

# Caracterização do Trabalho em Equipa nas Unidades de Cuidados Paliativos em Portugal

## Characterization of Team Work Within Inpatient Units for Palliative Care in Portugal

Carla Paiva, Alexandre Castro Caldas e Manuel Luís Capelas

Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa

### Palavras-chave

Cuidados Paliativos,  
Trabalho em Equipa,  
Trabalho em Equipa em  
Cuidados Paliativos,  
Equipa interdisciplinar

### Resumo

**Introdução:** O trabalho em equipa é um dos 4 pilares em que assenta a prestação de cuidados paliativos. É consensual para as várias associações que defendem e suportam os cuidados nesta área, a importância destes serem sustentados por uma equipa interdisciplinar, com profissionais preparados, teórica e tecnicamente, pois só assim será possível prestar cuidados de Excelência e de Qualidade.

**Materiais e métodos:** O objectivo deste trabalho inclui a caracterização do trabalho em equipa nas unidades de internamento de cuidados paliativos em Portugal, tendo-se delimitado a seguinte questão de investigação: Como se trabalha em equipa nas unidades de cuidados paliativos em Portugal? É um estudo transversal, descritivo e observacional. A amostra obtida incluiu os profissionais de saúde (n=171), nomeadamente, enfermeiros (n=125), médicos (n=21), psicólogos (n=9), assistentes espirituais (n=6), assistentes sociais (n=5) e fisioterapeutas (n=5), a desempenharem funções em 14 unidades de internamento de cuidados paliativos entre Dezembro de 2010 e Janeiro de 2011. A amostra é probabilística estratificada com base na equipa em todas as unidades de internamento em cuidados paliativos.

**Resultados e Conclusões:** Há diferenças institucionais e profissionais quanto à avaliação do trabalho em equipa. A categoria profissional de enfermagem, nomeadamente do género feminino, destaca-se, pela pior avaliação que faz nas diferentes áreas do trabalho em equipa. Profissionais e instituições têm um propósito comum e reconhecem a importância da inclusão da família. A reunião de equipa difere na periodicidade, não inclui todos os profissionais e há diferenças de opinião quanto à sua utilidade e oportunidade de expressão na mesma. Há diferenças na percepção da colaboração e desvalorização de umas categorias profissionais. ◀◀

### Keywords

Palliative Care, Teamwork,  
Team working, Teamwork  
in Palliative Care,  
Interdisciplinary Team

### Abstract

**Introduction:** Teamwork is one of the four pillars that the provision of Palliative Care stands for. It is consensual to the various associations that defend and support the ministrations in this field, the importance of them being sustained by an interdisciplinary team, with high skilled professionals, theoretically and technically prepared to provide high quality services.

**Methods:** The objective of this report includes the characterization of team work within inpatient units for palliative care in Portugal, and for that it was defined the following research question:

How is working in teams in palliative care units in Portugal? Is a report transversal, descriptive and observational. The sample obtained includes the healthcare professionals (n=171), in particular, nurses (n=125), doctors (n=21), psychologists (n=9), spiritual assistants (n=6), social workers (n=5) and physiotherapists (n=5), to perform different roles in 14 units of palliative care between December 2010 and January 2011. The sample is probabilistic stratified based on the team in all inpatient units in palliative care. Results and conclusion: There are institutional and professional differences when it comes to the evaluation of team working. The professional category of nursing, in particular female gender, has the worst evaluation in the different areas of team working. Professionals and institutions have a common purpose and recognize the importance of the inclusion of family. Team meetings happen in different periods of time, it doesn't include all the professionals and there are different opinions about its use and relevance. There are differences in the perception of collaboration and devaluation of some professional categories in relation to others. The communication and leadership have different professional and institutional analysis. ◀◀

\* carlasofiapaiva@gmail.com

Trabalho realizado no âmbito de Mestrado em cuidados paliativos, com o patrocínio da APCP (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos).

## Introdução

Na área da saúde, são conhecidos os progressos científicos que têm vindo a ser desenvolvidos e que contribuíram para o aumento da longevidade e, conseqüentemente, para a crença desajustada de triunfalismo por parte dos profissionais de saúde<sup>1</sup>. Porém, a inevitabilidade da morte impõe uma resposta eficiente, que se enquadra *“numa abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias [...], com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”* – definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) para os Cuidados Paliativos (CP)<sup>1</sup>, que desde a sua génese, com Cicely Saunders, abordava a importância desta visão global do doente<sup>2</sup>. Reconhecendo esta necessidade evidenciada em vários estudos, mais de 100 países no mundo desenvolveram serviços de CP<sup>2</sup>. Em Portugal, em 2005, a resposta por parte destes cuidados era de 1 serviço por milhão de habitantes; ainda assim, em 2008, um estudo revelou um bom conhecimento do significado dos CP por parte dos portugueses<sup>3</sup>.

Um dos 4 pilares em que assentam estes cuidados corresponde ao Trabalho em Equipa (TE), que na sua essência agrupa os conhecimentos das diferentes disciplinas para dar resposta aos problemas multidimensionais que provocam um sofrimento intenso no doente. A resposta a este mesmo sofrimento encontra-se no seu reconhecimento precoce e controlo, tendo sempre por base a visão do doente como um ser único. Desta forma, é uma temática que deve ser desenvolvida a nível teórico, pelo mérito reconhecido na prática destes cuidados.

Assim, foi desenvolvido um estudo no domínio do TE, cuja pertinência diz respeito ao reconhecimento da sua importância, pelo que é fundamental uma análise do funcionamento da equipa, já que se trata de uma área pouco estudada, não só a nível global, como em Portugal. Um estudo desenvolvido em 2011, que explorou a percepção e experiências dos membros de uma equipa de CP relativamente à sua dinâmica, refere que esta temática tem sido *“negligenciada na investigação e educação em CP”*<sup>4</sup>.

## Revisão da Literatura

Os CP reconhecem a necessidade de apoiarem o seu trabalho numa equipa, que deverá ser interdisciplinar<sup>5-17</sup> sublinhando a interacção, que permite aos profissionais de saúde partilharem

conhecimentos<sup>18</sup> e assim, contribuírem para uma prestação de cuidados global ao doente e família<sup>19</sup> colocando-os no centro dos cuidados, ao contrário da cultura do contexto de saúde onde o médico é a força da equipa<sup>20</sup>. A literatura revela mesmo o papel essencial que a equipa interdisciplinar desempenha na prestação efectiva de cuidados de qualidade<sup>17</sup>.

Actualmente, a EAPC (European Association for Palliative Care) recomenda que este tipo de trabalho deve centralizar o doente e sua família numa prestação de cuidados integrada num leque de profissionais, que devem desempenhar as suas funções a tempo inteiro, parcial ou em intervalos regulares<sup>21</sup> e que incluem médicos, enfermeiros, assistentes sociais, capelão, assistentes espirituais, psicólogos, farmacêuticos, dietistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes operacionais e todos os outros profissionais de saúde necessários para dar uma resposta global às necessidades dos doentes e família<sup>6,9,12,22-31</sup>. Além destes, podem incluir também voluntários treinados com formação básica na área, que devem ser coordenados por um profissional da equipa.

Uma equipa interdisciplinar efectiva prevê que cada um dos seus membros dê o seu contributo especializado, sendo definida como um processo interpessoal cujo objectivo são os ganhos colectivos não concretizáveis pelos membros na sua individualidade<sup>11,19,22,32,53</sup>.

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP)<sup>33</sup> emitiu também um documento que reúne os critérios de qualidade para as unidades de CP<sup>34</sup> onde foca a importância do TE através de 3 critérios de qualidade: a equipa deve ser estruturada, com identificação do coordenador e das funções de cada elemento; devem realizar-se encontros regulares dos elementos através de reunião de equipa que deve ter um intervalo máximo de 15 dias; devem existir protocolos de cuidados; e a variabilidade assistencial deve ser reduzida ao mínimo.

Assim como o National Consensus Project for Quality Palliative Care, também a APCP aborda a importância de manter um suporte educacional e ser promovido o treino da equipa no âmbito das temáticas em CP devendo a sua participação ser documentada<sup>20,35</sup>, focando 3 critérios de qualidade onde reforça a importância de todos os elementos terem formação em CP, de existir um plano anual de formação contínua de todos os elementos e um plano de investigação de acordo com o nível de diferenciação<sup>34</sup>.

Relativamente aos critérios de qualidade relativos ao TE resta acrescentar apenas que a Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), além dos acima citados, inclui como critério de qualidade, a coordenação entre serviços reforçando o estabelecimento de sistemas que o promovam e defendendo a existência de protocolos entre as equipas domiciliárias e de internamento<sup>36</sup>.

Os requisitos que a equipa deve reunir para desempenhar um bom trabalho, de acordo com o Lickiss *et al.*<sup>37</sup>, devem estar interligados e incluem: composição da equipa, objectivos/estratégias consensuais, reconhecimento da contribuição de cada membro, competências dos profissionais na sua área de actuação e respeito pelas competências dos colegas de outras áreas, definição clara de papéis e responsabilidades, liderança efectiva e adequada à estrutura, funções da equipa e da tarefa a desempenhar, existência de procedimentos para avaliar a eficácia e qualidade da equipa, apoio para os profissionais para lidar com a perda, e reconhecimento da contribuição dos doentes.

A comunicação efectiva entre os diferentes profissionais da equipa é essencial<sup>5,6,10,38-41</sup>, de tal forma que vários estudos apontam para que seja o maior problema na prestação de cuidados ao doente em fim-de-vida<sup>26</sup>. Existem estratégias referenciadas na literatura para promover a comunicação eficaz, tais como, fomentar a documentação escrita, reuniões de equipa regulares, recurso ao doente como veículo de informação entre os diferentes serviços (através do processo clínico), e o recurso ao enfermeiro com formação avançada em CP para fazer a ligação entre os outros profissionais<sup>26</sup>.

