratégias já não chegam, tem que haver estratégias mais específicas e mais trabalhadas, já de profissionais específicos da área da Psicologia.*” (03)], uma vez que, é bastante comum a existência de conflitos entre os familiares e os doentes, facilitando assim a partilha de sentimentos e evitando a conspiração de silêncio. Esta ideia é partilhada por Comas

et al. (2003) quando afirma que o psicólogo deve intervir a fim de facilitar a comunicação entre o doente e a família esclarecendo dúvidas acerca da doença e promovendo formas de cuidado.

No que diz respeito à dimensão existencial, a **perda do sentido** e **angústia existencial** foram as questões mais abordadas por três participantes [e.g., “(...) *E neste desespero, nesta falta de sentido, nesta angústia existencial, acho que é uma das coisas que me leva a pedir.*” (02)]. Neste sentido, vários autores apontam a angústia existencial e a perda de sentido como sendo aspetos comuns no processo de doença terminal, e como forma de minimizá-los, o psicólogo poderá ajudar a redefinir o sentido da vida (Martinez & Barreto, 2002; Pereira, 2010).

A descrição do sistema geral de categorias é apresentada no anexo 4.

5. CONCLUSÃO

É possível concluir que, é reconhecido o sofrimento dos doentes e das famílias nas variadas dimensões. O sofrimento do doente poderá ser entendido como um sofrimento total, uma vez que, todos os sintomas se inter-relacionam com os demais tipos de sofrimento, sendo por isso, necessário uma visão holística sobre o doente, onde ofereçam um cuidado interdisciplinar.

A referenciação dos doentes para a intervenção psicológica depende da sensibilização do médico perante o sofrimento manifestado pelo doente e ainda da relação que constrói com este, uma vez que não existem critérios específicos delineados para a equipa, ou seja, depende sempre da valorização que o médico faz do sofrimento do doente. Neste sentido, constata-se a importância de uma comunicação eficaz entre médico-doente e médico-família e de um conhecimento de ambos acerca da importância da intervenção psicológica e dos seus benefícios. Muito embora seja reconhecido o papel específico do psicólogo para responder aos sinais de depressão, ansiedade, sofrimento existencial, por parte dos doentes e dificuldades de comunicação na sua relação com a família, o médico lida com obstáculos sobretudo presentes na escassez de tempo para intervir. Nos testemunhos analisados parece também emergir uma visão do funcionamento interdisciplinar da equipa médica que olha para o doente como um todo e privilegia a intervenção específica do psicólogo apenas em situações avaliadas como mais complexas e com maior evidência para a pertinência da sua abordagem. Seria, contudo, pertinente que, o psicólogo pudesse ter um maior envolvimento para fazer uma triagem dos sintomas psicológicos apresentados pelo doente e da sua família de modo a intervir de acordo

com as necessidades de cada um, atempadamente e em colaboração com os outros elementos da equipa.

Os recursos da equipa são bastante limitados, constituindo-se também como um obstáculo para esta abordagem. Como já foi referido, o fator limitação de tempo foi bastante considerado pelos participantes, pois afeta todos os intervenientes, na medida em que um considerável número de doentes é referenciado tardiamente para os CP, impedindo a construção de uma relação empática e de confiança entre médico e doente e adiando ou mesmo impossibilitando assim, a entrada do psicólogo para um acompanhamento mais continuado, uma vez que o doente se encontrará numa fase em que não consegue interagir.

Como limitações deste estudo, identificamos o número reduzido dos participantes para atingir a saturação teórica decorrente também da reduzida disponibilidade dos médicos para realizarem as entrevistas.

Acreditamos que este estudo possibilitou uma compreensão abrangente acerca dos vários desafios que os doentes e as suas famílias enfrentam, assim como a própria equipa. O entendimento destes desafios permitiu assim, perceber quais os critérios privilegiados pelos médicos para o encaminhamento para uma intervenção psicológica. Todavia, sugerimos a realização de mais estudos para uma análise mais aprofundada desta problemática considerando que este tema ainda é pouco explorado em Portugal.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almonacid, V., Moreno, P., & Lluch, A. (2009). Estudio sobre la derivación de pacientes oncológicos a la unidad de psico-oncología según criterio médico. *Psicooncología*, 6(1), 203-210.

Amara. (2005). *Como cuidar dos nossos*. Lisboa: Calouste Gulbenkian.

Andrade, C. G. de, Costa, S. F. G. da, & Lopes, M. E. L. (2013). Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(9), 2523–2530. doi: 10.1590/S1413-81232013000900006

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2016). *Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal*.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP; 2006). *Recomendações para o desenvolvimento de programas de formação em enfermagem de cuidados paliativos*.

Barbero Gutiérrez, J. (2006). El derecho del paciente a la información: El arte de comunicar. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*. doi: 10.4321/S1137-66272006000600003

Barbero, J. (2008). Psicólogos en cuidados Paliativos: La Sinrazón de un Olvido. *Psicooncologia*, 5(1), 179–191.

Barbosa, A. & Neto, I. G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª ed. Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Barbosa, A. (2006). Luto. In A. Barbosa & I. G. Neto, *Manual de cuidados paliativos* (pp. 485-510). Lisboa, Portugal: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Barreto, P. & Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Anales de Psicología*. 6 (2), 169-180.

Barreto, S. M. & Castro, E. K. (2015). Critérios de Médicos Oncologistas para Encaminhamento Psicológico em Cuidados Paliativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 69-82. doi: 10.1590/1982-3703000202013

Bayés, R. (2005). Medicina Paliativa: Psicología y cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 12 (3), 137-138.

Becker, R. (2009). Palliative care 2-exploring the skills that nurses need to deliver high-quality care. *Nursing Times*, 105(14), 18–20.

Capelas, M. L. V., (2009). Cuidados Paliativos: Uma proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*, 2(1), 51-57.

Cárcer, A. (2000). *Trabajo Social en Cuidados Paliativos*. Madrid: Arán Ediciones, S.A.

Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 8–18.

Charmaz, K. (2008). Constructionism and the Grounded Theory Method. In *Handbook of Constructionist Research*, 397–412.

Carvalho, M. (2012). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Lidel

Carvalho Teixeira, J. A. (2000). Formação em psicologia para a intervenção em Centros de Saúde. In Isabel Trindade, & José A. Carvalho Teixeira (Eds.), *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp. 95-102). Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários, 17.

Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520–5525. doi: 10.1200/JCO.2005.08.391

Clark, D., & Centeno, C. (2006). Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. *Clinical Medicine (London, England)*, 6(2), 197–201. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16688982>

Consolim, L. O. (2012). O papel do médico na equipe. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed., pp. 333-334). São Paulo: ANCP.

Costa, M. & Antunes, M. (2012). Avaliação de Sintomas em Doentes sem Perspetiva de Cura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 64. Retirado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a07.pdf>

Creswell, J. W. (2007). *Projeto de Pesquisa: Método qualitativo, quantitativo e misto* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 6 (249), 751.

Ellershaw, J., Neuberger, R. J., & Ward, C. (2003). Care of the dying patient: the last hours or days of life. *British Medical Journal*, 326(7379), 30–34. Retirado de: <http://www.bmj.com/content/326/7379/30.abstract>

Evans, S., Huxley, P., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., ... Katona, C. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *Journal of Mental Science*, 188, 75–80. doi: 10.1192/bjp.188.1.75

Fenwick, P., Lovelace, H., & Brayne, S. (2010). Comfort for the dying: Five year retrospective and one year prospective studies of end of life experiences. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(2), 173–179. doi: 10.1016/j.archger.2009.10.004

Fernandes, E. M. & Maia, A. (2001). *Grounded Theory*. In E. M. Fernandes & L. S. Almeida (Eds.), *Métodos e Técnicas de Avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológica*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Ferreira, A., Lopes, L., & Melo, M. (2011). O papel do psicólogo na equipe em cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 85-98.

Gameiro, M. H. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.

Graner, K. G., Junior, A., L., & Rolim, G. S. (2010). Dor em oncologia intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas em Psicologia*, 18(2), 345-355. Retirado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a09.pdf>

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. doi: 10.1590/S1413-81232013000900012

Instituto Nacional de Estatística. (2014). Estatísticas Demográficas 2014. *Instituto Nacional de Estatística*. Retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=224773630&PUBLICACOESmodo=2

Junger S., Pestinger M., Elsner F., Krumm N. & Rasbruch L. (2007). Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine*, 21(4), 347-354. doi: 10.1177/0269216307078505

Kon, A. & Ablin, A. (2010). Palliative Treatment: Redefining Interventions to Treat Suffering Near the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 13(6), 643-646. doi: 10.1089/jpm.2009.0410

Lo, B., Ruston, D., Kates, L. W., Arnold, R. M., Cohen, C. B., Faber-Langendoen, K., ... Tulsky, J. a. (2002). Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. *Journal of the American Medical Association*, 287(6), 749–754. doi:10.1001/jama.287.6.749

Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa: Coisas de Ler.

Maguire, P. (2000). Managing psychological morbidity in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 36, 556-558.

Marecek, J. (2003). "Dancing Through Minefields: Toward A Qualitative Stance In Psychology". *Qualitative Research In Psychology: Expanding Perspectives In Methodology And Design*. 49-70.

Martinez, E & Barreto, P. (2002). Cuidados Paliativos a la persona en la fase final de la vida. In M, Dias (Eds). *Territórios da Psicologia Oncológica* (1ª ed., pp. 527 – 545). Lisboa: Climepsi Editores

Neto, I. (2000). *Cuidados paliativos: Qual a realidade portuguesa? Cuidados Paliativos: Dossier Sinais Vitais 4*. Coimbra: Edições Formação e Saúde, Lda.

Nunes, L. V. (2012). O papel do psicólogo na equipa. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed., pp. 337-340). São Paulo: ANCP.

Organização Mundial de Saúde - OMS (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Geneva. 2nd ed.

Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.

Parle, M., Jones, B., & Maguire, P. (1996). Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. *Psychological Medicine*, 26(4), 735–744. doi: 10.1017/S0033291700037752

Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103–109. doi: 10.1590/S0034-89102001000100016

Pereira, S. (2010). *Cuidados Paliativos: Confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

PNCP - Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2010). *Cuidados continuados*. Saúde e apoio social.

Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278–289.

Ritche, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Practice A Guide for Social Science Students and Researchers*. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (1–349). Sage Publication UK. doi: 10.4135/9781452230108

Ross, L. (1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, wellbeing and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nurse Studies* 32, 457-468.

Seidman, I. (2006). Analyzing, Interpreting, and Sharing Interview Material. *Interviewing as Qualitative Research: A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences*, 178. doi: 10.1037/032390

Silverman, D. (2009). *Doing Qualitative Research*. Londres: Sage Publications.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990b). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13, 3–21.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2a Ed.). Climepsi Editores: Lisboa.

World Health Organization (2016). Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers.

ANEXOS

ANEXO 1 – GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

CrITÉRIOS valorizados pelos Médicos em Cuidados Paliativos para o Encaminhamento para a Intervenção Psicológica		
Objetivos	Temas a abordar:	Questões para o entrevistado
Compreender a perceção que os médicos têm acerca do cuidar o doente com doença grave/terminal.	Características da Doença/ Implicações	Quais são os grandes desafios que, na sua opinião, os doentes com doença grave/incurável/terminal...enfrentam ao longo de todo o processo da doença?
Compreender a perceção acerca dos recursos (materiais, humanos) disponíveis nas Equipas de CP para lidar com os doentes com doença grave/terminal.	Recursos da Equipa	Na sua perspetiva e chegada o doente aos CP que recursos específicos possui esta equipa que podem responder a estes desafios/ necessidades?
Agora vamos de forma mais organizada percorrer estes desafios que referiu e procurar compreender melhor, qual a valorização que faz de alguns sinais para o encaminhamento do doente para a intervenção psicológica/ quando pede a colaboração do psicólogo para se envolver mais diretamente com os casos...?		
Compreender se o modo como a pessoa lida com a doença é critério para	Perceção do Sofrimento Físico do Doente	Relativamente à dimensão física... O bem-estar físico do doente e as ameaças que a doença constitui a este bem-estar é com certeza uma preocupação da equipa ao longo do seu acompanhamento. Na sua opinião, nesta dimensão física, quais são os sinais valorizados para o

<p>EIP. Que aspetos físicos conduzem ao EIP?</p>		<p>encaminhamento do doente para a intervenção psicológica/ quando pede a colaboração do psicólogo para se envolver mais diretamente com os casos...?</p>
<p>Compreender que indicadores de sofrimento psicológico são valorizados pelos médicos. Quais conduzem ao EIP?</p>	<p>Perceção do Sofrimento Psicológico do Doente</p>	<p>Relativamente à dimensão psicológica...</p> <p>Descobrir que se tem uma doença grave e incurável acarreta emoções negativas. Que tipo de sintomas/aspetos psicológicos sugerem, na sua perspetiva, o encaminhamento para a intervenção psicológica/ quando pede a colaboração do psicólogo para se envolver mais diretamente com os casos...?</p>
<p>Compreender que indicadores de sofrimento na dimensão existencial/ espiritual são valorizados pelos médicos? Quais conduzem ao EIP?</p>	<p>Perceção do Sofrimento Existencial/ Espiritual do Doente</p>	<p>Relativamente à dimensão existencial/ espiritual...</p> <p>O sofrimento psicológico tem subjacente uma dimensão existencial. Que tipo de sinais, nesta dimensão, presentes no doente, são sugestivos do encaminhamento para a intervenção psicológica/ quando pede a colaboração do psicólogo para se envolver mais diretamente com os casos...?</p>
<p>Compreender que indicadores de sofrimento na dimensão relacional são valorizados pelos médicos? Quais conduzem ao EIP?</p>	<p>Perceção do Sofrimento Relacional do Doente</p>	<p>Relativamente à dimensão relacional...</p> <p>A doença grave e incurável tem sempre implicações no funcionamento familiar. Que aspetos, nesta dimensão valoriza, e que sugerem o encaminhamento para a intervenção psicológica/ quando pede a colaboração do psicólogo para se envolver mais diretamente com os casos?</p>

<p>Compreender quais os desafios que o médico enfrenta no contexto das Equipas multidisciplinares, na relação médico-doente, na relação médico-família? São critérios para EIP?</p>	<p>Relação Médico-Doente e Médico-Família</p>	<p>Relativamente à relação médico-doente...</p> <p>Para terminar, e tendo em conta todos os desafios que referiu, do doente e da família, gostaríamos que apontasse os grandes desafios que enfrenta o médico enquanto elemento de uma equipa multidisciplinar de Cuidados Paliativos?</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO 2- TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

Para Investigação Clínica

Designação do Estudo (em português):

Está a ser realizado um estudo com o objetivo de identificar quais os principais desafios que os doentes com doença grave e incurável e a sua família enfrentam ao longo do processo de doença e que critérios estão a ser valorizados pelos médicos no Serviço de Cuidados Paliativos para uma intervenção psicológica.

Confirmo que expliquei ao participante/ representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: Não Sim (Nº de páginas___)

O Investigador responsável:

Nome: _____

Assinatura: _____

Identificação do Participante:

Nome: _____

BI/CC nº _____

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: __/__/____

Assinatura: _____

Informação ao Participante

Cláudia Patrícia Pinto Alves, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, vem solicitar a sua colaboração numa investigação no âmbito da sua dissertação de mestrado, denominada “Critérios valorizados pelos médicos para o Encaminhamento Psicológico no Serviço de Cuidados Paliativos”. Este estudo tem como objetivo geral a identificação dos critérios valorizados para o encaminhamento para uma intervenção psicológica.

Ser-lhe-á pedida autorização para que a entrevista, com uma duração aproximada de 30 minutos, possa ser gravada em áudio e transcrita para garantir um maior rigor na análise dos dados, sendo destruída após o processo de tratamento de dados.

Não estão previstos quaisquer riscos com a sua participação. O único incómodo poderá estar relacionado com o tempo disponível para fazer a entrevista. Como benefícios reconhecemos a reflexão crítica em equipa multidisciplinar.

A sua identidade, assim como quaisquer dados que o /a possam identificar permanecerão confidenciais e nunca serão revelados, assegurando assim a privacidade e confidencialidade da sua participação. Informo ainda, que terá o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo.

Concluimos este documento informativo, reforçando a nossa disponibilidade para responder a quaisquer dúvidas que possam existir, podendo contactar o investigador principal para o número 22 619 62 00.

ANEXO 3 – SISTEMA GERAL DE CATEGORIAS

1. Desafios da Família

- 1.1. Alterações psicopatológicas
- 1.2. Ambivalência
- 1.3. Ansiedade
- 1.4. Antecipação perda
- 1.5. Choro fácil
- 1.6. Conspiração do silêncio
- 1.7. Cuidar
- 1.8. Depressão
- 1.9. Desesperança
- 1.10. Desorganiza as atividades do dia
- 1.11. Desorganização da vida
- 1.12. Dificuldade de gestão de expectativas
- 1.13. Dificuldades de aceitação
- 1.14. Dificuldades na comunicação
- 1.15. Doente controlador
- 1.16. Estratégias para lidar com a situação
- 1.17. Gestão de informação
- 1.18. Incapacidade para trabalhar
- 1.19. Labilidade emocional
- 1.20. Lidar com angústia
- 1.21. Luto patológico
- 1.22. Luto pré-morte
- 1.23. Necessidade de apoio
- 1.24. Necessidade de gerir
- 1.25. Nível pessoal
- 1.26. Nível profissional
- 1.27. Perturbações da personalidade
- 1.28. Questões por resolver
- 1.29. Sobrecarga emocional
- 1.30. Sofrimento

1.31. Tristeza

2. Desafios dos Doentes

2.1. Dimensão Física

- 2.1.1. Alterações cognitivas
- 2.1.2. Alterações da consciência
- 2.1.3. Alterações da imagem corporal
- 2.1.4. Alterações familiares
- 2.1.5. Anedonia
- 2.1.6. Astenia
- 2.1.7. Cansaço
- 2.1.8. Consequências da doença na vida diária
- 2.1.9. Dependência
- 2.1.10. Descontrolo sintomático
- 2.1.11. Desfiguração
- 2.1.12. Deteorização
- 2.1.13. Dispneia
- 2.1.14. Doente não fala
- 2.1.15. Dor
- 2.1.16. Falta de apetite
- 2.1.17. Falta de forças
- 2.1.18. Fases apáticas
- 2.1.19. Ficar acamado
- 2.1.20. Insónia
- 2.1.21. Náuseas antecipatórias
- 2.1.22. Negligência pessoal
- 2.1.23. Passividade
- 2.1.24. Perda da autonomia
- 2.1.25. Processo de delírio
- 2.1.26. Psicopatologia
- 2.2.27. Qualquer sintoma
- 2.1.28. Sem contacto ocular
- 2.1.29. Sintomas

2.2. Dimensão Psicológica

- 2.2.1. Agressividade
- 2.2.2. Alteração da sua situação
- 2.2.3. Ambivalência
- 2.2.4. Ameaça à existência
- 2.2.5. Angústia
- 2.2.6. Ansiedade
- 2.2.7. Antecedentes de consumos
- 2.2.8. Antecedentes psiquiátricos
- 2.2.9. Apatia
- 2.2.10. Apoio à família
- 2.2.11. Aproveitar a vida
- 2.2.12. Aspetos sobre a vida
- 2.2.13. Conspiração do silêncio
- 2.2.14. Culpabilidade
- 2.2.15. Depressão
- 2.2.16. Desesperança
- 2.2.17. Desespero
- 2.2.18. Desinteresse pela vida
- 2.2.19. Desorganização da vida
- 2.2.20. Desorganização das atividades do dia
- 2.2.21. Diagnóstico
- 2.2.22. Dificuldade de adaptação
- 2.2.23. Dificuldade de comunicação
- 2.2.24. Dificuldade em assumir papel de cuidador
- 2.2.25. Dificuldades de gestão de emoções
- 2.2.26. Dificuldades na gestão da família
- 2.2.27. Expectativas
- 2.2.28. Falta de motivação
- 2.2.29. Falta de vontade para fazer coisas
- 2.2.30. Famílias disfuncionais
- 2.2.31. Finitude
- 2.2.32. Insegurança
- 2.2.33. Isolamento

