



RECOMENDAÇÕES PARA O APOIO PSICOSSOCIAL E ESPIRITUAL TELEMÁTICO EM SITUAÇÃO DE DOENÇA AVANÇADA E FIM DE VIDA

1 INTRODUÇÃO	3
2 CONCEITOS CHAVE	4
3 ANTECEDENTES	8
4 JUSTIFICAÇÃO	11
5 OBJETIVO	11
6 ASPETOS ÉTICOS, DEONTOLÓGICOS E LEGAIS	12
6 1 Aspectos éticos e deontológicos	
6 2 Considerações legais	
6 3 Privacidade e confidencialidade	
6 4 Gravação	
6 5 Registo e armazenamento de informação	
6 6 Consentimento informado	
7 ÂMBITO DE APLICAÇÃO: POPULAÇÃO-ALVO	18
8 TIPOS DE INTERVENÇÃO	19
8 1 Potencialidades e limitações dos diferentes tipos de intervenção por meios telemáticos	
9 MÉTODO DE ATUAÇÃO	22
9 1 Aspectos gerais	
9 2 Situações complexas de doença avançada e fim de vida	
9 3 Critérios para prescrever o apoio psicossocial telemático	
9 4 Critérios para não prescrever o apoio psicossocial telemático	
9 5 Recomendações clínicas consoante as fases da intervenção e os destinatários	
10 REGISTO E AVALIAÇÃO	32
11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
12 ANEXO	37

1 | INTRODUÇÃO

A Fundação “la Caixa” desenvolve, há mais de doze anos, o *Programa de Apoio Integral a Pessoas com Doenças Avançadas* com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, que se encontram numa situação especialmente vulnerável, através de uma intervenção psicossocial e espiritual competente e humana que visa aliviar o sofrimento.

No caso das doenças graves, é essencial introduzir uma abordagem integral que dê resposta a questões físicas, psicológicas, sociais e espirituais e que, além disso, tenha em conta o bem-estar do cuidador durante o processo da doença e após o falecimento. Como salienta a OMS,¹ *os cuidados paliativos são expressamente reconhecidos no contexto dos direitos humanos à saúde. Devem ser proporcionados através de serviços de saúde integrados e centrados na pessoa, prestando especial atenção às necessidades e preferências do indivíduo.*

Nesta linha, trabalhamos para promover a visão paliativa ao complementar as ações dos serviços de saúde com atividades de apoio, formação, investigação e sensibilização comunitária. Os destinatários são as pessoas que se encontram em situação de doença avançada, bem como as suas famílias, os profissionais de saúde, os voluntários que as acompanham e a sociedade em geral.

Atualmente, continua a ser necessário apoiar a pessoa em situação de doença avançada a partir de uma perspetiva global que permita otimizar o processo de acompanhamento terapêutico em situações diversas e com novas ferramentas. Neste sentido, a pandemia da COVID-19 teve um impacto direto no contexto de prestação de cuidados dito «tradicional» caracterizado pela presença física, pois obrigou os profissionais a utilizar, de forma generalizada e num curto espaço de tempo, *tecnologias de intervenção à distância* que eram utilizadas pontualmente em situações específicas. Esta rápida adaptação foi, sem dúvida, facilitada pelo auge das novas tecnologias no domínio da saúde, que, nos últimos meses, se tornaram um elemento imprescindível no dia a dia da sociedade.

O programa tem vindo a caracterizar-se pelo seu espírito inovador e pela capacidade de dar resposta aos novos desafios que foram surgindo no âmbito do apoio emocional, social e espiritual nos processos de fim de vida. No momento atual, a implementação de um *apoio telemático com garantias terapêuticas e técnicas* é, naturalmente, um desafio de grande impacto e a longo prazo.

O presente documento constitui um primeiro passo neste sentido e pretende estabelecer as bases para oferecer um apoio telemático de qualidade que complemente a intervenção presencial, definindo os critérios de aplicação e as limitações identificadas.

O documento foi elaborado com a colaboração dos profissionais das equipas de apoio psicossocial do Programa e de outros especialistas na matéria, que contribuirão com os seus conhecimentos e experiências para criar um texto que esperamos que seja prático e útil.

Na Fundação “la Caixa”, estamos confiantes de que este trabalho irá contribuir para a melhoria dos cuidados a pessoas em situação de doença avançada e fim de vida, tirando o máximo partido das oportunidades que a tecnologia nos oferece.