A cooperação entre profissionais é essencial na prestação de cuidados<sup>42</sup>. Os membros de uma equipa em CP entendem que a colaboração deve ter por base a comunicação aberta<sup>39</sup>, que impede tensões que possam existir<sup>10</sup>, facilita a partilha de pensamentos e informação, seguida da filosofia da equipa, clima no trabalho e o compromisso para com a mesma<sup>43,44</sup>. Cada grupo profissional necessita de discutir e de se capacitar para compreender de forma clara os seus papéis e área de intervenção; ter confiança nas suas próprias capacidades; reconhecer os limites da sua intervenção; comprometer-se com os valores e ética da sua profissão; e conhecer as normas de boa prática da sua área profissional<sup>45</sup>.

No contexto de CP e numa equipa interdisciplinar, a liderança não deve ser constante, podendo o líder não liderar em todas as situações complexas, devendo existir flexibilidade dependendo das neces-

sidades do doente<sup>24,45,46</sup>. Na prática, um líder efectivo varia, conforme as necessidades dos doentes e os pontos fortes dos profissionais<sup>17</sup>, sendo a sua escolha feita de forma harmoniosa<sup>38</sup>. Não se trata de eleger o médico com mais anos de profissão<sup>38</sup>, mas sim o profissional mais competente ou eficaz na resolução de situações complexas, pela sua capacidade de análise<sup>45</sup>.

Em CP as reuniões de equipa são fundamentais para promover a colaboração interdisciplinar entre os diferentes elementos<sup>7,23,47</sup>, são uma fonte de informação e distribuição da mesma<sup>48</sup>, estão associadas à eficácia do TE e a altos níveis de inovação<sup>43</sup> e são uma forma de estruturar as relações interprofissionais. É um espaço que permite estabelecer um plano de cuidados holístico<sup>49</sup>, a tomada de decisões, onde se constroem opiniões e competências de forma interdisciplinar e onde a prática pode ser discutida sempre com o apoio da equipa<sup>6,7,14</sup>. Além disto, permite também explorar os limites de cada grupo profissional<sup>14</sup> e rever casos dos doentes, sejam falecidos, sejam doentes com alta<sup>32</sup>.

## Materiais e Métodos

### Tipo de estudo

Este estudo pretende caracterizar o TE em Portugal, partindo da questão de investigação: *Como se trabalha em equipa nas unidades de cuidados paliativos em Portugal?*

O objectivo principal é o de caracterizar o TE nas unidades de CP em Portugal; e o secundário inclui o contributo para a melhoria do TE.

É um estudo transversal, descritivo e observacional.

### População e Amostra

A população deste estudo teve como critério de inclusão todos os profissionais das diferentes áreas (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes espirituais, assistentes sociais e fisioterapeutas) que desempenham as suas funções nas unidades de internamento hospitalar de CP em Portugal. Para obter estes dados foram consultadas as páginas na internet da APCP, da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) e do Portal da Saúde, tendo sido identificadas 19 unidades de internamento, em Dezembro de 2010. Foi feito um contacto telefónico prévio para o levantamento do número de profissionais acima referidos, em cada uma das unidades identificadas. Após o levan-

tamento da população para cada área profissional, foi calculada a percentagem de cada uma face à população total, bem como a amostra com um erro de 5% ao qual se acresceu 45% prevendo os possíveis indeferimentos ao pedido de aplicação do instrumento e o alto risco de não resposta.

Após o levantamento da amostra foram seleccionados aleatoriamente os profissionais, em cada instituição, através da tabela de números aleatórios, respeitando a amostra necessária à efectivação do estudo. Posteriormente, foram enviados os pedidos de autorização para realização de colheita de dados dirigidos ao Presidente dos Conselhos de Administração via carta registada.

Das 19 unidades contactadas, 15 deferiram o pedido de aplicação do instrumento de colheita de dados, porém uma das unidades (H) fê-lo muito posteriormente ao prazo limite de aceitação de respostas. Das unidades que recusaram a participação no estudo, 4 (A, P, Q e S) alegaram indisponibilidade de tempo e outra recusou porque a equipa encontrava-se em fase de reestruturação. Estas informações foram obtidas através de posterior contacto telefónico, já que não houve emissão de parecer oficial.

Posteriormente, foram contactadas as unidades via telefónica, tendo ficado acordado junto dos Enfermeiros-Chefes de cada uma delas o envio dos questionários acompanhado com uma apresentação formal, bem como uma tabela com o número e os profissionais necessários da instituição em questão (previamente seleccionados de forma aleatória) através de carta registada.

Assim, pode verificar-se que a amostra pedida não correspondeu àquela que foi obtida, pelo que esta última se enquadra num erro amostral de 7,65%.

Assim, a amostra seleccionada foi do tipo probabilística estratificada com base na equipa em todas as unidades de internamento em CP – método de amostragem.

### **Instrumento de colheita de dados**

A construção do questionário partiu da revisão da literatura. Foi posteriormente sujeito à avaliação de 25 peritos de várias áreas de actuação, como prevê uma equipa de CP: 5 médicos, 5 enfermeiros, 5 assistentes sociais, 5 psicólogos e 5 assistentes espirituais, profissionais a exercerem funções há 5 ou mais anos. Em cada profissão, pelo menos um profissional não exerce funções em CP e os restantes exercem actividade em CP. Desta forma, foi possível aliar a perspectiva de TE em saúde e

na área de estudo (CP). O pedido de parecer como perito foi enviado aos 25 profissionais via e-mail, dos quais apenas responderam 17: 4 médicos, 4 enfermeiros, 3 assistentes sociais, 3 psicólogos e 3 assistentes espirituais.

Das 17 respostas obtidas, apenas em 10 questionários, foi feita avaliação com base na escala apresentada (tipo Likert), tendo os restantes 7 apenas comentários gerais. Nos 10 questionários referidos foi feita análise estatística através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 18.0. Foi utilizado Método de Consenso e aceites as asserções que reuniam 2 critérios: mediana  $\geq 7$  e amplitude  $\leq 5$ , tendo sido contemplados também os comentários/sugestões dos 17 questionários respondidos.

Após várias revisões, surgiu o instrumento de colheita de dados sob a forma de questionário. Este divide-se em 2 partes principais, correspondendo a primeira ao levantamento dos dados pessoais e profissionais; e a segunda subdivide-se em 6 grupos organizados do concreto para o geral (formação, prestação de cuidados, reunião de equipa, interacção interprofissional, comunicação e liderança) com algumas asserções cuja resposta deve ser enquadrada numa escala tipo Likert (nunca, raramente, por vezes, muitas vezes e sempre), outras com resposta com base em percentagens (0-100%) e ainda algumas com resposta com base em periodicidade de realização.

Após a recepção das autorizações formais, procedeu-se ao levantamento dos dados nas já referidas 14 unidades de internamento que acederam a participar no estudo, no período de Março a Julho de 2011.

### **Processamento de dados**

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente através do programa SPSS® versão 18.0<sup>50</sup>.

### **Resultados**

Os participantes, 38 masculinos e 133 femininos, num total de 171, distribuídos por 14 instituições, apresentam idades entre os 22 e os 75 anos, com uma média de 33,78 (DP=10,05) anos. O tempo de exercício profissional, de permanência na equipa e de experiência em CP são, respectivamente, de 124,80 (DP=112,28), 41,04 (DP=40,16) e 43,60 (DP=44,18) meses.

Os participantes masculinos são mais velhos que os femininos  $p(t\text{-student})=0,047$ , não apresen-

tando diferenças a nível do tempo de exercício profissional, de existência na equipa e de experiência em CP, respectivamente,  $p(t\text{-student})=0,399$ ;  $p(t\text{-student})=0,359$  e  $p(t\text{-student})=0,312$ . A nível profissional, numa análise post-hoc pelo método de Tukey, verifica-se que os médicos são mais velhos que os psicólogos e os enfermeiros, e que estes últimos são ainda mais novos que os assistentes espirituais e assistentes sociais,  $p(F)<0,001$ . Do mesmo modo, verifica-se que também são os médicos aqueles que apresentam maior tempo de exercício profissional que os enfermeiros e os psicólogos,  $p(F)<0,001$ . Não foram encontradas diferenças ao nível de tempo de existência na equipa,  $p(F)=0,898$ ; ou de experiência em CP,  $p(F)=0,553$ . Numa análise emparelhada, constata-se que, para a globalidade dos participantes, não existe uma diferença estatisticamente significativa entre o tempo de experiência em CP e o tempo de existência na equipa,  $p(t\text{-student})=0,109$ , mantendo-se este tipo de resultados quando se efectuou a mesma análise, por profissão, o que leva a concluir que, para a maior parte dos participantes, a sua experiência em CP foi efectuada na sua actual equipa.

Numa análise institucional, em 7 instituições os seus profissionais apresentam exactamente o mesmo tempo em apenas 1 instituição (M) os profissionais apresentam um maior tempo de formação em CP do que tempo de existência na equipa,  $p(t\text{-student})=0,044$ .

Ao analisar a formação dos profissionais, mas agora a nível de CP, estes valores alteram-se, sendo os médicos, os enfermeiros e os psicólogos que apresentam formação mais diferenciada, que apesar de tudo não apresenta diferenças estatisticamente significativas,  $p(\chi^2)=0,107$ ; e os únicos com formação diferenciada como a pós-graduação e o mestrado. Apesar disso, ainda são os médicos que, de forma estatisticamente significativa, apresentam mais formação acima do nível básico, comparativamente com os enfermeiros, os assistentes espirituais e assistentes sociais,  $p(\chi^2)=0,009$ . A nível de estágio são os médicos, com 71,4% dos profissionais, que se destacam na frequência de estágio em CP, sendo esta diferença estatisticamente significativa,  $p(\chi^2)=0,001$ . Estes dados podem ser observados mais em pormenor no quadro 1.