- 2.2.34. Labilidade emocional
- 2.2.35. Mitos dos cuidados paliativos
- 2.2.36. Não aceitação da doença
- 2.2.37. Não aceitação da realidade
- 2.2.38. Negação
- 2.2.39. Neuroticismo
- 2.2.40. Perda de tratamento dirigido à doença
- 2.2.41. Perturbações da personalidade
- 2.2.42. Preocupação com futuro da família
- 2.2.43. Preocupação com intervenção
- 2.2.44. Questões por resolver
- 2.2.45. Sem estratégias de coping
- 2.2.46. Sensação de peso para a família
- 2.2.47. Sobrecarga emocional
- 2.2.48. Sofrimento
- 2.2.49. Suporte familiar inexistente
- 2.2.50. Suspensão de tratamentos dirigidos à doença
- 2.2.51. Transição para os cuidados paliativos
- 2.2.52. Tratamento de conforto
- 2.2.53. Tristeza
- 2.2.54. Últimos dias de vida
- 2.2.55. Verbalização do sofrimento intenso

2.3. Dimensão Existencial

- 2.3.1. Angústia existencial
- 2.3.2. Construção de um sentido
- 2.3.3. Crenças pessoais
- 2.3.4. Culpabilidade
- 2.3.5. Desespero existencial
- 2.3.6. Dignidade
- 2.3.7. Espiritualidade
- 2.3.8. Perceção da terminalidade
- 2.3.9. Perda do sentido
- 2.3.10. Preocupações

2.3.11. Revolta

2.3.12. Sofrimento existencial

3. Recursos da Equipa

3.1. Atitudes

3.1.1. Capacidade de trabalho

3.1.2. Coesão

3.1.3. Compaixão

3.1.4. Consultores

3.1.5. Contributo de cada elemento da equipa

3.1.6. Encontrar um equilíbrio

3.1.7. Equipa atenta

3.1.8. Estabelecer confiança

3.1.9. Estar presente

3.1.10. Humildade

3.1.11. Iniciativa

3.1.12. Intenção profissional

3.1.13. Partilha

3.1.14. Proatividade

3.1.15. Testar várias hipóteses

3.1.16. Ventila ansiedade

3.1.17. Ventila medos

3.1.18. Ventila preocupações

3.1.19. Vontade de ajudar

3.2. Foco

3.2.1. Comunicação

3.2.2. Controlo sintomático

3.2.3. Intervenção na família

3.2.4. Intervenção psicológica

3.3. Objetivo

3.3.1. Discussão em equipa

3.3.2. Equipa interdisciplinar

- 3.3.3. Recursos humanos
- 3.3.4. Relação com as especialidades
- 3.3.5. Trabalho em equipa
- 3.3.6. Visão holística

4. Desafios da Equipa

4.1. Desafios Relacionais

- 4.1.1. Ausência no diagnóstico
- 4.1.2. Colaborar com outros colegas
- 4.1.3. Constrangimentos
- 4.1.4. Dar suporte à equipa
- 4.1.5. Discussão
- 4.1.6. Divisão de tarefas
- 4.1.7. Enfrentar dificuldades dos doentes e famílias
- 4.1.8. Falta de recursos
 - 4.1.8.1 Encaminhamento tardio
 - 4.1.8.2. Falta de espaço
 - 4.1.8.3. Falta de médicos
 - 4.1.8.4. Limitação do tempo
 - 4.1.8.5. Priorizar dimensão física
 - 4.1.8.6. Sobrecarga de trabalho
- 4.1.9. Falta de respostas
- 4.1.10. Incentivo
- 4.1.11. Lidar com colegas
- 4.1.12. Manter a equipa coesa
- 4.1.13. Não prejudicar ninguém
- 4.1.14. Passar a perceção de que todos são importantes
- 4.1.15. Pressão constante
- 4.1.16. Saber o papel de cada um
- 4.1.17. Trabalho centrado
- 4.1.18. Trabalho de desafio entre a equipa
- 4.1.19. Trabalho exigente

4.2. Desafios Pessoais

- 4.2.1. Alívio do sofrimento

- 4.2.2. Angústia
- 4.2.3. Bem-estar
- 4.2.4. Capacidade para fazer
- 4.2.5. Comunicação
- 4.2.6. Controlar sintomas
- 4.2.7. Dedicção
- 4.2.8. Espiritualidade
- 4.2.9. Físico
- 4.2.10. Motivação
- 4.2.11. Proporcionar qualidade de vida
- 4.2.12. Questões psicológicas
- 4.2.13. Questões sociais
- 4.2.14. Ser afirmativo
- 4.2.15. Ser companheiros de viagem
- 4.2.16. Ser construtivo
- 4.2.17. Ser elemento positivo
- 4.2.18. Tempo de vida do doente

5. Profissionais Presentes na Equipa

5.1. Médico

- 5.1.1. Lidar com questões físicas
- 5.1.2. Prescrição médica
- 5.1.3. Presença
- 5.1.4. Trabalhar a espiritualidade

5.2. Enfermeiro

- 5.2.1. Lidar com questões físicas
- 5.2.2. Presença
- 5.2.3. Trabalhar a espiritualidade

5.3. Psicólogo

- 5.3.1. Alertar outros profissionais
- 5.3.2. Apoio no luto
- 5.3.3. Aspetos acerca do legado

- 5.3.4. Casos graves
- 5.3.5. Comunicação
- 5.3.6. Dar reforço
- 5.3.7. Disponibilidade para intervir
- 5.3.8. Formação do psicólogo
- 5.3.9. Incapacidade para intervir na dimensão física
- 5.3.10. Intervenção espiritual
- 5.3.11. Intervenção na família
- 5.3.12. Intervenção psicológica persistente no doente
- 5.3.13. Modelar o comportamento
- 5.3.14. Presença
- 5.3.15. Triagem de alguns problemas

5.4. Assistente Espiritual

- 5.4.1. Apoio espiritual
- 5.4.2. Presença

5.5. Assistente Social

- 5.5.1. Intervenção na família
- 5.5.2. Necessidade de formação genérica em CP
- 5.5.3. Presença
- 5.5.4. Questões físicas práticas

Anexo 4 – Descrição do Sistema Geral de Categorias

Código	Designação	Número de fontes/ Referências	Descrição	Exemplo dos dados
1. Desafios da Família				
(Codifica os indicadores de sofrimento na dimensão familiar valorizados pelos médicos e que são indicadores para o encaminhamento para intervenção psicológica)				
1.1	Alterações psicopatológicas	1 / 2	Integra referências que indicam que as alterações psicopatológicas são indicadores de sofrimento e critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...que nós identificamos lá está, são alterações psicopatológicas, muitas vezes prévia...” (01)</i>
1.2.	Ambivalência	1 / 2	Agrega enunciados que referem que a ambivalência nos familiares é critério para encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“E quando há essas ambivalências, dificuldades não resolvidas nas relações familiares é claramente um motivo para pedirmos ajuda.” (03)</i>
1.3.	Ansiedade	2 / 4	Codifica relatos que indicam que a ansiedade é indicador de sofrimento e critério para encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“No caso da família também, portanto famílias que manifestam ansiedade.” (05)</i>
1.4.	Antecipação perda	1 / 2	Integra verbalizações que indicam que a antecipação da perda é critério par encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“Quanto à família, o facto de vivenciarem antecipadamente a perda de um familiar.” (01)</i>
1.5.	Choro fácil	1 / 1	Agrega referência que aponta que o choro fácil é critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...familiares que também ... choro fácil...” (05)</i>
1.6.	Conspiração do silêncio	4 / 5	Codifica a expressão conspiração do silêncio na família na família é critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“uma situação de conspiração de silêncio...trabalhar a família muitas vezes... porque às vezes há psicopatologia que está por trás desse comportamento...” (01)</i>

1.7.	Cuidar	1 / 1	Integra enunciado que menciona a experiência de cuidar como um aspeto valorizado para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...cuidar ou estar presente ao longo da doença de um familiar.” (01)</i>
1.8.	Depressão	2 / 3	Agrega unidades de registo que expõem que a depressão é critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...eventualmente depressão que encaixa o passo seguinte disto que estávamos a falar há bocado.” (04)</i>
1.9.	Desesperança	1 / 1	Codifica a verbalização que indica que a falta de esperança é critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...desesperança...” (04)</i>
1.10.	Desorganiza as atividades do dia	1 / 1	Integra enunciado que refere que a desorganização das atividades do dia nos familiares é critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“Quando o sofrimento desorganiza ao ponto de...desorganiza as atividades do dia do doente e da família...” (04)</i>
1.11.	Desorganização da vida	1 / 3	Agrega a dificuldade da família para organizar a vida como critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...eu acho imprescindível em situações em que o sofrimento desorganiza a vida do doente e da família.” (04)</i>
1.12.	Dificuldade de gestão de expectativas	1 / 1	Codifica a expressão dificuldade da família para gerir as expectativas acerca da situação do doente é critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“portanto, quando têm expectativas, apesar de muitas vezes serem irrealistas.” (02)</i>
1.13.	Dificuldades de aceitação	2 / 2	Integra unidades de registo que indicam as dificuldades que a família possui em aceitar a condição do doente e que são critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...por dificuldades de aceitação...” (04)</i>
1.14.	Dificuldades na comunicação	2 / 3	Agrega enunciados que indicam que as dificuldades na comunicação são critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“Famílias que manifestam dificuldade na comunicação com o doente...” (05)</i>
1.15.	Doente controlador	1 / 1	Codifica referência que menciona que quando o doente é controlador é	<i>“...quando nós temos um doente assim muito controlador, que mantém os</i>

			critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>filhos à parte, em que intencionalmente, procura controlar tudo...</i> ” (01)
1.16.	Estratégias para lidar com a situação	1 / 1	Integra expressão que descreve a falta de estratégias da família para lidar com a situação de doença do doente como critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...potenciar as suas armas e estratégias que já têm e nós sermos os facilitadores disso...”</i> (03)
1.17.	Gestão de informação	2 / 3	Agrega unidades de registo que indicam a dificuldade da família para gerir a informação como critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...e toda esta gestão de informação eu acho que a família precisa de ser apoiada.”</i> (02)
1.18.	Incapacidade para trabalhar	1 / 1	Codifica enunciado que indica que a incapacidade para trabalhar dos familiares é critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...uma dificuldade, por exemplo, uma incapacidade de estar a trabalhar, e, portanto, isso tudo leva-nos a pedir o apoio do psicólogo.”</i> (05)
1.19.	Labilidade emocional	1 / 2	Integra referências que mencionam que a labilidade emocional da família é critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...familiares que também estão com sintomas de labilidade emocional.”</i> (05)
1.20.	Lidar com angústia	1 / 1	Agrega verbalização que indica que a dificuldade em lidar com a angústia é critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...angústias grandes da família...”</i> (02)
1.21.	Luto patológico	1 / 2	Codifica enunciados que referem que o luto patológico na família é critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...a abordagem de situações de luto patológico.”</i> (04)
1.22.	Luto pré-morte	1 / 1	Integra expressão que menciona que o luto pré-morte é critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...vejo muito o psicólogo na família e sobretudo no luto, até no luto pré-morte...”</i> (04)
1.23.	Necessidade de apoio	1 / 1	Agrega unidade de registo que aponta a necessidade de apoio como critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...eu acho que a família precisa de ser apoiada...”</i> (02)