2 | CONCEITOS CHAVE

Os serviços de telemedicina surgiram na Europa e nos Estados Unidos durante os anos 70 e conheceram uma franca expansão a partir dos anos 90. Atualmente, são utilizadas várias ferramentas de telessaúde nos serviços públicos e privados e de diferentes formas. O desenvolvimento dos serviços de telessaúde deu origem a uma série de termos e formas de designar processos mais específicos.²

Abaixo, encontram-se definidos termos e conceitos relevantes para o apoio telemático e que são referidos no presente documento, bem como outros termos e conceitos relacionados.

O prefixo «**tele**» significa «**à distância**» e é empregue em praticamente toda a terminologia desta área. Está presente nos seguintes conceitos:

- **APOIO TELEMÁTICO:** prestação de serviços à distância, através dos quais se transfere informação digitalizada. «Telecuidados» e «apoio telemático» são utilizados como sinónimos.
- **TELESSAÚDE:** integração de sistemas de comunicação à distância para a prestação de serviços de saúde, desde prevenção até tratamentos e reabilitação.
- **TELEMEDICINA:** «Consiste na prestação de serviços de apoio à saúde, em que a distância é um fator crítico, por todos os profissionais de saúde que utilizam tecnologias de informação e comunicação para a troca de informação válida para o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças e lesões; para a investigação e avaliação, e para a formação contínua dos profissionais de saúde; tudo isto a fim de melhorar o nível de saúde dos indivíduos e das suas comunidades.»³
- **TELEPSICOLOGIA:** prestação de serviços psicológicos com recurso a tecnologias que permitem a comunicação à distância e que incluem telefone, e-mail, SMS, videochamada, aplicações móveis e programas estruturados na Internet.

Por sua vez, o apoio ou serviço à distância pode ser classificado segundo o tipo de comunicação: **síncrona** ou **assíncrona**.

- **COMUNICAÇÃO SÍNCRONA:** intercâmbio em tempo real. Tanto a pessoa que envia a mensagem como a que a recebe estão presentes nos respectivos dispositivos no momento da transmissão da informação. Exemplos de comunicação síncrona são a chamada telefônica, o chat e a videochamada.
- **COMUNICAÇÃO ASSÍNCRONA:** a informação ou comunicação é transmitida sem necessidade de que o emissor e o receptor estejam presentes em tempo real. É necessário um servidor e suporte onde receber e guardar os dados para poder ter acesso aos mesmos posteriormente. Exemplos de comunicação assíncrona são o e-mail, os fóruns, a comunicação por áudio e vídeo e os programas estruturados na Internet.



Tendo em conta esta conceptualização, e com base na definição de telepsicologia da APA,⁴ por «apoio psicossocial telemático» entende-se «a prestação de serviços de apoio psicossocial e espiritual, utilizando tecnologias de informação e a telecomunicação, através do processamento da informação por meios eletrónicos».

Estes meios podem incluir dispositivos móveis, computadores pessoais, telefones, videochamadas, e-mail, páginas de Internet de autoajuda, blogues, redes sociais, etc. A informação pode ser transmitida tanto por via oral como escrita, bem como por imagens, sons ou outros tipos de dados, sendo esta comunicação tanto síncrona como assíncrona.



COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

O apoio psicossocial telemático tem características diferentes das da intervenção presencial. Convém que os profissionais que prestam este serviço possuam uma série de **competências específicas**, para poderem **intervir com qualidade e evitar ações negligentes**.

Estas ações negligentes podem ser, por exemplo, não ajustar adequadamente as competências comunicativas e terapêuticas, não selecionar adequadamente a modalidade de intervenção que melhor se adapta à pessoa ou não utilizar os meios tecnológicos de forma segura, comprometendo a privacidade do doente ou a confidencialidade da sua informação.

1 | COMUNICAÇÃO E COMPETÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Possuir conhecimentos e prática de comunicação no ambiente ou meio utilizado (videochamada, SMS, etc.), para se assegurar de que a informação é entendida e que a relação terapêutica é adequada, adaptando as competências utilizadas no encontro presencial ao cenário online. Especificamente na videochamada, poderão ocorrer falhas de ritmo e velocidade que limitem temporariamente a troca de informação verbal, auditiva e não verbal, pelo que é importante tomar certas precauções na comunicação à distância.



2 | DOMÍNIO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Conhecê-las para saber se as ferramentas tecnológicas cumprem os requisitos de cibersegurança e, portanto, são ferramentas adequadas, além de ter conhecimentos aprofundados sobre o funcionamento da tecnologia envolvida, saber utilizá-la e conseguir guiar o doente na resolução das dificuldades técnicas mais frequentes.