Como se pode observar no quadro 2, nas instituições, as diferenças a nível da formação em CP são tendencialmente significativas,  $p(\chi^2)=0,072$ . Estas diferenças mantêm-se quando se estudou o tipo de formação,  $p(\chi^2)=0,071$ , sendo que uma instituição (N) apresenta uma tendência estatística para ter formação de nível mais elevado do que em 3 outras instituições (B, D e R).

Relativamente à existência de um plano anual de formação e numa análise institucional, existem grandes diferenças,  $p(\chi^2)<0,001$ , com 2 instituições (M e J) a destacarem-se pela positiva e outras 3 (L, K e E) a destacarem-se pela negativa.

**Quadro I** – Formação total, formação pós-graduada, mestrado e estágio em CP, segundo a profissão, com percentagem relativamente ao total de participantes em cada profissão

	Profissão						TOTAL
	Médico	Enfermeiro	Psicólogo	Assistente Espiritual	Assistente Social	Fisioterapeuta	
<b>Formação em CP</b>	21 100%	116 92,8%	8 88,9%	4 66,7%	4 80,0%	4 80,0%	<b>157</b>
<b>Pós Graduação em CP</b>	8 38,1%	27 21,6%	1 11,1%	0	0	0	<b>36</b>
<b>Mestrado em CP</b>	5 23,8%	9 7,2%	2 22,2%	0	0	0	<b>16</b>
<b>Estágio em CP</b>	15 71,4%	29 23,2%	3 33,3%	0	1 20%	0	<b>48</b>

**Quadro II** – Formação, pós graduação, mestrado e estágio em CP, segundo a instituição, com percentagem relativamente ao total de participantes em cada instituição

Instituições	Formação em CP	Tipo de Formação em CP		Estágio em CP
		Pós Graduação	Mestrado	
<b>TOTAL</b>	<b>157</b> <b>91,8%</b>	<b>36</b> <b>23,5%</b>	<b>16</b> <b>10,5%</b>	<b>48</b> <b>31,0%</b>

Relativamente ao modo como é visto o desempenho do TE, apenas 1 instituição (G) apresenta melhores resultados, tendencialmente significativos, sobre outras 2 instituições (K e J),  $p(\chi^2)=0,059$ . A nível profissional não foi encontrada qualquer diferença, quer entre os grupos profissionais em geral,  $p(\chi^2)=0,175$ , quer dentro destas 3 instituições. Estes resultados, conjugados com os valores das Modas das asserções, permitem inferir que, globalmente, nas instituições, existe uma boa consciência da importância do TE em CP, apesar de haver 1 instituição onde esta consciência se destaca e 2 onde ela está abaixo das restantes; e que estas diferenças não estão associadas a nenhum grupo profissional.

Relativamente à inclusão da família na prestação de cuidados, não foram encontradas diferenças a nível institucional,  $p(\chi^2)=0,263$ , nem a nível profissional,  $p(\chi^2)=0,477$ .

Relativamente à percepção dos sujeitos quanto ao empenho da equipa os valores oscilam entre os 25% e os 100%, com uma média de 86,43% (DP=12,38) e uma mediana de 90%, variando de forma significativa entre instituições,  $p(F)=0,003$ , onde 3 instituições (N, D e O) apresentam uma maior motivação dos profissionais comparativamente a outras 2 (I e F). Entre os grupos profissionais em geral não se encontrou qualquer diferença,  $p(F)=0,157$ , nem mesmo dentro das instituições mencionadas.

Em relação à percentagem de autonomia profissional os valores referidos oscilam entre os 25% e os 100%, com uma média de 78,73% (DP=16,93) e uma mediana de 80%, variando de forma significativa entre instituições,  $p(F)=0,032$ , onde 2 instituições (N e O) apresentam uma maior motivação dos profissionais do que uma outra (F). Entre os grupos profissionais em geral não se encontrou qualquer diferença,  $p(F)=0,455$ , nem a nível das instituições mencionadas.

Entre estas duas asserções que avaliam a percentagem de empenho da equipa e de autonomia profissional existe uma correlação moderada,  $rs=0,367$ ;  $p<0,001$ , o que parece indicar que a percepção do empenho está relacionada com a percepção da autonomia profissional.

Relativamente aos profissionais com e sem formação em CP, são os primeiros que têm tendência para avaliar pior o empenho da equipa e a autonomia da sua área profissional, respectivamente  $p(t\text{-student})=0,079$  e  $p(t\text{-student})=0,009$ . Essa pior avaliação poderá ser devido à própria formação que os torna mais críticos (rigorosos) nesta avaliação, não sendo influenciada pela idade,  $p(t\text{-student})=0,801$ , nem pelo género,

$p(\chi^2)=0,351$ , nem pela profissão,  $p(\chi^2)=0,846$ ; nem pelo tipo de formação em CP,  $p(F)=0,848$ , para o empenho  $p(F)=0,207$ , para a autonomia.

Para além de uma avaliação global, analisar-se-ão 2 subdimensões criadas a partir das asserções 3.5 e 3.6 (liberdade que tenho de opinião) e 3.7 e 3.8 (partilha de sentimentos).

Com excepção de uma instituição (K), onde 85,7% dos profissionais referem não realizar qualquer reunião periódica, para além de outras reuniões de periodicidade variável, todas as instituições apresentam reuniões de equipa semanais. É de referir que em 3 instituições nem todos os profissionais são consistentes com a periodicidade apontada pelos restantes colegas.

Relativamente a que profissionais estão presentes nestas reuniões, com excepção dos enfermeiros e dos médicos, para todas as outras opções de presença, não existe uma consistência de resposta em diversas instituições. Assim, sempre que esta consistência fosse inferior a 75% a contabilização não é efectuada, sendo indicada com um ponto de interrogação.

Os enfermeiros e médicos estão presentes nas reuniões de equipa em todas as instituições. As assistentes sociais apenas não estão presentes numa instituição (M). Os psicólogos não estão presentes em 3 instituições (I, F e K). Os assistentes espirituais apenas estão presentes em 4 instituições (B, L, N e O). Outros profissionais, como farmacêuticos, fisioterapeutas, dietistas/nutricionistas e assistentes operacionais são referenciados alternadamente e sem consistência em todas as instituições excepto em 2 (R e K), onde não participam claramente.

Pode assim concluir-se que os médicos e enfermeiros são profissionais chaves nas reuniões de equipa e que as assistentes sociais e psicólogos são elementos importantes.

A opinião sobre as reuniões de equipa diferem de modo estatisticamente significativo, quer a nível profissional,  $p(\chi^2)<0,001$ , quer a nível institucional,  $p(\chi^2)<0,001$ . A nível profissional, são os enfermeiros que percebem a reunião de equipa como um espaço menos útil, relativamente aos médicos e assistentes sociais; sendo que o fenómeno só ocorre nos enfermeiros do género feminino,  $p(\chi^2)=0,002$ . A nível institucional destaca-se 1 instituição (I) que percebe a reunião de equipa como menos útil e 1 outra (N) que percebe como mais útil.

Relativamente às subdimensões “Liberdade que tenho de opinião” e “Partilha de sentimentos”, mantêm-se as diferenças e tendência para a dife-

rença, quer a nível profissional, respectivamente,  $p(\chi^2) < 0,001$  e  $p(\chi^2) = 0,055$ ; quer a nível institucional, respectivamente,  $p(\chi^2) < 0,001$  e  $p(\chi^2) = 0,002$ . A nível profissional, mais uma vez são os enfermeiros que sentem menos liberdade de opinião relativamente aos médicos, psicólogos, assistentes espirituais e assistentes sociais; e menos espaço de partilha de sentimentos relativamente aos médicos. A nível institucional destaca-se 1 instituição (I), para a liberdade de opinião, e outra (F), para a partilha de sentimentos, onde a reunião de equipa é percebida como menos útil, e uma outra (N) que é percebida como mais útil em ambas as subdimensões.

Relativamente à percentagem de importância que os profissionais das diversas áreas atribuem à reunião de equipa, os valores oscilam entre os 10% e os 100%, com uma média de 87,70% (DP= 15,80) e uma mediana de 90%. Estes valores diferem de modo estatisticamente significativo, quer a nível profissional,  $p(F) = 0,012$ , onde os enfermeiros atribuem menor valor que os médicos; quer a nível institucional,  $p(F) < 0,001$ . Mais uma vez, o fenómeno ocorre com os profissionais de enfermagem do género feminino,  $p(F) = 0,026$ , mas não com os do sexo masculino,  $p(F) = 0,279$ . A nível institucional são 2 instituições (I e L) que atribuem menor valor que as restantes.