1.24.	Necessidade de gerir	1 / 1	Codifica referência que refere a necessidade de gestão da família como critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...eu acho que nós passamos um bocadinho para a família esse peso que é a família gerir e assumir...” (02)</i>
1.25.	Nível pessoal	1 / 1	Integra verbalização que indica que a família necessita de apoio psicológico a nível pessoal.	<i>“...adaptação também a o nível pessoal...” (01)</i>
1.26.	Nível profissional	1 / 1	Agrega enunciado que indica que é necessário o apoio psicológico no que diz respeito ao nível profissional.	<i>“...adaptação também a o nível...profissional...” (01)</i>
1.27.	Perturbações da personalidade	1 / 1	Codifica unidade de registo que expõe as perturbações da personalidade na família como critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...outras perturbações da personalidade que também...obsessivas compulsivas, em que é fundamental para ambos tentarmos combater essa situação.” (01)</i>
1.28.	Questões por resolver	1 / 1	Integra verbalização que menciona as questões da família por resolver como critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“Há problemas que não estão claramente resolvidos, mas que foi um bocadinho posto uma pedra sobre o assunto e depois nestas situações, nestes momentos de 100% verdade, que não há mais tempo para fingimentos, isso tudo vem ao de cima.” (03)</i>
1.29.	Sobrecarga emocional	1 / 2	Agrega enunciado que aponta a sobrecarga emocional da família como critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...toda a sobrecarga emocional deles e da própria família que está inerente.” (01)</i>
1.30.	Sufrimento	2 / 2	Codifica referências que indicam o sofrimento da família como critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...o sofrimento...da família...” (01)</i>
1.31.	Tristeza	2 / 2	Integra unidades de registo que descreve a tristeza da família como critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...quando a família apresenta ansiedade, tristeza...” (05)</i>

2. Desafios dos Doentes

(Codifica os desafios que o doente enfrenta ao longo do seu processo de doença valorizados pelos médicos)

2.1. Dimensão Física

(Agrega os sinais na dimensão física valorizados pelos médicos para uma intervenção psicológica)

2.1.1.	Alterações cognitivas	2 / 4	Integra enunciados que indicam que as alterações cognitivas são um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...todas essas pistas físicas depois se associam a alterações cognitivas...” (01)</i>
2.1.2.	Alterações da consciência	1 / 1	Codifica referência que menciona as alterações da consciência como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...situação de últimos dias de vida, também muitas vezes associada a alterações da consciência...” (02)</i>
2.1.3.	Alterações da imagem corporal	1 / 1	Agrega verbalização que aponta as alterações da imagem corporal um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...alterações ao nível da imagem corporal...” (02)</i>
2.1.4.	Alterações familiares	1 / 1	Integra unidade de registo que indica as alterações familiares como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...todas essas pistas físicas depois se associam a alterações... familiares...” (01).</i>
2.1.5.	Anedonia	1 / 1	Codifica enunciado que refere a anedonia como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“Em termos físicos o quê que nos apercebemos? Uma anedonia...” (03)</i>
2.1.6.	Astenia	1 / 1	Agrega referência que refere a astenia como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...a astenia...” (03)</i>
2.1.7.	Cansaço	1 / 1	Integra verbalização que aponta o cansaço como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...cansaço...” (03)</i>
2.1.8.	Consequências da doença na vida diária	1 / 1	Codifica enunciado que descreve as consequências da doença na vida diária do doente como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...a dificuldade por parte do doente e por parte da família de uma adaptação à doença, o que ela condiciona em termos de condições de vida diária...” (05)</i>
2.1.9.	Dependência	3 / 8	Agrega unidades de registo que identificam a dependência como um	<i>“...quando o doente perde a dependência...” (02)</i>

			sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	
2.1.10.	Descontrolo sintomático	1 / 3	Integra referências que apontam o descontrolo sintomático como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...controlo sintomático que se não for conseguido em termos de dor, dispneia, náusea, sintomas físicos, também pode ser uma fase muito complicada.”</i> (02)
2.1.11.	Desfiguração	1 / 1	Codifica verbalização que indica a desfiguração do doente como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...por vezes uma desfiguração em certas neoplasias, nomeadamente na cabeça e pescoço.”</i> (05)
2.1.12.	Deteorização	1 / 1	Agrega enunciado que menciona a deteorização do doente como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...a deteorização...”</i> (03)
2.1.13.	Dispneia	2 / 5	Integra unidades de registo que expõem a dispneia como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...como a dor, dispneia...”</i> (05)
2.1.14.	Doente não fala	1 / 1	Codifica referência que indica o facto de o doente não falar como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...um doente que não fala.”</i> (05)
2.1.15.	Dor	2 / 5	Agrega unidades de registo que aponta a dor como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“E se for intensa, a dor física também desencadeia um conjunto de reações na pessoa que pode beneficiar do apoio de psicologia.”</i> (02)
2.1.16.	Falta de apetite	1 / 2	Integra verbalizações que referem a falta de apetite do doente como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...falta de apetite intensa.”</i> (03)
2.1.17.	Falta de forças	1 / 2	Codifica enunciados que mencionam a falta de forças como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...falta de forças...”</i> (03)
2.1.18.	Fases apáticas	1 / 1	Agrega referência que identifica as fases apáticas dos doentes como um	<i>“...que tem fases apáticas por vezes e outros sinais...”</i> (05)

			sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	
2.1.19.	Ficar acamado	1 / 1	Integra verbalização que refere que ficar acamado é um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...ficar praticamente acamado.” (02)</i>
2.1.20.	Insónia	2 / 3	Codifica unidades de registo que indicam que a insónia é um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...que manifestem insónia...” (01)</i>
2.1.21.	Náuseas antecipatórias	1 / 3	Agrega enunciados que apontam as náuseas antecipatórias como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“as náuseas antecipatórias, que é quando associa o enjoo ao tratamento.” (02)</i>
2.1.22.	Negligência pessoal	1 / 1	Integra verbalização que menciona a negligência pessoal do doente como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...sintomas de negligencia pessoal marcada.” (01)</i>
2.1.23.	Passividade	1 / 1	Codifica relato que revela a passividade como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...atitudes de passividade...” (01)</i>
2.1.24.	Perda da autonomia	2 / 3	Agrega unidades de registo que apontam a perda de autonomia como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...por exemplo, a perda de autonomia.” (02)</i>
2.1.25.	Processo de delírio	1 / 1	Integra verbalização que refere o processo de delírio do doente como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...o doente, entretanto num processo de delírio, apesar de que estar cá já não é a mesma pessoa...” (02)</i>
2.1.26.	Psicopatologia	1 / 1	Codifica referência que aponta a existência de psicopatologia do doente como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...depois há também psicopatologia, quando nós identificamos, assim perturbações prévias ou atuais, exacerbadas.” (01)</i>
2.1.27.	Qualquer sintoma	1 / 3	Agrega enunciado que menciona qualquer sintoma físico do doente como um sinal físico para o	<i>“Eu acho que qualquer sintoma pode ser importante.” (02)</i>

			encaminhamento para intervenção psicológica.	
2.1.28.	Sem contacto ocular	1 / 1	Integra verbalização que indica o facto de o doente não manter o contacto ocular como um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“não conseguir manter o olhar, há doentes que desviam mais o olhar.” (03)</i>
2.1.29.	Sintomas	1 / 1	Codifica enunciado que refere que qualquer sintoma físico é um sinal físico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...os próprios sintomas que aparecem no próprio decorrer destas doenças avançadas e progressivas.” (05)</i>
2.2. Dimensão Psicológica				
(Codifica os indicadores de sofrimento psicológico valorizados pelos médicos e que são critérios para encaminhamento para uma intervenção psicológica)				
2.2.1.	Agressividade	2 / 2	Integra enunciados que indicam que a agressividade é um sinal psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...ou então por outro lado agressividade, agressividade para alguém, com a equipa médica, de enfermagem, a equipa multidisciplinar.” (05)</i>
2.2.2.	Alteração da sua situação	2 / 2	Agrega verbalizações que referem a alteração da sua situação enquanto doente como um sinal psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“O principal motivo de sofrimento é primeiro, a alteração da sua situação, não é?” (03)</i>
2.2.3.	Ambivalência	2 / 2	Codifica referências que descrevem a ambivalência como um sinal psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...começam por achar que não têm cura e que vão morrer no imediato, depois passam por momentos de alguma estabilidade.” (04)</i>
2.2.4.	Ameaça à existência	1 / 1	Integra enunciado que indica a ameaça à existência como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...é uma ameaça à existência e é isso que no meu entendimento, no tempo que trabalho com este tipo de doente que me parece que seja a principal fonte de sofrimento.” (03)</i>
2.2.5.	Angústia	1 / 2	Agrega relatos que identifica a angústia como um fator psicológico para o	<i>“...angústia...” (02)</i>

			encaminhamento para intervenção psicológica.	
2.2.6.	Ansiedade	3 / 9	Codifica unidades de registo que indicam a ansiedade como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...aspetos que são muito complexos que tem haver com a gestão de ansiedade que é fundamental.” (01)</i>
2.2.7.	Antecedentes de consumos	1 / 1	Integra referência que aponta os antecedentes de consumos como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...antecedentes de consumos...” (01)</i>
2.2.8.	Antecedentes psiquiátricos	1 / 2	Agrega enunciados que refere os antecedentes psiquiátricos como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...histórias de situações anteriores...” (01)</i>
2.2.9.	Apatia	1 / 1	Codifica verbalização que menciona a apatia do doente como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...apatia...” (05)</i>
2.2.10.	Apoio à família	1 / 1	Integra unidade de registo que identifica a necessidade do apoio à família como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...apoio à família...” (02)</i>
2.2.11.	Aproveitar a vida	1 / 1	Agrega referência que indica o fator aproveitar a vida como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...de que podem aproveitar a vida com estes altos e baixos que a doença vai tendo.” (04)</i>
2.2.12.	Aspetos sobre a vida	1 / 1	Codifica enunciado que refere que a exploração sobre os aspetos da vida são critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...oportunidade de trabalhar aspetos que são importantes sobre a vida...” (01)</i>
2.2.13.	Conspiração do silêncio	3 / 4	Integra unidades de registo que apontam a conspiração de silêncio do doente como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...quando identificamos uma conspiração do silêncio muito estruturada.” (01)</i>