3 | CONHECIMENTO DAS NORMAS LEGAIS E PRINCÍPIOS ÉTICOS

Dispor de informação sobre as medidas necessárias para estabelecer um consentimento informado adequado e manter um ambiente onde se assegure a proteção dos dados, a privacidade, a confidencialidade e a segurança da informação.



4 | CAPACIDADE PARA TOMAR DECISÕES SOCIOSSANITÁRIAS

Para recomendar o formato mais adequado, tendo em conta o problema do doente e o contexto social e de saúde em que se encontra, os profissionais devem ser capazes de avaliar se a intervenção online é adequada, bem como de decidir se é ou não recomendável oferecer este serviço.



5 | ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA

Como se trata de um formato de apoio novo, é importante manterem-se atualizados acerca da investigação sobre a eficácia das intervenções à distância nesta área, de novas ferramentas tecnológicas, de novos métodos de avaliação e intervenção, etc.



O presente documento pretende fornecer conhecimentos básicos para desenvolver estas competências.

ENQUADRAMENTO E ALIANÇA TERAPÊUTICA DIGITAL

A aliança terapêutica é um aspeto essencial das intervenções e influi no resultado terapêutico. Embora existam diversas perspetivas, foi definida classicamente pela presença de três componentes:⁵

- Acordo entre doente e profissional relativamente aos **objetivos do acompanhamento**.
- Acordo entre doente e profissional relativamente às **tarefas próprias do acompanhamento** que se está a fazer.
- **Vínculo entre doente e profissional** que se sente e exprime por meio do apreço, confiança e respeito mútuo e pela perceção de que existe um compromisso comum e uma compreensão recíproca das ações terapêuticas.

Apesar da desconfiança que o desenvolvimento de uma aliança terapêutica num ambiente telemático gera em alguns profissionais,⁶ a **aliança terapêutica digital** conta com suporte científico, de tal forma que ficou demonstrado que pode ser oferecida e mantida nesta área.⁷⁻⁸

Assim, desenvolver uma aliança terapêutica telemática adequada requer uma série de competências básicas que devem ser aplicadas para intervir de forma adequada neste novo contexto. Devido à mudança que este formato de intervenção implica, é essencial fazer um correto enquadramento do apoio psicossocial, no qual se expliquem e acordem determinados aspetos, para que possa ser estabelecida uma boa relação terapêutica. No presente documento serão apresentadas diferentes regras para desenvolver o enquadramento do **apoio psicossocial telemático**, bem como as competências de comunicação e relacionamento específicas a ter em conta para gerar atitudes fundamentais como a empatia, aceitação incondicional e autenticidade⁹ durante todo o processo terapêutico.

3 | ANTECEDENTES

Tal como as intervenções psicossociais presenciais, as intervenções online podem ser classificadas em vários níveis (ou escalões) de acordo com a complexidade, intensidade e especialização que exigem. Com efeito, juntamente com a utilização das TIC, as intervenções escalonadas foram propostas como uma das principais inovações para aumentar a abrangência e o acesso aos tratamentos psicossociais.¹⁰ Os serviços de apoio psicossocial online mais utilizados e consolidados correspondem às quatro etapas de um programa de apoio telemático escalonado:¹¹ **1) Sistema de rastreio e monitorização, 2) Psicopedagogia, 3) Comunidade de apoio psicossocial e 4) Tratamento psico-oncológico ou psicossocial especializado por videochamada.**

Os três primeiros níveis (rastreio e monitorização, psicopedagogia e comunidade de apoio psicossocial online) são as intervenções mais frequentes na literatura e consistem na utilização de fóruns assíncronos de troca de informação, opiniões e apoio, ou na criação de páginas de Internet concebidas para apoiar os doentes de cancro na autogestão da doença, sem a supervisão de profissionais de psico-oncologia.¹²⁻¹³ O objetivo da monitorização, autoajuda e psicopedagogia no âmbito de um tratamento escalonado é primordialmente preventivo e de promoção da saúde, enquanto as comunidades de apoio se centram em facilitar informação validada e apoio emocional básico entre pares. Para terminar, o último nível é o do tratamento psicossocial online aplicado por um especialista, maioritariamente destinado à população oncológica com mal-estar emocional significativo e dificuldades de adaptação moderadas ou graves.¹⁴⁻¹⁵