Destes resultados, pode inferir-se que os profissionais de enfermagem do género feminino valorizam

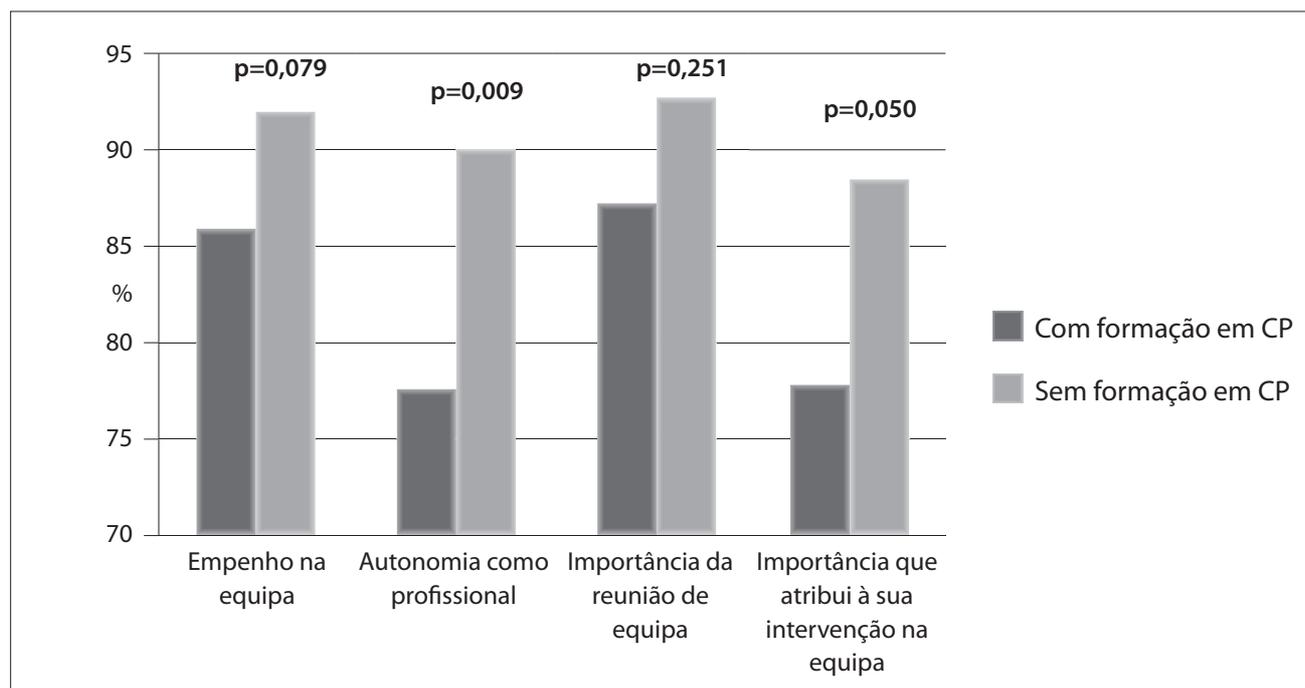
menos a reunião de equipa talvez porque têm uma maior dificuldade em expressar os seus sentimentos, sentindo uma menor liberdade de opinião, principalmente relativamente aos médicos. Pode ainda inferir-se que a importância das reuniões de equipa varia de acordo com a instituição, sendo que nesta dimensão e subdimensões associadas, existe claramente uma instituição acima da média (instituição N), e claramente uma instituição abaixo da média (instituição I).

Para além duma avaliação global, analisam-se 2 subdimensões criadas a partir das asserções, designando-se como: reconhecimento dos outros e reconhecimento pessoal.

A opinião sobre a Interação Interprofissional difere de modo estatisticamente significativo, quer a nível profissional,  $p(\chi^2) < 0,001$ , quer a nível institucional,  $p(\chi^2) = 0,004$ . A nível profissional, são os enfermeiros que percebem a interação interprofissional como mais pobre, relativamente aos médicos, assistentes espirituais, fisioterapeutas e psicólogos; sendo que o fenómeno só ocorre nos enfermeiros do género feminino,  $p(\chi^2) = 0,069$ , mas não nos do sexo masculino,  $p(\chi^2) = 0,451$ . A nível institucional é apenas numa instituição (N), onde esta é percebida como mais forte.

Relativamente às subdimensões “Reconhecimento Pessoal” e “Reconhecimento dos Outros”, mantêm-se as diferenças, quer a nível profissional,

**Gráfico I** – Percentagens atribuídas às asserções relacionadas com o empenho na equipa, autonomia como profissional, importância da reunião de equipa e importância que atribui à sua intervenção na equipa, relativamente aos profissionais com e sem formação em CP.



respectivamente,  $p(\chi^2) < 0,001$  e  $p(\chi^2) = 0,048$ ; quer a nível institucional, respectivamente,  $p(\chi^2) = 0,015$  e  $p(\chi^2) = 0,001$ . A nível profissional, mais uma vez são os enfermeiros que sentem um menor reconhecimento pessoal do seu trabalho relativamente aos restantes profissionais; reconhecendo também menos os outros, nomeadamente em relação aos médicos e fisioterapeutas. A nível institucional apenas numa instituição (N), para o reconhecimento pessoal e noutra (F), para o reconhecimento dos outros, este reconhecimento é mais elevado.

Relativamente à percentagem de importância que as profissões atribuem à intervenção na equipa, os valores oscilam entre os 10% e os 100%, com uma média de 78,69% (DP= 18,79) e uma mediana de 80%. Esta tem uma tendência estatística para diferir a nível profissional,  $p(F) = 0,057$ , onde os enfermeiros e os médicos atribuem menor valor que os assistentes espirituais; mas não a nível institucional,  $p(F) = 0,691$ .

Estes dados, assim como os restantes dados percentuais (empenho na equipa, autonomia como profissional, importância da reunião de equipa) podem ser observados no gráfico 1.

Quando foi analisada a importância que cada profissional atribui a cada uma das profissões na equipa, apenas foi encontrada uma tendência para os enfermeiros atribuírem menor importância aos psicólogos,  $p(F) = 0,091$ .

Efectuando a prova de Friedman infere-se que existe uma diferença altamente significativa entre os valores de importância de presença na equipa, que cada profissional atribui à sua profissão e às restantes,  $p(\chi^2) < 0,001$ . De modo a não enviesar os resultados, procedeu-se a uma análise por pro-

fissão. Os principais resultados são: os médicos atribuem igual valor a si e aos enfermeiros e de ambos superiores aos restantes profissionais; os enfermeiros atribuem maior valor à sua profissão que às restantes, mas também atribuem maior valor à profissão de médico que às restantes que não enfermeiro; os psicólogos e as assistentes sociais atribuem igual valor entre si e com os médicos e enfermeiros e superior ao assistente espiritual e voluntário; o assistente espiritual e o fisioterapeuta atribuem igual valor a todas as profissões.

Na hipótese de a equipa ser completada com outros profissionais, a escolha dos assistentes operacionais é privilegiada sobre os fisioterapeutas,  $p(\chi^2) = 0,006$ .

A opinião sobre a Comunicação difere de modo estatisticamente significativo, quer a nível de quem tem ou não formação em CP,  $p(Z) = 0,056$ , quer a nível profissional,  $p(\chi^2) = 0,015$ , quer a nível institucional,  $p(\chi^2) = 0,016$ . A nível profissional, são os enfermeiros que percebem a comunicação como mais pobre, relativamente aos médicos, assistentes espirituais, fisioterapeutas e psicólogos; sendo que o fenómeno só ocorre nos enfermeiros do género feminino,  $p(\chi^2) = 0,069$ , mas não nos do sexo masculino,  $p(\chi^2) = 0,451$ . A nível institucional é apenas numa instituição (N) que ela é percebida como mais forte.

A opinião sobre a Liderança difere de modo estatisticamente significativo, quer a nível de quem tem ou não formação em CP,  $p(Z) = 0,026$ , quer a nível profissional,  $p(\chi^2) = 0,000$ , quer a nível institucional,  $p(\chi^2) < 0,001$ . A nível profissional, são os enfermeiros que percebem a liderança como mais fraca,

**Quadro III** – Correlação entre o empenho na equipa, autonomia como profissional, importância da reunião de equipa e importância que atribui à sua intervenção na equipa

Correlações	Percentagem de empenho na equipa	Percentagem de autonomia como profissional	Percentagem de importância da reunião de equipa	Percentagem de importância que atribui à sua intervenção na equipa
Percentagem de empenho na equipa	—			
Percentagem de autonomia como profissional	0,393*	—		
Percentagem de importância da reunião de equipa	0,225 a)	0,237 a)	—	
Percentagem de importância que atribui à sua intervenção na equipa	0,318*	0,446*	0,254 a)	—

Legenda: \*  $p \leq 0,001$  a)  $R < 0,300$  (correlação não considerada)

relativamente aos médicos, assistentes sociais e psicólogos; sendo que o fenómeno ocorre nos enfermeiros de ambos os géneros. A nível institucional, 4 instituições (D, G, N e O) percebem-na como mais forte, e outras 2 (B e F), como mais fraca.

Foram encontradas algumas correlações entre as asserções que atribuem valores percentuais sobre empenho, autonomia, importância da reunião de equipa e intervenção profissional, que podem ser observadas no quadro 3.

Tendo em conta as considerações efectuadas no início do presente capítulo, apenas serão analisadas as correlações moderadas ou fortes. Os resultados evidenciam que o aumento de empenho está correlacionado com o aumento da autonomia dentro da equipa e com a importância dada à sua intervenção e estas duas entre si. Assim, parece que a motivação para o empenho está associada aos aumentos de percepção de autonomia e de importância, como uma “auto-imagem” pessoal e profissional.

A partir dos aspectos teóricos procedeu-se à construção de 2 variáveis dependentes denominadas equipas eficazes. Os resultados analisados com base nas variáveis analisadas vêm dizer que as instituições em estudo, na globalidade, apresentam resultados mais homogéneos, destacando-se uma instituição (N) pela positiva; mas que, no entanto, em cada um dos subfactores que contribuem para uma equipa eficaz, existem grandes diferenças de funcionamento (ou pelo menos da percepção dos seus profissionais), destacando-se pela negativa 2 instituições (I e F).

## Discussão

A experiência que os profissionais apresentam em CP não apresenta diferença estatisticamente significativa quando comparada com o tempo de existência na equipa, o que permite concluir que a experiência nesta área de cuidados foi fundamentalmente obtida na equipa onde os profissionais exercem funções.

A literatura mostra que uma equipa inicia uma fase de estabilização em 5-8 anos de experiência<sup>34</sup>. Porém, os dados reflectem que, em média, as equipas existem há cerca de 3,42 anos, o que permite concluir que as equipas de internamento em Portugal encontram-se ainda na fase de implementação, onde ainda se estarão a consolidar os profissionais, tal como preconizam os critérios de qualidade defendidos pela APCP<sup>34</sup>.

Na análise realizada ao nível da formação, a EAPC<sup>21</sup> refere que os enfermeiros e médicos devem ter, pelo menos, treino especializado, complementando-se com outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas, se possível. E a APCP<sup>34</sup> recomenda como critério de qualidade que para os não-líderes a formação mínima é a básica. Os dados obtidos mostram que apenas os médicos, enfermeiros e psicólogos têm formação de nível B (formação avançada) e C (formação especialista), de acordo com os níveis de formação da EAPC.