2.2.14.	Culpabilidade	1 / 1	Agrega verbalização que indica a culpabilidade como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...sentimentos de culpabilidade.” (05)</i>
2.2.15.	Depressão	3 / 6	Codifica enunciados que identificam a depressão como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...perturbações depressivas assim graves.” (01)</i>
2.2.16.	Desesperança	2 / 4	Integra referências que indicam a desesperança do doente como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“Manter os doentes com esperança, com esperança de vida, não no sentido de viver muito, mas na esperança de que podem aproveitar a vida.” (04)</i>
2.2.17.	Desespero	1 / 1	Agrega unidade de registo que refere o desespero do doente como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...desespero...” (02)</i>
2.2.18.	Desinteresse pela vida	1 / 1	Codifica relato que aponta o desinteresse pela vida como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...uma falta de motivação para tudo, um desinteresse pela vida...” (03)</i>
2.2.19.	Desorganização da vida	2 / 3	Integra enunciado que menciona a desorganização da vida do doente como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...acho imprescindível em situações em que o sofrimento desorganiza a vida do doente.” (04)</i>
2.2.20.	Desorganização das atividades do dia	1 / 1	Agrega referência que indica a desorganização das atividades do dia como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...desorganiza as atividades do dia do doente...” (04)</i>
2.2.21.	Diagnóstico	3 / 6	Codifica verbalizações que apontam o diagnóstico como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...diagnóstico e a fase inicial enquanto não se orienta o tratamento...” (02)</i>
2.2.22.	Dificuldade de adaptação	3 / 8	Integra unidades de registo que referem as dificuldades de adaptação como um fator psicológico para o	<i>“Portanto, o grande desafio é que este doente se adapte à doença...” (02)</i>

			encaminhamento para intervenção psicológica.	
2.2.23.	Dificuldade de comunicação	3 / 9	Agrega enunciados que mencionam as dificuldades de comunicação como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...dificuldades na comunicação, que às vezes há doentes que são muito fechados e as nossas estratégias já não chegam.” (03)</i>
2.2.24.	Dificuldade em assumir papel de cuidador	2 / 2	Codifica verbalizações que indicam as dificuldades em assumir o papel de cuidador como um fator psicológico do doente para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...exagerado e desorganizado na família e como consequência leva ao deficiente tratamento do doente acho que o psicólogo deve entrar.” (04)</i>
2.2.25.	Dificuldades de gestão de emoções	1 / 1	Integra referência que aponta as dificuldades de gestão de emoções como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...dificuldades de gestão das emoções.” (02)</i>
2.2.26.	Dificuldades na gestão da família	1 / 1	Agrega enunciado que refere as dificuldades da gestão da família como um fator psicológico do doente para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...dificuldades da gestão da família...” (02)</i>
2.2.27.	Expectativas	1 / 1	Codifica verbalização que menciona as expectativas do doente como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...o doente até pode ter muita expectativa e até um possível caminho de tratamento dirigido à doença que o melhore...” (02)</i>
2.2.28.	Falta de motivação	1 / 1	Integra unidade de registo que descreve a falta de motivação como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...falta de motivação para tudo.” (03)</i>
2.2.29.	Falta de vontade para fazer coisas	1 / 1	Agrega enunciado que aponta a falta de vontade para fazer coisas como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...falta de vontade de fazer as coisas.” (02)</i>

2.2.30.	Famílias disfuncionais	2 / 3	Codifica referências que identificam as famílias disfuncionais como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...agora quando temos uma família complexa nesse sentido...” (03)</i>
2.2.31.	Finitude	3 / 4	Integra relatos que expõem a finitude como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...percepção interior da proximidade do fim.” (03)</i>
2.2.32.	Insegurança	1 / 1	Agrega verbalização que refere a insegurança como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...notamos que... que não manifestem assim....segurança.” (01)</i>
2.2.33.	Isolamento	1 / 1	Codifica enunciado que menciona o isolamento como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...isolam-se bastante, e por vezes o doente não deixa de pensar na doença e está preocupada com a sua doença.” (05)</i>
2.2.34.	Labilidade emocional	1 / 2	Integra referências que apontam a labilidade emocional do doente como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...por exemplo um doente com labilidade emocional.” (05)</i>
2.2.35.	Mitos dos cuidados paliativos	1 / 1	Agrega relato que identifica os mitos associados aos cuidados paliativos um fator de sofrimento psicológico no doente e um critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...mitos dos Cuidados Paliativos que também interfere.” (02)</i>
2.2.36.	Não aceitação da doença	3 / 7	Codifica unidades de registo que referem a não aceitação da doença como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...Sim, os grandes desafios, por um lado, a aceitação de que tem uma doença incurável...e isso acho que é o grande, grande desafio.” (04)</i>
2.2.37.	Não aceitação da realidade	1 / 1	Integra verbalização que aponta a não aceitação da realidade como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...não aceitação, no fundo, da realidade.” (03)</i>
			Agrega enunciados que identificam a negação do doente como um fator	<i>“...á aquela negação e não...têm limitações a falar</i>

2.2.38.	Negação	1 / 4	psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>disso, muitas vezes pode ser uma defesa, é verdade, nem sempre as negações são não adaptativas.</i> ” (03)
2.2.39.	Neuroticismo	1 / 1	Codifica referência que refere o neuroticismo do doente como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...neuroticismo marcado.”</i> (01)
2.2.40.	Perda de tratamento dirigido à doença	1 / 2	Integra unidades de registo que apontam a perda do tratamento dirigido à doença como um fator que provoca sofrimento psicológico no doente e que conduz ao encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...perda de indicação para o tratamento dirigido à doença, ou seja, para os Cuidados Paliativos e a situação de últimos dias de vida.”</i> (02)
2.2.41.	Perturbações da personalidade	1 / 1	Agrega verbalização que menciona as perturbações da personalidade do doente como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...perturbações de personalidade...”</i> (01)
2.2.42.	Preocupação com futuro da família	1 / 2	Codifica enunciados que identificam a preocupação com o futuro da família como um fator de sofrimento psicológico que conduz ao encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...preocupação com o futuro da família.”</i> (03)
2.2.43.	Preocupação com intervenção	1 / 1	Integra unidade de registo que refere a preocupação do doente com determinada intervenção como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...preocupação com determinada intervenção.”</i> (02)
2.2.44.	Questões por resolver	1 / 1	Agrega referência que menciona as questões por resolver que provocam sofrimento no doente e que podem ser consideradas um como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...algumas questões que estarão por resolver...”</i> (05)

2.2.45.	Sem estratégias de coping	1 / 1	Codifica relato que aponta o facto de o doente não possuir estratégias de coping para lidar com a doença como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...não tem técnicas de coping que permitam ultrapassar isto.”</i> (02)
2.2.46.	Sensação de peso para a família	2 / 3	Integra enunciados que referem a sensação de peso para a família como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“Muitas vezes, preocupa-se em ser no momento como um peso, não é?”</i> (03)
2.2.47.	Sobrecarga emocional	1 / 1	Agrega verbalização que identifica a sobrecarga emocional do doente como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...sobrecarga emocional...”</i> (01)
2.2.48.	Sofrimento	4 / 8	Codifica unidades de registo que apontam o sofrimento do doente como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...sofrimento psicológico...”</i> (02)
2.2.49.	Suporte familiar inexistente	1 / 3	Integra referências que mencionam o suporte familiar inexistente como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...se é um doente que não tem apoio, suporte familiar...”</i> (02)
2.2.50.	Suspensão de tratamentos dirigidos à doença	1 / 1	Agrega enunciado que refere a suspensão de tratamentos dirigidos à doença como um fator que provoca no doente um elevado sofrimento conduzindo assim ao encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...suspensão de tratamento dirigido à doença.”</i> (02)
2.2.51.	Transição para os cuidados paliativos	1 / 3	Codifica unidades de registo que identificam a transição do doente de uma especialidade para os cuidados paliativos como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...transição para os cuidados paliativos...”</i> (02)

2.2.52.	Tratamento de conforto	1 / 1	Integra referência que aponta o tratamento de conforto como um desafio para o doente e critério para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...transição para tratamento de conforto...” (02)</i>
2.2.53.	Tristeza	3 / 5	Agrega enunciados que referem a tristeza do doente como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...por exemplo, a própria tristeza...” (05)</i>
2.2.54.	Últimos dias de vida	1 / 2	Codifica relatos que mencionam os últimos dias de vida do doente como um fator de sofrimento psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...situação de últimos dias de vida...” (02)</i>
2.2.55.	Verbalização do sofrimento intenso	2 / 3	Integra unidades de registo que apontam a verbalização do sofrimento intenso do doente como um fator psicológico para o encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...forma como falam conosco.” (01)</i>
2.3. Dimensão Existencial				
(Codifica os indicadores de sofrimento existencial valorizados pelos médicos e que são critérios para o encaminhamento para intervenção psicológica)				
2.3.1.	Angústia existencial	2 / 2	Integra enunciados que indicam a angústia existencial como um fator de sofrimento existencial que conduz ao encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...nesta angústia existencial, acho que é uma das coisas que me leva a pedir.” (02)</i>
2.3.2.	Construção de um sentido	1 / 3	Agrega referências que apontam a construção de um sentido com um fator necessário na trajetória do doente, implicando o encaminhamento.	<i>“Acho que em termos de desafios estes são os maiores, é permitir que o doente viva o tempo que tem e viva de uma forma sentida.” (02)</i>
2.3.3.	Crenças pessoais	1 / 1	Codifica verbalização que refere as crenças pessoais como um fator de sofrimento existencial que conduz ao encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...isso é ainda mais difícil de trabalhar porque tem muito a ver com as crenças pessoais, não é?” (03)</i>