Até agora foram criados diversos **sistemas digitais de rastreio, monitorização e gestão de sintomas físicos e psicossociais em situações de cancro que demonstraram um controlo adequado, mais rápido e intenso,¹⁶⁻¹⁷ uma melhor comunicação com os profissionais de saúde e a satisfação dos próprios doentes¹⁸⁻¹⁹** (ver anexo 1, Proposta de ecossistema de saúde inovador). Além disso, a maioria dos doentes demonstrou ser capaz de comunicar estes sintomas e informação via Internet, mesmo em fim de vida.²⁰ Da mesma forma, na última década também aumentaram substancialmente os tratamentos psicossociais online em situações de cancro (quarto nível),

demonstrando ser uma alternativa mais económica e acessível do que as intervenções presenciais. Os primeiros ensaios aleatórios realizados em situações de cancro com grupos de terapia por videochamada demonstraram resultados equivalentes ao apoio presencial.²¹

Neste sentido, um aspeto que favorece a implementação de sistemas de apoio telemáticos é o facto de a utilização de tecnologias de informação e comunicação (TIC) estar cada vez mais generalizada e «democratizada». Um dado bastante significativo é o facto de 93,2% das pessoas dos 16 aos 74 anos terem utilizado a Internet nos últimos três meses (um aumento de 2,5 pontos percentuais em relação a 2019).²² Isto pressupõe um total de 32,8 milhões de utilizadores (com um aumento de mais de um milhão em relação a 2019). Em termos de frequência de utilização, 91,3% estabelece ligação pelo menos uma vez por semana, 83,1% diariamente e 81% várias vezes por dia.

No que diz respeito à utilização das TIC por idade, a utilização da Internet nos últimos três meses é praticamente universal (99,8%) nos jovens entre os 16 e os 24 anos. Este número vai diminuindo à medida que a idade aumenta.²² A partir dos 55 anos situa-se nos 89,5% e no grupo dos 65 aos 74 anos baixa para 69,7%. A utilização da Internet aumentou em todas as faixas etárias em comparação com 2019. O maior aumento dá-se na faixa etária dos 65 aos 74 anos, com um aumento de 6,1 pontos percentuais em relação a 2019.

Outro dado relevante é o facto de mais de 15,5 milhões de agregados familiares com pelo menos um membro dos 16 aos 74 anos disporem de acesso à Internet de banda larga fixa e/ou móvel (95,3% do total, face a 91,2% em 2019).²²

Esta digitalização da vida abre novas possibilidades e, ao nível da prestação de serviços de saúde, a transformação online representa uma revolução com resultados promissores, embora ainda poucos se encontrem validados e integrados. Como consequência da pandemia causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 em 2020 e da limitação drástica das condições para realizar intervenções presenciais, todas as instituições sociais e de saúde têm vindo a transformar os seus serviços não só para proporcionar atendimento à distância, mas também para criar ecossistemas de saúde inovadores. Pretende-se criar uma nova e complementar **aliança terapêutica digital entre os cidadãos e os prestadores de cuidados de saúde que garanta o acesso, educação, gestão de sintomas, empoderamento e cuidados de saúde contínuos e sustentáveis.**

As experiências acumuladas durante estes meses de evolução da pandemia indicam que esta nova abordagem, com as suas vantagens e desvantagens, pode ser útil e benéfica no apoio a pessoas em situação de doença avançada, aos seus familiares e aos profissionais que as acompanham. No entanto, **os dados disponíveis indicam que a linha de investigação e implementação de aplicações tecnológicas nos cuidados paliativos está muito menos avançada do que em outras áreas**, como revela a revisão sistemática realizada por Capurro *et al.*,²³ cujo objetivo era avaliar a utilização de

procedimentos de e-Saúde nos cuidados paliativos e as necessidades de informação dos utentes.

Esta revisão centrou-se em estudos maioritariamente observacionais ou quase-experimentais, nos quais foram utilizadas ferramentas de e-Saúde nos cuidados paliativos, mas excluindo métodos síncronos como a chamada telefónica e a videochamada.

As aplicações mais frequentes foram infraestruturas de apoio telefónico (por ex., SMS), utilização de *pen drives* para reduzir a documentação em papel e aplicações virtuais de avaliação. Os sujeitos dos estudos foram principalmente doentes, enfermeiros, cuidadores (família, amigos) e médicos.

Em relação ao primeiro objetivo, sobre a eficácia das intervenções, os resultados revelaram que as **aplicações estudadas foram eficazes na melhoria da qualidade dos cuidados e da comunicação e, ao mesmo tempo, na redução da documentação em papel e dos custos**. Também demonstrou um **elevado nível de satisfação por parte dos utentes**.