A nível institucional, foram encontradas diferenças estatísticas significativas, com 91,8% das instituições com um nível básico de formação (nível A), mas os níveis B e C encontram-se em 23,5% e 10,5%, respectivamente, de todas as instituições, verificando-se a não existência de qualquer formação nestes níveis numa das instituições. Isto mostra que as unidades portuguesas têm um nível de formação abaixo do recomendado, já que apesar de haver a preocupação em obter formação na área (básica), talvez por incentivo das instituições ou mesmo por reconhecimento por parte dos profissionais dessa necessidade, não há um investimento em pós-graduações e mestrados em CP, o que não contribui para a melhoria da qualidade e diferenciação na prestação de cuidados. No entanto, já na fase de discussão dos resultados, foi efectuada uma nova análise, tendo-se constatado que os enfermeiros são os que estão a efectuar um maior esforço, nos últimos anos, com a sua formação, já que 29,6% de todas as pós-graduações em CP e 44,4% de todos os mestrados em CP, detidas por enfermeiros, foram obtidos nos anos de 2010 e 2011.

Davies e Higginson (2004)<sup>51</sup> e a DGS falam da importância da experiência prática através do treino, sendo que, ao nível da realização de estágio, os dados mostram que são os médicos os profissionais que se evidenciam nesta área, com 71,4% de profissionais com estágio em CP. Isto talvez se deva à necessidade que estes profissionais sentem de aprofundar e aperfeiçoar a técnica prática e o reconhecimento da importância desse mesmo aperfeiçoamento; sendo que os dados podem sugerir que os restantes profissionais podem não valorizar este tipo de experiência.

Assumindo a importância da conjugação do treino e da formação específica em CP, pode inferir-se que existem instituições onde os profissionais estão melhor preparados, quer a nível teórico, quer a nível prático.

De acordo com a APCP<sup>34</sup>, deve existir um plano anual de formação contínua de todos os elementos. Porém a realidade portuguesa mostra discrepâncias no que diz respeito às unidades de internamento, já que apenas 60,2% das mesmas realiza “sempre” esse mesmo plano anual de formação, existindo instituições que se destacam em relação a outras. Estes dados mostram que há equipas de CP em Portugal que estão mais sensibilizadas para o investimento em formação interna, o que pode indicar melhor preparação de algumas equipas em detrimento de outras que não procuram de forma tão activa e contínua a actualização de conhecimentos.

Vários autores defendem que equipa deve ter como objectivo os ganhos comuns, assumindo que parte deles não seriam alcançáveis individualmente<sup>11,19,22,32,52,53</sup>. Esta partilha foi analisada nas 2 primeiras asserções do grupo da prestação de cuidados do instrumento de recolha de dados, onde é focada a importância que os profissionais atribuem à partilha e colaboração nas tarefas neste campo da prática diária e no benefício do TE enquanto canal para alcançar os objectivos da equipa, pelo que foram analisadas em conjunto, tendo-se inferido que existe consciência desta importância a nível institucional (apesar de haver 1 instituição que se destaca pela positiva e 2 pela negativa, quando comparadas com as restantes), mas que esta tendência não se deve a diferenças entre grupos profissionais; o que permite assumir que os profissionais em geral têm um propósito partilhado e reconhecem que podem alcançar, na prática, melhores resultados em conjunto, sendo que, no entanto, existem instituições onde este espírito é baixo. De acordo com a literatura, se forem capazes manter este propósito, têm presente um dos factores que contribuem para a eficácia do TE<sup>46,52</sup>.

A asserção seguinte, ainda no mesmo grupo, aborda a inclusão da família na prestação de cuidados, que de resto, é recomendada pela EAPC<sup>21</sup>. O National Consensus Project for Quality Palliative Care defende a comunicação da informação ao doente e família<sup>35,43</sup>, sendo também recomendada a participação destes na tomada de decisão<sup>45</sup>. Os dados mostram que não há diferenças estatisticamente significativas, quer entre instituições, quer entre profissionais, o que se coaduna com o facto de que todos os profissionais reconhecem a importância da família como parte integrante da unidade de cuidados.

Quanto ao empenho, uma característica importante dos profissionais que desempenham funções em CP, os valores que foram atribuídos encontram-se entre 25 e os 100% de empenho, havendo evidência de variação entre instituições, mas não diferenças estatisticamente significativas ao nível dos profissionais. Isto pode indicar que o empenho não está relacionado com características intrínsecas às áreas profissionais, mas provavelmente por motivações institucionais, que podem advir da carga de trabalho, da motivação dada pela chefia e pelo reconhecimento da instituição pelo trabalho desenvolvido. Na procura de uma explicação para os resultados, verificou-se que existe uma correlação moderada ( $r_s=0,355$ ;  $p<0,001$ ) entre a variável Liderança e a variável Empenho da equipa, o que vem reforçar a importância da motivação dada pela chefia.

Já relativamente à autonomia, os valores oscilam nas mesmas percentagens, havendo variações entre instituições, mas, mais uma vez, não entre grupos profissionais, mesmo dentro das instituições cujos valores atribuídos foram inferiores. A revisão da literatura mostra que a equipa deve ter flexibilidade nos papéis profissionais de cada elemento, devendo os mesmos sentir que têm alguma autonomia<sup>55</sup>. Nas instituições onde estas percentagens são mais baixas, pode inferir-se que há menor flexibilidade e que não é promovida a satisfação e, conseqüentemente, não é prevenido o *burnout*, pois a capacidade para o TE passa também pela valorização do contributo pessoal<sup>19,44,56</sup>.

O National Consensus Project for Quality Palliative Care e a APCP recomendam, como critério de qualidade, a realização de reuniões de equipa regulares<sup>54</sup>, que devem ter um intervalo máximo de 15 dias, onde se discute o plano terapêutico do doente e família<sup>34</sup>. Das 14 instituições analisadas, apenas 1 não o faz. As restantes 13 instituições, referem realizar reuniões semanais, ainda que em 3 destas os profissionais não sejam congruentes com a periodicidade com que se realizam. Isto permite concluir que pelo menos 10 instituições, ou seja, 71%, cumprem o critério de qualidade recomendado, sendo que as restantes deixam dúvidas quanto à percepção por parte dos profissionais da definição e objectivos da reunião de equipa, pela incongruência nas respostas.

Quanto aos profissionais que devem estar presentes, diversos autores defendem que devem ser todos aqueles que são necessários para dar uma resposta global às necessidades dos doentes e família, como sendo, médicos, enfermeiros, assistentes

sociais, capelão, assistentes espirituais, psicólogos, farmacêuticos, dietistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes operacionais, entre outros, não esquecendo os não profissionais, como voluntários adequadamente formados/treinados<sup>6,8,9,13,22-31</sup>.

Contudo, os dados mostram que enfermeiros e médicos estão presentes em todas as instituições e as assistentes sociais não estão presentes em apenas 1 instituição. Os psicólogos não estão incluídos em 3 instituições e os assistentes espirituais apenas estão em 4 das 14 unidades analisadas. Outros profissionais tais como farmacêuticos, fisioterapeutas, dietistas/nutricionistas e assistentes espirituais, foram referenciados, sem consistência em todas as instituições, com excepção de 2 (R e K) onde as respostas são claras, pois não os incluem. Estes dados podem reflectir que, em Portugal, são mais valorizados os médicos e enfermeiros, seguidos dos assistentes sociais e psicólogos, para a tomada de decisão, desvalorizando assim outras áreas do conhecimento.

Isto mostra que este país está aquém do que é expectável ao nível da qualidade de cuidados, já que são poucos os profissionais presentes numa reunião que deveria contemplar a conjugação de diferentes saberes em prol do doente e família, pelo que a resposta às necessidades globais poderá estar comprometida, pois a avaliação global poderá não ser tão completa quanto seria desejável. Tendo em conta ainda que esta reunião é referida como promotora de uma comunicação eficaz e da colaboração interdisciplinar<sup>23,26,47</sup> pode concluir-se que ambas podem estar comprometidas.

É interessante analisar estes últimos pontos à luz da importância que os profissionais atribuem à reunião de equipa, pois um dos grupos profissionais sempre presentes nesta reunião, os enfermeiros, mas só os do género feminino, são aqueles que a percebem como menos útil relativamente aos médicos e assistentes sociais. Isto pode dever-se ao papel de soberania da área biomédica na cultura portuguesa, podendo as enfermeiras sentir pouca intervenção na tomada de decisões e poucos ganhos na sua área.

Existem diferenças também no âmbito institucional, com uma instituição a destacar pela positiva esta partilha (N) e outra a destacar pela negativa (I); o que talvez seja indicativo que apesar do alinhamento da maioria das instituições, a cultura institucional relativa a este tipo de partilha de informação e a sua valorização apresenta algumas significativas diferenças institucionais.

A reunião de equipa permite explorar os limites de cada grupo profissional, como defende Arber<sup>14</sup>, e potenciar a compreensão da interacção entre os profissionais<sup>48</sup>. Por este motivo considerou-se interessante analisar, em conjunto, as respostas às asserções “na reunião de equipa cada profissional tem a liberdade de dar a sua opinião” e “sinto que a minha opinião é tida em conta”, pois ambas reflectem a liberdade que os profissionais sentem em dar a sua opinião. A análise mostrou existirem diferenças quer a nível institucional (destacando-se pela negativa a instituição I e pela positiva a N), quer profissional (onde são os enfermeiros que sentem menos liberdade nesta área). Tal facto, parece reflectir uma variação que se deve à instituição, pela provável, e já referida, pouca valorização por parte da mesma desta dinâmica; e mais uma vez porque os enfermeiros podem considerar que, de facto, lhes é imposta limitação no que diz respeito ao seu campo de actuação e que não lhes é dada liberdade em opinar, ou porque sentem que a sua opinião não é tida em conta.