2.3.4.	Culpabilidade	1 / 1	Integra unidade de registo que menciona a culpabilidade como um fator de sofrimento existencial que conduz ao encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...o falarem-nos de alguns sentimentos de culpabilidade...” (05)</i>
2.3.5.	Desespero existencial	1 / 1	Agrega relato que identifica o desespero existencial como um fator de sofrimento existencial que conduz ao encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...desespero existencial...” (02)</i>
2.3.6.	Dignidade	1 / 2	Codifica enunciado que aponta a dignidade como um fator de sofrimento existencial que conduz ao encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...intervenções relacionadas com a dimensão espiritual e da dignidade.” (01)</i>
2.3.7.	Espiritualidade	1 / 4	Integra verbalização que refere a espiritualidade do doente como um fator de sofrimento existencial que conduz ao encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...nós identificamos uma oportunidade de trabalhar a espiritualidade através destas revisões da vida.” (01)</i>
2.3.8.	Perceção da terminalidade	1 / 1	Agrega enunciado que menciona a perceção que o doente tem da sua terminalidade como um fator de sofrimento existencial que conduz ao encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...muitas vezes a perceção que os doentes têm da terminalidade.” (05)</i>
2.3.9.	Perda do sentido	3 / 5	Codifica unidades de registo que apontam a perda do sentido como um fator de sofrimento existencial que conduz ao encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>“...do próprio doente, sentimentos também importantes... perda do sentido.” (01)</i>
2.3.10.	Preocupações	1 / 1	Integra referência que identifica as preocupações que provocam no indivíduo um elevado sofrimento e que conduz ao encaminhamento para o psicólogo.	<i>“Falar do que lhe dá sentido e...e o que o preocupa e isso.” (03)</i>
2.3.11.	Revolta	1 / 1	Agrega verbalização que menciona a revolta do doente como um fator de sofrimento existencial que conduz ao	<i>“...a determinada altura se sentem um pouco revoltados e</i>

			encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>angustiados com o progredir da doença...</i> (05)
2.3.12.	Sofrimento existencial	1 / 3	Codifica enunciados que identificam o sofrimento existencial como um fator de sofrimento existencial que conduz ao encaminhamento para intervenção psicológica.	<i>"...sofrimento existencial..."</i> (02)
3. Recursos da Equipa				
(Codifica a perceção que os médicos possuem acerca dos recursos disponíveis na equipa para lidar com os desafios dos doentes e familiares)				
3.1. Atitudes				
(Integra as atitudes dos elementos da equipa para responder aos desafios dos doentes e familiares)				
3.1.1.	Capacidade de trabalho	1 / 1	Integra verbalização que descreve a capacidade de trabalho como uma atitude que os elementos da equipa têm em conta para fazer face aos desafios do doente e família.	<i>"...aspetos não tão individuais, mas aspetos como a capacidade de trabalho."</i> (01)
3.1.2.	Coesão	1 / 1	Agrega enunciado que refere a coesão como uma atitude que os elementos da equipa têm em conta para fazer face aos desafios do doente e família.	<i>"A equipa é coesa e dá-se bem, mas é um risco grande, isto tem limites."</i> (04)
3.1.3.	Compaixão	2 / 2	Codifica referências que mencionam a compaixão como uma atitude que os elementos da equipa têm em conta para fazer face aos desafios do doente e família.	<i>"...se conseguirmos, transmitir-lhe algo...uma compaixão."</i> (03)
3.1.4.	Consultores	1 / 1	Integra unidade de registo que aponta o facto de os médicos serem consultores como uma atitude que os elementos da equipa têm em conta para fazer face aos desafios do doente e família.	<i>"...no fundo nós funcionamos como consultores."</i> (03)
3.1.5.	Contributo de cada elemento da equipa	1 / 1	Agrega verbalização que reconhece o contributo de cada elemento da equipa como uma atitude que a equipa tem em conta para fazer face aos desafios do doente e família.	<i>"...pode em cada uma delas, em determinadas fases, mas em cada uma delas, cada um dar o seu contributo."</i> (02)
3.1.6.		1 / 1	Codifica relato que aponta a competência de encontrar um equilíbrio como uma atitude que os	<i>"...ajudar os nossos clientes, os doentes, as famílias a</i>

	Encontrar um equilíbrio		elementos da equipa têm em conta para fazer face aos desafios do doente e família.	<i>encontrarem aqui um equilíbrio desta situação.” (01)</i>
3.1.7.	Equipa atenta	2 / 2	Integra enunciados que referem o facto de a equipa ser uma equipa atenta como uma atitude que os elementos da equipa têm em conta para fazer face aos desafios do doente e família.	<i>“...equipa que está sempre atenta...” (01)</i>
3.1.8.	Estabelecer confiança	1 / 1	Agrega referência que menciona a importância da confiança entre médico e doente como uma atitude que os elementos da equipa têm em conta para fazer face aos desafios do doente e família.	<i>“...primeira fonte de estabelecer confiança com o doente.” (03)</i>
3.1.9.	Estar presente	1 / 1	Codifica unidade de registo que evidencia a importância de a equipa estar presente ao longo da trajetória do doente como uma atitude que os elementos da equipa têm em conta para fazer face aos desafios do doente e família.	<i>“...estar presente ao longo da trajetória da doença e de ajudar, ajudar os outros.” (01)</i>
3.1.10.	Humildade	1 / 1	Integra relato que aponta a humildade como uma atitude que os elementos da equipa têm em conta para fazer face aos desafios do doente e família.	<i>“...humildade, também de assumir que os trabalhos só conseguem ser prestados se estivermos reunidos os vários saberes...” (01)</i>
3.1.11.	Iniciativa	1 / 1	Agrega enunciado que indica a capacidade de iniciativa como uma atitude que os elementos da equipa têm em conta para fazer face aos desafios do doente e família.	<i>“...são pessoas que por si tomam iniciativa...” (01)</i>
3.1.12.	Intenção profissional	1 / 1	Codifica referência que refere a intenção profissional como uma atitude que os elementos da equipa têm em conta para fazer face aos desafios do doente e família.	<i>“...é uma vontade de uma intenção profissional que é estar presente ao longo da trajetória da doença e de ajudar...” (01)</i>
3.1.13.	Partilha	1 / 2	Integra unidades de registo que aponta a partilha como uma atitude que os elementos da equipa têm em conta para	<i>“...equipa multidisciplinar...partilha...” (04)</i>

			fazer face aos desafios do doente e família.	
3.1.14.	Proatividade	1 / 1	Agrega referência que identifica a proatividade como uma atitude que os elementos da equipa têm em conta para fazer face aos desafios do doente e família.	<i>“...são proativas, ou seja, têm qualidades profissionais que fazem deles capazes de abordar uma situação de uma forma global...” (01)</i>
3.1.15.	Testar várias hipóteses	1 / 1	Codifica enunciado que menciona o facto de os médicos estarem constantemente a testar hipóteses para fazer face às necessidades dos doentes.	<i>“...uma equipa que vai testando as várias hipóteses até se conseguir chegar a um acordo.” (01)</i>
3.1.16.	Ventila ansiedade	1 / 1	Integra verbalização que indica que os elementos da equipa estão preparados para ventilar a ansiedade com o objetivo de diminuir o seu sofrimento.	<i>“...ventila esses medos, essas ansiedades, essas preocupações.” (04)</i>
3.1.17.	Ventila medos	1 / 1	Agrega unidade de registo que refere que os elementos da equipa estão preparados para ventilar os medos com o objetivo de diminuir o seu sofrimento.	<i>“...ventila esses medos, essas ansiedades, essas preocupações.” (04)</i>
3.1.18.	Ventila preocupações	1 / 1	Codifica relato que descreve que os elementos da equipa estão preparados para ventilar as preocupações com o objetivo de diminuir o seu sofrimento.	<i>“...ventila esses medos, essas ansiedades, essas preocupações.” (04)</i>
3.1.19.	Vontade de ajudar	2 / 8	Integra verbalização que aponta a vontade de ajudar como uma atitude que os elementos da equipa têm em conta para fazer face aos desafios do doente e família.	<i>“...são profissionais que têm vontade de ajuda, acho que isso também é importante.” (01)</i>
3.2. Foco				
(Codifica o foco da equipa para lidar com os desafios dos doentes e familiares valorizados pelos médicos)				
3.2.1.	Comunicação	3 / 3	Integra unidades de registo que apontam a comunicação como o foco que está sempre presente na equipa.	<i>“Eu acho que a mais valia é essa e é a forma de comunicação também entre a equipa em termos de orientação do doente.” (02)</i>
3.2.2.	Controlo sintomático	2 / 3	Agrega enunciados que referem o controlo sintomático o foco para lidar	<i>“Quando há descontrolo de sintomas...” (03)</i>