No que diz respeito ao segundo objetivo, centrado em avaliar as necessidades de informação dos utentes, **a necessidade que apareceu com maior frequência foi a de informação relacionada com o alívio da dor**. Outras necessidades de informação estavam relacionadas com lidar com outros sintomas e com a expressão de emoções e sentimentos de ligação aos outros.

Capurro *et al.*²³ concluíram que a investigação sobre aplicações de e-Saúde nos cuidados paliativos é bastante escassa e que, apesar de os resultados encontrados serem promissores, é necessário realizar estudos mais rigorosos e utilizando tecnologias mais avançadas (por ex., redes sociais) que poderão trazer benefícios.

Mais uma vez, os autores concluíram que as evidências são limitadas também em relação à exploração das necessidades de informação, embora os dados encontrados indiquem que a informação sobre como lidar com a dor é uma necessidade prioritária para os utentes e que é importante realizar investigação sobre as necessidades de informação tendo em conta todos os envolvidos, incluindo os cuidadores informais, que aparecem sub-representados.

Em 2017, um estudo similar²⁴ concluiu que existe pouca investigação nesta área, e recomendava investigações mais rigorosas para criar provas válidas da eficácia das aplicações de e-Saúde nos cuidados paliativos.

Esta é, sem dúvida, uma vertente a desenvolver no futuro que pode beneficiar todos os agentes envolvidos, sempre com os doentes e os cuidadores no centro das atenções.

4 | JUSTIFICAÇÃO

Embora já existisse experiência e evidência da eficácia e eficiência do apoio telemático e de outras aplicações da tecnologia na prática dos cuidados de saúde, especialmente em programas de assistência em localizações específicas (em zonas rurais, por exemplo), a pandemia provocou uma transformação radical da sua utilização diária e levou a uma adaptação brusca da prática clínica.

Por outro lado, existem iniciativas de apoio telemático que dão resposta a necessidades de carácter psicossocial geral ou específicas para um determinado tipo de doentes (oncológicos, por exemplo), **mas não existem recursos especializados para o apoio psicossocial e espiritual de pessoas com doenças avançadas.**

A situação gerada pela pandemia impôs um cenário em que as equipas do Programa de Apoio Integral a Pessoas com Doenças Avançadas se viram obrigadas a adaptar o seu serviço às exigências da situação, desenvolvendo intervenções telemáticas à medida, que lhes permitiram manter a sua atividade de prestação de cuidados. Na verdade, o apoio não presencial aumentou significativamente durante a primeira vaga, representando 64% da intervenção total realizada, o que resultou numa mudança importante para as equipas.

Face à inexistência de propostas específicas para o apoio paliativo e psicossocial no âmbito das doenças avançadas e tendo em conta que a experiência de apoio telemático adquirida foi, em geral, positiva, com um potencial de utilidade elevado no contexto pós-pandemia, **consideramos plenamente justificada a elaboração de um documento específico, assim como o desenvolvimento de ações de formação de carácter sanitário que garantam e promovam a qualidade da intervenção por meios telemáticos no âmbito do apoio integral a pessoas com doenças avançadas, como uma primeira abordagem que acrescente valor e experiência.**

5 | OBJETIVO

O objetivo do documento «Recomendações para o Apoio Psicossocial e Espiritual Telemático em Situação de Doença Avançada e em Fim de Vida» é **estabelecer os fundamentos de um quadro de ação básico que garanta a qualidade do apoio psicossocial e espiritual telemático a pessoas com doenças avançadas ou em fim de vida.**

Trata-se de uma primeira abordagem da matéria que permitirá continuar a avançar nesta linha de um ponto de vista técnico e clínico.

Neste sentido, o documento tem as seguintes características:

- Foi desenvolvido por profissionais das equipas de apoio psicossocial (EAPS) e por outros especialistas na área, com base nas evidências disponíveis e na experiência acumulada desde o início da pandemia da COVID-19.
- Oferece orientações pragmáticas e viáveis em contextos com recursos limitados.
- Centra-se no apoio a doentes e familiares, incluindo diretrizes para orientar a assistência aos profissionais.
- Inclui uma proposta de avaliação, que será desenvolvida no quadro do Programa.
- Proporciona uma primeira abordagem para criar um modelo e alargar a intervenção psicossocial por meios telemáticos a diferentes contextos.