O National Consensus Project for Quality Palliative Care<sup>35</sup> e Junger *et al.*<sup>44</sup>, afirmam que a reunião de equipa deve contemplar e promover a partilha de sentimentos, experiências e percepções entre os membros da equipa. Da mesma forma, a APCP<sup>34</sup> aborda a necessidade de suporte da mesma, através de intervenções estabelecidas formalmente para a prevenção de *burnout*. A análise conjunta das respostas dos sujeitos do estudo às asserções “na reunião de equipa discutimos sentimentos face a situações de stress” e “a equipa dinamiza espaços para além do tempo de prestação de cuidados para a concretização de partilha de sentimentos” permitiram analisar aquilo que a literatura preconiza que contemple a reunião de equipa, ou seja, a partilha de sentimentos. Também aqui os enfermeiros mantêm a congruência dos dados anteriores e demonstram sentir menos oportunidade para esta partilha, reforçando as hipóteses avançadas para estes profissionais relativas à reunião de equipa, demonstrando que esta não é sentida como um espaço que proporciona liberdade e oportunidade de partilha.

Em jeito de sùmula, pode dizer-se que são os profissionais da área de enfermagem, e especificamente os do género feminino, que têm mais dificuldade, ou sentem mais entraves à expressão de sentimentos e à liberdade de opinião que deveria ser contemplada nas reuniões de equipa; variando estas também nas instituições (destacando-se a N

pela positiva). Quando a questão se colocou relativamente à importância desta reunião, os valores oscilaram desde os 10 até aos 100%, com uma média de 87,70% e uma mediana de 90%, mantendo-se os profissionais de enfermagem do género feminino como os que atribuem menores valores, bem como 2 instituições (I e L).

Para que se compreenda devidamente a colaboração dentro da equipa, é fundamental aceder às percepções dos seus membros relativamente a esta<sup>57</sup>. É também importante que todos os elementos partilhem um propósito comum e compreendam o papel dos restantes elementos<sup>24</sup>. As respostas apontam para uma opinião que difere de forma estatisticamente significativa, quer profissional, quer institucionalmente. Comparativamente com todas as áreas de conhecimento, são os enfermeiros que percebem pior esta interacção interprofissional, podendo estar relacionado com a crença de que são menos valorizadas enquanto profissionais e que os seus conhecimentos não são reconhecidos, o que pode implicar uma menor partilha nos propósitos e objectivos, que deveriam ser comuns.

Mais uma vez, destaca-se apenas uma instituição (N), onde a colaboração é mais forte, podendo aqui reforçar a importância da cultura da instituição, bem como dos seus membros de chefia na implementação da noção de colaboração.

É fundamental na boa prática interdisciplinar que cada elemento esteja desperto para a importância do planeamento, tomada de decisões e responsabilidades comuns<sup>53</sup>. Isto porque os conflitos de funções, a competitividade, o medo da crítica pessoal, os conflitos de interesses pessoais *versus* da equipa e até o défice de comunicação, podem potenciar conflitos e constituir dificuldades ao sucesso da mesma<sup>84,52</sup>, sendo que o clima de não competição e tolerância são essenciais para lidar com esses mesmos conflitos<sup>44</sup>.

Corner<sup>19</sup> defende que o TE contribui de forma decisiva para a prestação de cuidados de qualidade globais quer ao doente, quer à sua família, pois reconhece a interacção entre o doente e família e a importância de actuar nas diferentes dimensões do cuidar<sup>11,25</sup>, daí que seja primordial que os membros dessa mesma equipa partilhem desta opinião, valorizando esta sua vertente.

Analisando as duas subdimensões que foram criadas a partir do conjunto das asserções, como sendo, “reconhecimento pessoal” e “reconhecimento dos outros”, onde se pretendem, quer analisar a percepção que cada profissional tem relativamente

à valorização por parte dos outros do seu papel, quer à visão individual relativamente à importância que atribui ao papel dos outros profissionais.

Os dados mostraram que mais uma vez os enfermeiros sentem-se menos reconhecidos e demonstram não reconhecer o trabalho dos outros profissionais, nomeadamente médicos e fisioterapeutas. Isto reforça o sentimento de não reconhecimento que os enfermeiros sentem do trabalho que desenvolvem e do sentimento de desvalorização do mesmo, apontando menor colaboração e reconhecimento para com médicos e fisioterapeutas. Como defende a literatura, isto pode dificultar e comprometer uma avaliação global das necessidades e do sofrimento do doente e família. Para além disso proporciona um clima de conflitos de interesses pessoais, já que o objectivo comum não é partilhado, ou pelo menos sentido, como comum. Isto pode fomentar o clima de competição e comprometer o sucesso da equipa.

Há uma instituição (N) com maior reconhecimento pessoal e outra (F) com maior reconhecimento dos outros, demonstrando mais uma vez que existem diferenças quer ao nível dos saberes, quer ao nível da cultura institucional promovida pelos seus membros.

Alguns autores incluem a motivação, ou seja, o orgulho de pertença e satisfação pelo funcionamento da equipa, como características promotoras da eficácia da mesma<sup>46,52</sup>. É consensual na revisão da literatura realizada, a importância de todos os profissionais integrantes na equipa, que no seu conjunto, tornam possível uma visão e prestação de cuidados holísticos que dá resposta de forma mais efectiva às necessidades globais do doente e sua família. Assim, é fundamental que cada um desses profissionais, compreendam a importância da contribuição de cada área profissional, correndo o risco de interferir no sucesso da equipa, caso isso não se verifique na prática<sup>19</sup>.

Os dados mostram ainda que os enfermeiros e os médicos atribuem um menor valor de importância à sua intervenção na equipa, quando comparados com os assistentes espirituais, não havendo diferenças estatísticas entre instituições.

No entanto, quando a avaliação partiu do individual para os restantes elementos da equipa, foram apenas os enfermeiros que mostram uma tendência estatística para atribuírem menor importância à intervenção dos psicólogos na equipa. Fazendo uma comparação com o que cada grupo profissional atribuiu a si próprio e aos outros grupos, concluiu-

-se que os médicos dão a mesma importância a si e aos enfermeiros superiorizando-se aos outros grupos; os enfermeiros dão valores superiores à sua profissão do que a todas as outras, ainda que atribuam o maior valor ao médico; já os psicólogos e assistentes sociais atribuem igual valor entre si e com médicos e enfermeiros, mas superior ao assistente espiritual e voluntário. Apenas o assistente espiritual e fisioterapeuta atribuem o mesmo valor a todas as profissões. Isto está de acordo com a literatura que aponta estudos que mostram que os médicos tendem a ser o grupo mais dominante, ainda que prevejam a influência da cultura nesta hierarquia<sup>43</sup>.

Pensa-se ser interessante ressaltar que apesar de se sentirem menos reconhecidos (como demonstrado anteriormente), os enfermeiros são o grupo profissional que atribui maior percentagem de importância a si próprios, reforçando a hipótese avançada de se sentirem desvalorizados na sua actuação e campo de conhecimentos. Este facto pode não ser alheio ao facto de, a par de uma constante valorização académica e legislativa, ter diminuído o papel de intervenção e de autonomia de que os enfermeiros gozavam no espaço do cuidar; quer pelo surgimento de novos grupos profissionais quer pela preocupação de espaços de intervenção por parte dos médicos, espaços estes há muito delegados por estes à enfermagem.

Estes dados apontam também para uma desvalorização de uns grupos profissionais em detrimento de outros, o que não está congruente com a necessidade de que todos eles reconheçam a importância de todos os outros para traçarem um plano terapêutico adequado para o doente e família. Assim, na prática diária está patente o risco de, por exemplo, os médicos e enfermeiros sobrevalorizarem a sua importância, comprometendo o encaminhamento e partilha adequada com outras áreas do conhecimento.

Na hipótese de acrescentar outros profissionais à equipa, os assistentes operacionais são privilegiados sobre os fisioterapeutas, talvez pelo carácter prático dos cuidados, potenciado pelo comprometimento da autonomia do doente e porque apenas alguns doentes são encaminhados para os fisioterapeutas, também pela referenciação tardia dos doentes (fases mais avançadas da doença).

A comunicação efectiva entre os diferentes profissionais da equipa é essencial<sup>5,6,10,38-41</sup>, afectando a prestação de cuidados em fim de vida, caso existam problemas relacionados com esta, pois o alcance dos objectivos pela equipa é afectado<sup>26,46</sup>. Autores defendem que a comunicação honesta, aberta e

clara pode diminuir o *stress* da equipa<sup>38</sup>, da mesma forma que, quando pouco adequada, esta pode destruir a confiança dos elementos entre si<sup>24</sup>. Assim, o sucesso de uma equipa depende, entre outros aspectos, das boas competências de comunicação dos seus membros<sup>58</sup>.

Os dados mostram que os enfermeiros do género feminino percebem a comunicação como mais pobre quando comparados com os médicos, assistentes espirituais, fisioterapeutas e psicólogos, o que vem reforçar o sentimento de inferioridade destes profissionais.

O fenómeno evidencia uma instituição (N) onde a comunicação é percebida como mais forte, o que está de acordo e congruente com o que tem sido apresentado.

A liderança é fundamental na facilitação do trabalho interdisciplinar e contribui para o sucesso da equipa<sup>45,59</sup>. O líder deve proporcionar uma distribuição do trabalho, autoridade e responsabilidade equitativas, permitindo o trabalho além das "limitações" de cada área profissional, demonstrando confiança no TE e incentivando o sentimento de pertença e responsabilidade<sup>45,59,60</sup>. A liderança está relacionada com a motivação<sup>60</sup>.

Os enfermeiros são os profissionais que percebem a liderança como mais fraca, pelo que podem sentir-se menos motivados. Isto demonstra que estes profissionais sentem que o líder não desenvolve devidamente as suas funções. Tendo em conta que em Portugal os líderes são, habitualmente, médicos, pode depreender-se que esta desvalorização pode reflectir também ela, conflitos de interesses e corporativos, que põem em risco a colaboração e partilha de responsabilidades.