			com os desafios dos doentes e da família.	
3.2.3.	Intervenção na família	1 / 1	Codifica referência que menciona a intervenção na família como um dos focos da equipa multidisciplinar.	<i>“...abordar uma situação de uma forma global, incluindo a família.” (01)</i>
3.2.4.	Intervenção psicológica	1 / 2	Integra verbalizações que identifica a importância da intervenção psicológica para lidar com os desafios do doente e da família.	<i>“...e de facto é fundamental o apoio do psicólogo nesta fase da doença...” (05)</i>
3.3. Objetivo				
(Agrega os objetivos da equipa valorizados pelos médicos para responder aos desafios dos doentes e familiares)				
3.3.1.	Discussão em equipa	2 / 9	Integra unidades de registos que aponta a discussão em equipa como um dos objetivos a terem em conta enquanto elementos de uma equipa multidisciplinar.	<i>“... é o trabalho em equipa e a possibilidade de termos pessoas que partilhando connosco a orientação.” (02)</i>
3.3.2.	Equipa interdisciplinar	3 / 5	Agrega enunciados que mencionam a importância da equipa multidisciplinar para fazer face aos desafios do doente e da família.	<i>“...acho que a equipa é uma equipa interdisciplinar, no sentido em que vamos tendo estas cinco valências.” (04)</i>
3.3.3.	Recursos humanos	1 / 2	Codifica referência que indica os recursos humanos como um objetivo que faz face aos desafios do doente e família.	<i>“Eu acho que a mais valia é essa, são os recursos humanos e a forma de trabalhar em equipa.” (02)</i>
3.3.4.	Relação com as especialidades	2 / 3	Integra verbalização que refere a relação da equipa com as especialidades como um aspeto importante e a ter em conta para promover a qualidade de vida no doente e família.	<i>“...trabalhamos com colegas de outras especialidades...” (03)</i>
3.3.5.	Trabalho em equipa	5 / 13	Agrega relatos que identificam o trabalho em equipa como um fator que está sempre presente para fazer face aos desafios do doente e da família.	<i>“...é o trabalho em equipa e a possibilidade de termos pessoas que partilhando connosco a orientação.” (02)</i>
3.3.6.	Visão holística	1 / 2	Codifica unidades de registo que apontam a importância da visão holística para a promoção da qualidade de vida no doente e família.	<i>“...temos profissionais que tem capacidade de identificar as situações, as necessidades de uma forma holística.” (01)</i>

4. Desafios da Equipa

(Codifica os desafios que o médico enfrenta no contexto de equipa multidisciplinar, na relação médico-doente e médico-família e que são critérios para intervenção psicológica)

4.1. Desafios Relacionais

(Integra os desafios de ordem relacional que os médicos enfrentam em contexto de equipa multidisciplinar)

4.1.1.	Ausência no diagnóstico	1 / 1	Integra enunciado que refere a ausência da equipa no momento do diagnóstico como um desafio que os médicos enfrentam.	<i>“...são referenciados tão no fim, às vezes torna-se difícil para nós entrar e torna-se difícil para vocês, para a área da Psicologia.” (02)</i>
4.1.2.	Colaborar com outros colegas	3 / 4	Agrega referências que mencionam a colaboração com outros colegas como um desafio que os médicos enfrentam.	<i>“...colaborar com outros colegas...” (02)</i>
4.1.3.	Constrangimentos	1 / 1	Codifica verbalização que aponta os constrangimentos que estão inerentes à equipa como um desafio.	<i>“...constrangimentos...” (01)</i>
4.1.4.	Dar suporte à equipa	1 / 1	Integra relato que indica dar suporte à equipa como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...conseguir dar suporte aos vários elementos da equipa.” (02)</i>
4.1.5.	Discussão	1 / 1	Agrega unidade de registo que refere a discussão como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...temos todos os dias uma reunião em que todos nós discutimos os nossos doentes.” (05)</i>
4.1.6.	Divisão de tarefas	1 / 2	Codifica enunciados que mencionam a dificuldade em dividir tarefas como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...equipa interdisciplinar em que há sobreposição de tarefas, está a ver?...” (04)</i>
4.1.7.	Enfrentar dificuldades dos doentes e famílias	1 / 1	Integra referência que aponta a dificuldade em enfrentar os problemas dos doentes e das famílias como desafios que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...enfrentamos diariamente em termos de dificuldade dos doentes e das famílias...” (02)</i>

4.1.8. Falta de Recursos

(Agrega os desafios relacionados com a falta de recursos para responder aos desafios do doente e familiares)

4.1.8.1.	Encaminhamento tardio	1 / 1	Integra verbalização que indica o encaminhamento tardio para os CP para responder aos desafios do doente e da família.	<i>“...os doentes quando são referenciados tão no fim às vezes torna-se difícil para nós entrar...” (02)</i>
4.1.8.2.	Falta de espaço	1 / 1	Agrega relato que refere a falta de espaço no hospital para responder aos desafios do doente e da família.	<i>“Não há muitos recursos, quer dizer nós somos nós e nem se pode falar num espaço, porque não existe, o espaço é o hospital.” (02)</i>
4.1.8.3.	Falta de médicos	2 / 4	Codifica unidades de registo que aponta a falta de médicos para responder aos desafios do doente e da família.	<i>“Olhe neste momento são a falta de médicos.” (04)</i>
4.1.8.4.	Limitação do tempo	3 / 9	Integra enunciados que menciona a limitação do tempo devido à falta de recursos para responder aos desafios do doente e da família.	<i>“Eu acho que nesse aspeto, o psicólogo e a equipa de Cuidados Paliativos tem... todos os profissionais têm as suas limitações de tempo.” (01)</i>
4.1.8.5.	Priorizar dimensão física	1 / 2	Agrega referências que identifica a priorização da dimensão física para responder aos desafios do doente e da família.	<i>“a primeira abordagem tem que ser de médico e enfermeiro de cuidados paliativos porque são os que têm, até que provem o contrário, maiores competências para lidar com as questões físicas.” (04)</i>
4.1.8.6.	Sobrecarga de trabalho	1 / 3	Codifica verbalizações que indica a sobrecarga de trabalho como um desafio para responder aos desafios do doente e da família.	<i>“...com sobrecarga de trabalho para quem está a fazer...” (04)</i>
4.1.9.	Falta de respostas	1 / 1	Integra relato que refere a falta de respostas como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...falta de respostas muitas vezes...” (02)</i>
4.1.10.	Incentivo	1 / 1	Agrega unidade de registo que aponta o incentivo como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...potenciá-los no seu trabalho, incentivando-os, ajudando-os.” (01)</i>
			Codifica enunciados que indica a dificuldade em lidar com colegas como	<i>“...lidar com os nossos colegas de uma forma adequada.” (01)</i>

4.1.11.	Lidar com colegas	1 / 2	um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	
4.1.12.	Manter a equipa coesa	1 / 1	Integra referência que menciona a dificuldade em manter a equipa coesa como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...manter a equipa coesa...”</i> (02)
4.1.13.	Não prejudicar ninguém	1 / 1	Agrega verbalização que refere a importância de não prejudicar ninguém como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...tendo em conta a intenção, por um lado, não prejudicar ninguém, os nossos colegas.”</i> (01)
4.1.14.	Passar a perceção de que todos são importantes	1 / 1	Codifica relato que identifica a dificuldade de implementar a perceção de que todos os elementos da equipa são importantes.	<i>passar esta perceção de que os diferentes elementos da equipa são fundamentais e são importantes no acompanhamento do doente e da família.”</i> (02)
4.1.15.	Pressão constante	2 / 2	Integra unidades de registo que referem a pressão constante como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...nós vivemos numa pressão importante.”</i> (02)
4.1.16.	Saber o papel de cada um	1 / 1	Agrega enunciado que aponta a dificuldade que os médicos têm em perceber o papel de cada um.	<i>“...é difícil perceber quando é que começa o trabalho de um psicólogo e de um...e quando é que começa o trabalho de um assistente espiritual.”</i> (01)
4.1.17.	Trabalho centrado	1 / 1	Codifica referência identifica o facto de o trabalho ser demasiado centrado como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...o nosso trabalho do dia-a-dia é um trabalho que é muito...que é muito centrado.”</i> (01)
4.1.18.	Trabalho de desafio entre a equipa	2 / 2	Integra verbalizações que descreve o trabalho de desafio entre a equipa como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...trabalho de desafio de suporte entre os elementos que integram a equipa.”</i> (02)

4.1.19.	Trabalho exigente	1 / 1	Agrega relato que aponta o trabalho como sendo exigente e que se constituindo-se como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	“...trabalho exigente...” (02)
4.2. Desafios Pessoais				
(Integra os desafios de ordem pessoal que os médicos enfrentam numa equipa multidisciplinar)				
4.2.1.	Alívio do sofrimento	1 / 1	Integra unidade de registo que refere o alívio do sofrimento como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	“...como objeto do seu trabalho e como especialização, o alívio do sofrimento, cada um nas suas vertentes.” (04)
4.2.2.	Angústia	2 / 2	Agrega enunciados que mencionam a angústia como um fator pessoal que se constitui como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	“...angústia diária de encontrar resposta...” (02)
4.2.3.	Bem-estar	1 / 2	Codifica referências que apontam o bem-estar como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	“...se estivermos bem connosco próprios teremos alguma coisa a oferecer aos outros.” (01)
4.2.4.	Capacidade para fazer	1 / 1	Integra verbalização que indica a capacidade para fazer tarefas como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	“...sermos capazes de o fazer.” (01)
4.2.5.	Comunicação	3 / 3	Agrega relatos que identificam a comunicação como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	“...é um desafio estabelecer uma comunicação e é fundamental.” (05)
4.2.6.	Controlar sintomas	2 / 5	Codifica unidades de registo que referem a dificuldade em controlar sintomas como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	“alguns sintomas que estão a ser mais difíceis de controlar e que de facto estar numa equipa multidisciplinar nos ajuda imenso e é fundamental.” (05)
4.2.7.	Dedicação	1 / 1	Integra enunciado que menciona a dedicação como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	“...dedicarem-se a essas mesmas necessidades.” (01)