Mais uma vez diferenças a nível das instituições com 4 delas (D, G, N e O) a percepcioná-la como mais forte e outras 2 (B e F) como mais fraca, o que significa que a forma de exercer a liderança está intimamente ligada ao modo como as instituições escolhem os seus líderes. A própria prática indica que há instituições que procuram chefias (líderes) consonantes com os objectivos institucionais (*yes man*) e outras que procuram verdadeiros líderes que também procuram atingir os objectivos institucionais, sem perder de vista o espaço à realização pessoal e profissional.

Em vários pontos acima indicados, são referenciados os profissionais de enfermagem do género feminino como aqueles que percebem pior vários aspectos importantes da caracterização do TE. Sabe-se também que os mesmos têm, em média

33,78 anos (DP=10,05), ou seja, idades jovens. Isto pode indicar que o estigma social, que ainda persiste na sociedade portuguesa relacionado com a cultura deste país, poderá estar a influenciar a atitude de profissionais educadas numa matriz cultural que atribui ao homem um papel social mais relevante e “obriga” a mulher a reivindicar direitos e igualdade.

Relativamente às correlações realizadas na análise estatística, os dados mostram que há uma correlação moderada relativamente ao empenho que os profissionais consideram que a equipa tem, com a percepção dos profissionais quanto à sua autonomia na mesma. Esta última também está correlacionada com o aumento da importância que os profissionais atribuem à sua intervenção na equipa, sendo importante fomentar nos profissionais, cada uma delas para que estas estejam presentes de forma positiva na equipa, rentabilizando assim, o TE. Níveis mais elevados de empenho e autonomia coincidem em 2 instituições (N e O).

Por fim, procedeu-se a uma análise relativa à influência da formação em CP nas diferentes áreas analisadas, tendo-se verificado que os profissionais com formação (independentemente do nível) avaliam pior o empenho e autonomia da equipa, as reuniões de equipa, nomeadamente quanto à avaliação global e à partilha de sentimentos (mas não quanto à importância desta reunião), interacção interprofissional, sobretudo o reconhecimento dos outros (mas não o reconhecimento do trabalho dos outros), a importância da sua intervenção na equipa, comunicação e liderança.

Estes dados apontam para um maior rigor e capacidade crítica face à avaliação do TE nas unidades em que estão inseridos. Isto pode ser influenciado pelo maior conhecimento da área, dos critérios de qualidade, da importância do rigor técnico e, neste caso particular, da importância do bom desempenho do TE. Como se a formação lhes conferisse ferramentas e poder de análise que os faça detectar imperfeições nos funcionamentos das equipas que escapam aos profissionais menos formados e, conseqüentemente, menos despertos para as questões “mais finas”, que escapam ao vulgar profissional.

## Conclusão

A OMS estima que em 2020 mais de 15 milhões de pessoas desenvolverão processos oncológicos e 10 milhões falecerão em cada ano, o que corresponde um aumento de 60%<sup>2</sup>. Na Europa, o aumento do

número de mortes prevê-se que seja de 31% em relação ao ano 2000<sup>2</sup>. Em Portugal, o INE lançou dados referentes a 2008 que apontam os tumores, segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID-10), como a 2ª causa de morte mais prevalente (23,5%)<sup>61</sup>. No mesmo ano, a Área de Planeamento e Estudos de Mercado (APEME)<sup>62</sup> concluiu que é necessário um maior desenvolvimento na área dos CP neste país.

É conhecido o sofrimento associado aos processos de doença incurável, cuja resposta deverá ser global no que diz respeito às diferentes necessidades apresentadas pelos doentes e sua família, através da prestação de cuidados dirigidos, não à doença, mas ao doente – CP.

Em 2005, foi lançada a Declaração da Coreia sobre CP, que apontava o acesso a estes cuidados como um problema à escala mundial<sup>63</sup>, e reforçava-os como um direito humano, o que é defendido também pelo Standing Committee of Ministers e International Working Group<sup>64</sup>.

Dada a importância dos CP, importa desenvolver investigação neste campo, que sustente cientificamente a prestação destes cuidados, como, de resto, já tem sido reforçado. Assim, este estudo debruçou-se sobre a temática do TE – um dos 4 pilares de sustento deste tipo de cuidados.

Dada a natureza da análise realizada aos dados obtidos, irá ser sumarizada a caracterização das equipas com base numa discussão profissional e institucional. Importa antes de avançar para essa súmula, referir que foram incluídos 171 profissionais distribuídos por 5 áreas profissionais, como sendo, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes espirituais, assistentes sociais e fisioterapeutas; de 14 unidades de internamento de CP em Portugal.

Quanto a nível profissional, as equipas caracterizam-se da seguinte forma:

A equipa não é homogénea, com os enfermeiros, nomeadamente do género feminino, a destacarem-se como os profissionais que avaliam pior as diferentes áreas do TE.

Apenas os médicos, enfermeiros e psicólogos têm formação de nível B e C.

Os profissionais assumem um propósito partilhado e reconhecem a sua importância no alcance dos objectivos da equipa para o doente e família.

Os profissionais incluem a família “sempre” ou “muitas vezes” na prestação de cuidados.

Todos os profissionais se empenham na equipa e consideram que, em média, têm 78,73% (DP=16,93) de autonomia na equipa.

Na reunião de equipa estão apenas sempre presentes os médicos e enfermeiros, seguidos dos assistentes sociais (em 13 unidades), psicólogos (em 11 unidades) e assistentes espirituais (em apenas 4 unidades); sendo que as enfermeiras são as que consideram a reunião de equipa como menos útil e as que sentem menos liberdade de opinião e oportunidade para partilha de sentimentos.

Os enfermeiros também avaliam pior a colaboração interprofissional, sendo os que se sentem menos reconhecidos, demonstrando também não reconhecer o trabalho dos médicos e fisioterapeutas.

Os enfermeiros e médicos atribuem-se menor importância quanto à intervenção na equipa comparativamente aos assistentes espirituais.

Quando a avaliação partiu do individual para as restantes profissões e até mesmo para a que cada um pertence, é de notar que os enfermeiros são o grupo que atribui maior percentagem a si próprio, não havendo uma avaliação homogénea de todas as áreas do saber – desvalorização das mesmas.

Para além dos contemplados, os assistentes operacionais são preferidos aos fisioterapeutas.

Os enfermeiros percebem como mais pobre a comunicação e como mais fraca a liderança.

Existe uma correlação entre o empenho e a autonomia; e desta última com o aumento da importância que cada profissional atribui à sua intervenção na equipa.

Os profissionais com formação em CP, independentemente do nível, avaliam pior as diferentes áreas analisadas do TE.

Quanto a nível institucional, as equipas caracterizam-se da seguinte forma:

Numa análise global sobressai pela positiva 1 instituição (N) seguida de uma outra (O) e de outras 2 (D e G); e pela negativa 1 instituição (I), seguida de outra (F) e de outras 2 (B e F), o que demonstra heterogeneidade entre as mesmas.

As equipas encontram-se, em média, na fase de implementação, ou seja, na consolidação dos profissionais.

O nível de formação está abaixo do recomendado, com instituições mais bem preparadas teórica e tecnicamente.

Apenas 60,2% das unidades realizam “sempre” um plano anual de formação, com diferenças ao nível do investimento interno na formação.

Existe uma sensibilização para a partilha na prestação de cuidados, com 1 instituição que se destaca pela positiva e 2 pela negativa; e para a inclusão da família nessa prestação.

O empenho e autonomia diferem apenas nas instituições, o que faz prever influências institucionais.

Apenas 71% são congruentes quanto à realização de reuniões de equipa de acordo com a periodicidade recomendada.

Há variações nos profissionais presentes na reunião de equipa nas instituições, assim como na importância que atribuem à mesma e liberdade que sentem em dar opinião, com uma instituição a destacar-se pela positiva (N) e outra pela negativa (I).

Quanto à expressão de sentimentos nessa mesma reunião há uma instituição (N) onde esta é considerada como positiva e 2 como negativa (I e L).

A interação interprofissional é avaliada como mais forte numa unidade de internamento (N), sendo que também considera haver maior reconhecimento pessoal; e quanto ao reconhecimento dos outros destaca-se uma outra (F).

Todas as instituições são congruentes na importância que os seus membros atribuem à intervenção individual na equipa.

A comunicação é mais forte numa unidade (N).

A liderança, como vem sendo coerente, é avaliada como mais forte em 4 instituições (D, G, N e O) e como mais fraca noutras 2 (B e F).

Níveis mais elevados de empenho e autonomia são apontados em 2 unidades (N e O).

Por fim, sabendo que a literatura aponta algumas características para definir equipa eficaz, tais como<sup>39,46</sup>: propósito partilhado, *empowerment*, relações e comunicação, flexibilidade (estilo de liderança participativo), ótimo rendimento (os objectivos são concretizados), reconhecimento, e motivação (orgulho de pertença e satisfação pelo modo de funcionamento da equipa); foi feita uma análise das respostas às várias asserções que contemplam estes critérios.

Da análise é destacada uma instituição (N) pela positiva. Cada uma das características que contribuem para uma equipa eficaz é apontada pelos sujeitos do estudo com grandes diferenças de funcionamento, destacando-se 2 instituições pela negativa (I e F).

Assim, realça-se a congruência nas respostas, quer pelo destaque da profissão de enfermagem pela avaliação negativa em diversos pontos, quer pelo realce pela positiva da instituição N.

Isto permite antever causas relacionadas com a categoria profissional e cultura institucional, que devem ser consideradas na melhoria da prestação dos cuidados em equipa.