4.2.8.	Espiritualidade	2 / 3	Agrega referências que indicam a espiritualidade como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...por isso, temos de trabalhar a nossa própria espiritualidade, bem-estar...” (01)</i>
4.2.9.	Físico	1 / 2	Codifica as verbalizações que apontam as dificuldades físicas como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...por isso, temos de trabalhar a nossa própria espiritualidade, bem-estar, físico...” (01)</i>
4.2.10.	Motivação	2 / 2	Integra relatos que referem a motivação como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...trabalhar a motivação...” (01)</i>
4.2.11.	Proporcionar qualidade de vida	1 / 1	Agrega unidade de registo que indica a dificuldade em proporcionar qualidade de vida como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...nós tentamos transmitir é que seja o tempo que for que seja com o máximo de qualidade de vida possível...” (05)</i>
4.2.12.	Questões psicológicas	1 / 1	Codifica enunciado que menciona as dificuldades em gerir as questões psicológicas e que se constituem como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...claro que sim, mas as áreas da comunicação e as questões psicológicas ... têm que estar muito bem desenvolvidas...” (04)</i>
4.2.13.	Questões sociais	1 / 1	Integra referência que identifica as dificuldades em gerir as questões psicológicas e que se constituem como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...claro que sim, mas as áreas da comunicação e ... as questões sociais têm que estar muito bem desenvolvidas...” (04)</i>
4.2.14.	Ser afirmativo	1 / 1	Agrega verbalização que refere a dificuldade em ser afirmativo constituindo-se como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...tentar fazer perceber aos colegas que se calhar o que o doente quer ou que pode ser importante para o doente naquele momento...” (04)</i>
4.2.15.	Ser companheiros de viagem	1 / 1	Codifica relato que aponta a dificuldade em serem companheiros de viagem constituindo-se como um desafio que os médicos enfrentam	<i>“...para nós conseguirmos ser companheiros de viagem, estarmos juntos das famílias e dos doentes nas alturas mais difíceis...” (01)</i>

			enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	
4.2.16.	Ser construtivo	2 / 2	Integra unidades de registo que indicam a dificuldade em ser construtivo constituindo-se como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...tentar ser construtiva...”</i> (03)
4.2.17.	Ser elemento positivo	1 / 1	Agrega enunciado que refere a dificuldade em ser um elemento positivo constituindo-se como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...ser um elemento positivo na equipa.”</i> (03)
4.2.18.	Tempo de vida do doente	1 / 1	Codifica referência que menciona a dificuldade em gerir o tempo de vida do doente constituindo-se como um desafio que os médicos enfrentam enquanto elementos da equipa multidisciplinar.	<i>“...é frequente, principalmente a família perguntar-nos o tempo de vida do doente...”</i> (05)

5. Profissionais Presentes na Equipa

(Codifica os profissionais de saúde existentes na equipa e o papel de cada um, valorizados pelos médicos)

5.1. Médico

(Agrega as principais atividades do médico em contexto de cuidados paliativos, valorizadas pelos médicos)

5.1.1.	Lidar com questões físicas	1 / 1	Integra relato que indica como principais atividades do médico, lidar com questões físicas.	<i>“...maiores competências para lidar com as questões físicas.”</i> (04)
5.1.2.	Prescrição médica	1 / 1	Agrega unidade de registo que refere a prescrição médico como principais atividades do médico	<i>“...a prescrição é uma tarefa médica, eu acho que ninguém tem dúvidas disso.”</i> (04)
5.1.3.	Presença	1 / 1	Codifica enunciado que valoriza a presença do médico como elemento importante na equipa de CP.	<i>“Médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo e assistente do serviço religioso.”</i> (04)
5.1.4.	Trabalhar a espiritualidade	1 / 1	Integra referência que menciona como principais atividades do médico, trabalhar a espiritualidade no doente.	<i>“...trabalhar de uma forma sistemáticas estas dimensões que dizem respeito à espiritualidade do doente</i>

				<i>também podem ser trabalhadas por médicos...” (04)</i>
5.2. Enfermeiro				
(Agrega as principais atividades do enfermeiro em contexto de cuidados paliativos, valorizadas pelos médicos)				
5.2.1.	Lidar com questões físicas	1 / 1	Integra verbalização que aponta uma das principais atividades do enfermeiro em contexto de CP, lidar com questões físicas.	<i>“...maiores competências para lidar com as questões físicas.” (04)</i>
5.2.2.	Presença	1 / 2	Agrega relatos que indicam a importância do enfermeiro na equipa de CP.	<i>“Médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo e assistente do serviço religioso.” (04)</i>
5.2.3.	Trabalhar a espiritualidade	1 / 1	Codifica unidade de registo que refere como sendo uma das principais atividades do enfermeiro em contexto de CP, trabalhar a espiritualidade.	<i>“...trabalhar de uma forma sistemáticas estas dimensões que dizem respeito à espiritualidade do doente também podem ser trabalhadas por médicos e enfermeiros.” (04)</i>
5.3. Psicólogo				
(Agrega as principais atividades do psicólogo em contexto de cuidados paliativos, valorizadas pelos médicos)				
5.3.1.	Alertar outros profissionais	1 / 1	Integra enunciado que menciona a importância de alertar os outros profissionais da equipa de sintomas que possam surgir no doente.	<i>“...ter capacidade para...para avaliar a parte física também e alertar os outros profissionais...” (04)</i>
5.3.2.	Apoio no luto	1 / 1	Agrega referência que aponta a importância da intervenção do psicólogo no apoio do luto.	<i>“...o apoio no luto acho que é essencial por excelência.” (04)</i>
5.3.3.	Aspetos acerca do legado	1 / 4	Codifica verbalizações que indicam a importância da intervenção do psicólogo para resolver aspetos acerca do legado do doente.	<i>“...profissional de saúde mental se quiser pode ter um papel muito importante...de maneira a ajudar os doentes e as famílias, a deixar um legado.” (01)</i>
5.3.4.	Casos graves	1 / 2	Integra relatos que mencionam a importância do psicólogo quando se trata de casos mais graves.	<i>“...aqueles casos graves, por exemplo em que há pais a perder filhos novos...” (01)</i>

5.3.5.	Comunicação	1 / 1	Agrega unidade de registo que refere a importância do papel do psicólogo na comunicação.	<i>“...acho que o psicólogo deve entrar.” (04)</i>
5.3.6.	Dar reforço	1 / 1	Codifica enunciado que identifica como importante, o psicólogo dar reforço ao doente.	<i>“...dar reforço.” (02)</i>
5.3.7.	Disponibilidade para intervir	1 / 1	Integra referência que indica a disponibilidade para intervir em comparação com os médicos e enfermeiros.	<i>“...um profissional de saúde mental tem mais disponibilidade...” (01)</i>
5.3.8.	Formação do psicólogo	3 / 7	Agrega verbalizações que referem a importância da formação do psicólogo em CP.	<i>“...pronto e essa é uma das coisas, se não a mais importante para mim, quando eu procuro um apoio do psicólogo porque eu sei que ele está vocacionado, tem formação.” (01)</i>
5.3.9.	Incapacidade para intervir na dimensão física	1 / 1	Codifica relato que menciona a incapacidade para intervir na dimensão física, uma vez que, esta se trata exclusivamente através do médico e enfermeiro.	<i>“na dimensão física não chamaria muito. Não.” (04)</i>
5.3.10.	Intervenção espiritual	2 / 2	Integra unidades de registo que evidenciam o papel do psicólogo na intervenção espiritual.	<i>“...esta vertente espiritual pode ser uma área de intervenção até mais abrangente e mais necessária por parte de Psicologia que os outros sintomas em si.” (02)</i>
5.3.11.	Intervenção na família	1 / 1	Agrega enunciado que refere o papel do psicólogo na intervenção na família.	<i>“...acho que o grande papel do psicólogo nas equipas de Cuidados Paliativos é na família.” (04)</i>
5.3.12.	Intervenção psicológica persistente no doente	1 / 1	Codifica referência que menciona a intervenção psicológica persistente no doente como um fator importante no papel do psicólogo.	<i>“...eu acho que faz sentido a intervenção psicológica persistente com algum tempo de intervenção.” (02)</i>
5.3.13.		1 / 1	Integra verbalização que indica a modelação do comportamento como	<i>“...modelar o comportamento de acordo com aquilo que é o</i>

	Modelar o comportamento		uma das principais atividades do psicólogo.	<i>conhecimento do doente sobre o sintoma. (02)</i>
5.3.14.	Presença	1 / 1	Agrega relato que identifica a presença do psicólogo como elemento necessário na equipa multidisciplinar dos CP.	<i>“Médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo e assistente do serviço religioso.” (04)</i>
5.3.15.	Triagem de alguns problemas	1 / 1	Codifica unidade de registo que descreve qual deveria ser um dos papéis do psicólogo: a triagem de alguns problemas e numa lógica de partilha.	<i>“O ideal seria... fazer até uma triagem de alguns problemas e passar ao resto da equipa.” (04)</i>
5.4. Assistente Espiritual				
(Agrega as principais atividades do assistente espiritual em contexto de cuidados paliativos, valorizadas pelos médicos)				
5.4.1.	Presença	2 / 2	Integra enunciados que mencionam a importância do assistente espiritual como elemento essencial na equipa multidisciplinar dos CP.	<i>“Médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo e assistente do serviço religioso.” (04)</i>
5.4.2.	Apoio espiritual	2 / 2	Agrega referências que referem o principal papel do assistente espiritual, o apoio espiritual.	<i>“...não só pedimos a colaboração do psicólogo, como às vezes do assistente espiritual, muitas vezes mais ainda que, mas os dois podem fazer esse trabalho mais específico.” (03)</i>
5.5. Assistente Social				
(Agrega as principais atividades do assistente social em contexto de cuidados paliativos, valorizadas pelos médicos)				
5.5.1.	Intervenção na família	1 / 3	Integra verbalizações que indicam uma das principais atividades do assistente social, a intervenção na família.	<i>“...a assistente social tem um trabalho enorme na família também.” (04)</i>
5.5.2.	Necessidade de formação genérica em CP	1 / 2	Agrega relatos que identificam a necessidade de formação genérica em CP do assistente social.	<i>“...assistente social tenham esta formação genérica de cuidados paliativos e tem que ir além do curso básico.” (04)</i>
5.5.3.	Presença	2 / 2	Codifica enunciados que mencionam a importância do assistente social como elemento essencial na equipa multidisciplinar dos CP.	<i>“Médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo e assistente do serviço religioso.” (04)</i>
			Integra referências que referem a principal função do assistente social na	<i>“...no sentido de tentar, sei lá, resolver problemas da casa, que</i>

5.5.4.	Questões físicas práticas	3 / 3	equipa multidisciplinar de CP, trabalhar as questões físicas mais práticas.	fique paga, ou de dividas ou de seguros, de tudo que seja.” (03)
--------	------------------------------	-------	-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------