**Bibliografia**

1. Neto IG. Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In: Barbosa A, Neto IG, editores. Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina; 2010.
2. Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer J* 2010 Sep/Oct; 16(5):423-35.
3. Meñaca A, Evans N, Andrew EVW, Toscani F, Finetti S, Gómez-Batiste X, et al. End-of-life care across Southern Europe: a critical review of cultural similarities and differences between Italy, Spain and Portugal. *Crit Rev Oncol/Hematol* 2011 Jun 9;1556:1-15.
4. O'Connor M, Fisher C. Exploring the dynamics of interdisciplinary palliative care teams in providing psychosocial care: "Everybody thinks that everybody can do it and they can't". *J Palliat Med* 2011 Sep 23;14(2):191-6.
5. Payne M. Teamwork in multiprofessional care. New York: Palgrave; 2000. 978-0-333-72977-9.
6. Cortés CC, Sancho MG, Vicuña MN, López AP. Manual de medicina paliativa. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.; 2009. ISBN: 978-84-313-2653-1.
7. Speck P. Team or group – spot the difference. In: Speck P, editor. Teamwork in palliative care: fulfilling or frustrating? Oxford: Oxford University Press; 2009.
8. Carson M, Williams T, Everett A, Barkers. The nurse's role in the multidisciplinary team. *Europ J Palliat Car* 1997; 4(3).
9. Doyle D. Getting Started: Guidelines and suggestions for those starting a hospice/palliative care service 2nd ed. Houston: IAHPC Press; 2009. ISBN 0-9758525-7-4.
10. O'Connor M, Fisher C, Guilfoyle A. Interdisciplinary teams in palliative care: a critical reflection. *Int J Palliat Nurs* 2006; 12(3):132-7.
11. Oliver DP, Porock D, Demiris G, Courtney K. Patient and family involvement in hospice interdisciplinary teams. *J Palliat Car* 2005; 21(4).
12. MacDonald N. Modern palliative care: an exercise in prevention and partnership. *Semin Oncol Nurs* 2005 Feb; 21(1):69-73.
13. O'Connor M, Pugh J, Jiwa M, Hughes J, Fisher C. The palliative care interdisciplinary team: where is the community pharmacist? *J Palliat Med* 2011; 14(1):7-11.
14. Arber A. "Pain talk" in hospice and palliative care team meetings: an ethnography. *Int J Nurs Stud*. 2006 Apr 4; 44:916-26.
15. Maeyama E, Kawa M, Miyashita M, Ozawa T, Futami N, Nakagami Y, et al. Multiprofessional team approach in palliative care units in Japan. *Support Care Cancer* 2003 Apr 17; 11:509-15.
16. Gómez-Batiste X. Principios de la terapéutica y la organización de los cuidados paliativos. In: Gómez-Batiste X, Porta J, Tuca A, Stjernsward J, editors. Organización de servicios y programas de cuidados paliativos. Madrid: Aran Ediciones; 2005.
17. Wiebe LA, Roenn JH. Working with a palliative care team. *The Cancer J* 2010 Sep/Oct; 16(5):488-92.
18. Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Rodríguez D, Sanchez-Reilly S. Interdisciplinary geriatric and palliative care team narratives: collaboration practices and barriers. *Qual Health Res* 2010; 20(1):93-104.
19. Corner J. The multidisciplinary team – fact or fiction? *Europ J Palliat Car* 2003; 10 (suppl 2):10-3.
20. Youngwerth J, Twaddle M. Cultures of interdisciplinary teams: How to foster good dynamics. *J Palliat Med* 2011 Jan 17; 14(5):1-6.
21. European Association for Palliative Care. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *Europ J Palliat Car* 2010; 17(1).
22. Ditillo BA. The emergence of palliative care: a new specialized field of medicine requiring an interdisciplinary approach. *Crit Care Nurs Clin N Am* 2001;14.
23. Wittenberg-Lyles E, Oliver DP, Demiris G, Regehr K. Interdisciplinary collaboration in hospice team meetings. *J Interprof Care* 2010 May; 24(3):264-73.
24. Crawford GB, Price SD. Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. *Med J Aust* 2003 Sep 15; 179 (suppl):32-4.
25. Howe JL, Sherman DW. Interdisciplinary educational approaches to promote team-based geriatrics and palliative care. *Gerontol Geriatr Educ* 2006; 26(3):1-17.
26. Street A, Blackford J. Communication issues for the interdisciplinary community palliative care team. *J Clin Nurs* 2001 Jan 24; 10:643-50.
27. Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, Cook AC, Edwards AG, Douglas HR, et al. Do hospitalbased palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage* 2002 Feb; 23(2):96-106.
28. Back I. Palliative medicine handbook. 3rd ed. Wales: BPM Books; 2001. p. 303. ISBN 978-0954224608.
29. Ferrel B, Connor SR, Cordes A, Dahlin C, Fine PG, Hutton N, et al. The national agenda for quality palliative care: The National Consensus Project and National Quality Forum. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33(6).
30. Oliver DP, Washington KT, Wittenberg-Lyles E, Demiris G. 'They're part of the team': participant evaluation of the ACTIVE intervention. *J Palliat Med* 2009; 23.
31. Biver S. Le vécu des patients et des familles face à une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs. *Rech Soins Infirm* 2000 Jui; 61:68-86.
32. Oliver DP, Day M, Wittenberg-Lyles EM. Variances in perceptions of interdisciplinary collaboration by hospice staff. *J Palliat Car* 2006; 22(4):275-80.
33. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Organização de Serviços em Cuidados Paliativos. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos; 2006.
34. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos —. Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos; 2006.
35. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. [Online]. 2004 [cited 2011 Mar 1]; Available from: URL:<http://www.nationalconsensusproject.org>
36. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Indicadores de Calidad en Cuidados Paliativos. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2003.
37. Lickiss JN, Turner KS, Pollock ML. The interdisciplinary team. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005, p. 42-46.
38. Maddocks I. Communication – an essential tool for team hygiene. In: Speck P, editor. Teamwork in palliative care: fulfilling or frustrating? Oxford: Oxford University Press; 2009.
39. Dawson S. Interprofessional working: communication, collaboration... perspiration! *Int J Palliat Nurs* 2007; 13(10):502-5.
40. Oliver D, Haggarty P. Use of a pro forma and overhead projector to improve multidisciplinary team communication. *Int J Palliat Nurs* 2003; 9(8):358-61.
41. Dowell L. Multiprofessional palliative care in a general hospital: education and training needs. *Int J Palliat Nurs* 2002; 8(6):294-303.
42. Wood DF. Interprofessional education – still more questions than answers? *Medical Education* 2001; 35:816-7.
43. Youngwerth J, Twaddle M. Cultures of interdisciplinary teams: How to foster good dynamics. *J Palliat Med* 2011 Jan 17; 14(5):1-6.
44. Jünger S, Pestinger M, Elsner F, Krumm N, Radbruch L. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliat Med* 2007; 21.
45. Orchard CA, Curran V, Kabene S. Creating a culture for interdisciplinary collaborative practice. *Med Educ Online* 2005; 10(11):1-13.
46. Bayliss J. Working in a team: A workbook to successful dynamics. United Kingdom: Quay Books; 2009. ISBN 1-85642-368-9.
47. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, et al. A model to guide hospice palliative care: based on national principles and

- norms of practice. Canadá : Canadian Hospice Palliative Care Association; 2002. ISBN: 1-896495-17-6.
48. Arber A. Team meetings in specialist palliative care: asking questions as a strategy within interprofessional interaction. *Qual Health Res* 2008; 18(10):216-27.
  49. Baldwin PK, Wittenberg-Lyles E, Oliver DP, Demiris G. An evaluation of interdisciplinary team training in hospice care. *J Hosp Palliat Nurs* 2011 May/Jun; 13(3):172-82.
  50. Silvia C. Tratamento de dados quantitativos: Complementaridade do SPSS. 2008.
  51. Davies E, Higginson IJ. The solid facts: Palliative care. Dinamarca: World Health Organization; 2004. ISBN: 92-890-1091-6.
  52. Bernardo A, Rosado J e Salazar H. Trabalho em equipa. In: Barbosa A, Neto IG, editores. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
  53. Parker-Oliver D, Bronstein LR, Kurzejeski L. Examining variables related to successful collaboration on the hospice team. *Nacional Association of Social Workers* 2005 Nov; 30(4):280-6.
  54. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. [Online]. 2004 [cited 2011 Mar 1]; Available from: URL:<http://www.nationalconsensusproject.org>
  55. Farsides B. Ethical issues in multidisciplinary teamwork within palliative care. In: Speck P, editor. *Teamwork in palliative care: Fulfilling or frustrating?* Oxford : Oxford University Press; 2009.
  56. Farsides B. Ethical issues in multidisciplinary teamwork within palliative care. In: Speck P. *Teamwork in palliative care: fulfilling or frustrating?* Oxford: Oxford University Press; 2009.
  57. Oliver DP, Wittenberg-Lyles EM, Day M. Measuring interdisciplinary perceptions of collaboration on hospice teams. *Am J Hosp Palliat Care* 2007; 24(1).
  58. International Association for Hospice & Palliative Care. *Getting Started: Guidelines and suggestions for those considering starting a Hospice/Palliative Care Service.* IAHP, 2008.
  59. Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med Educ* 2001; 35:867-75.
  60. Speck P. Maintaining a healthy team. In: Speck P, editor. *Teamwork in Palliative Care: fulfilling or frustrating?* Oxford : Oxford University Press; 2009.
  61. DGS, INE. Elementos estatísticos: Informação geral Saúde/2008. [Online]. 2010 Dez. [citado 2011 Set 22]; Disponível em: URL:<http://www.dgs.pt>
  62. APEME. Os cuidados paliativos em Portugal: resultados quantitativos: APEME. [Online]. 2008 [citado 2011 Set 22]; Disponível em URL:<http://www.apcp.com.pt>
  63. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Declaração da Coreia: APCP. [Online]. 2005 Mar [citado 2011 Set 21]; Disponível em: URL:<http://www.apcp.com.pt>
  64. Brennan F. Palliative Care as an International Human Right. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33(5).