6 | ASPETOS ÉTICOS, DEONTOLÓGICOS E LEGAIS

Um dos desafios ou principais preocupações na prestação de serviços de saúde à distância é a definição e adaptação dos aspetos legais, deontológicos e éticos. Estes aspetos, juntamente com as considerações clínicas e metodológicas pertinentes, constituem o quadro de ação necessário para levar a cabo as intervenções de forma adequada, eficaz e segura.

Em seguida, é apresentada uma tabela que pretende ser uma referência normativa global que serve de base para as recomendações que constam nos subpontos seguintes. A presente tabela contém a **legislação básica que regula a atividade dos profissionais de psicologia e de serviço social no que respeita ao apoio à distância.**

NORMAS LEGAIS DE REFERÊNCIA SOBRE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE E APOIO PSICOSSOCIAL POR MEIOS TELEMÁTICOS

SUPORTE TECNOLÓGICO	PROTEÇÃO DE DADOS, PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE	ESPAÇO TERAPÊUTICO
<p>Norma ISO 27001. Baseia-se na salvaguarda da confidencialidade, integridade e disponibilidade da informação, bem como dos sistemas utilizados para o seu tratamento. Esta norma é a referência fundamental para implementar um sistema de gestão da segurança da informação e prevenir qualquer risco digital.</p>	<p>Regulamento (UE) 2016/679 – Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). Proteção das pessoas físicas no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.</p> <p>Lei Orgânica 3/2018 relativa aos direitos digitais. Visa garantir os direitos digitais dos cidadãos, em conformidade com o artigo 18.º, n.º 4, da Constituição espanhola: «A lei limitará a utilização dos meios informáticos para garantir a honra e a privacidade pessoal e familiar dos cidadãos e o pleno exercício dos seus direitos.»</p> <p>Lei 9/2014, Geral de Telecomunicações. De forma muito sintética, e entre outros objetivos, defende os interesses dos utentes.</p>	<p>Autorização de centros, serviços e estabelecimentos de saúde. Decreto Real 1277/2003. Ordem SCO/1741/2006. Estabelece as bases gerais sobre autorização de centros, serviços e estabelecimentos de saúde.</p> <p>Lei 33/2011, Geral de Saúde Pública, disposição adicional sétima. Confere ao psicólogo geral o estatuto de profissional de saúde e estabelece as suas competências profissionais.</p>
PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA	PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL	
<p>Código Deontológico, «Colegio Oficial de Psicólogos de España»: código ético que regula a conduta profissional no exercício da psicologia em qualquer uma das suas modalidades. Especialmente importantes os artigos 17.º e 25.º.</p> <p>Lei 41/2002, de 14 de novembro, relativa à autonomia do doente e às normas deontológicas e éticas de saúde.</p> <p>Especialidade de Psicologia Clínica. Decreto Real 2490/1998, de 20 de novembro, que cria e regula o título oficial de Psicólogo Especialista em Psicologia Clínica.</p>	<p>Código Deontológico, «Consejo General del Trabajo Social»: código ético que regula a conduta profissional no exercício do serviço social.</p> <p>Serviço social em cuidados paliativos. Monografias da SECPAL (Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos): guia de intervenção social na área dos cuidados paliativos.</p>	

CUIDADOS PALIATIVOS

Certificação e legislação na área:

Certificado nacional de Psicólogo especialista em Psico-oncologia e Psicologia em cuidados paliativos.
«Consejo General de Psicología de España».

Lei 4/2017, de 9 de março, relativa aos Direitos e Garantias das Pessoas em Fim de Vida (artigo 13.º).

No que diz respeito à tomada de decisão sobre o formato da terapia, há que ter em conta que o profissional de saúde adequará e limitará, consoante o caso, o esforço terapêutico em função da situação do doente, evitando a adoção ou manutenção de intervenções e medidas que careçam de utilidade clínica, ficando essas ações registadas na história clínica.

Lei 41/2002, relativa à autonomia do doente: é possível encontrar informação relacionada com a comunicação da informação, a finalidade e a natureza de cada intervenção, e os seus riscos e consequências. Todos estes aspetos devem ser especificados se a intervenção passar para um formato online.

Para mais informação sobre a prestação segura de serviços de Psicologia mediados por tecnologias de informação e comunicação em Portugal, recomendamos a leitura do documento publicado, em Março de 2020, pela Ordem dos Psicólogos Portugueses - "[Intervenção Psicológica à Distância Durante a Pandemia COVID-19](#)".

6 | 1 ASPETOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS

Devem ser aplicados os mesmos princípios da intervenção presencial centrada em garantir a boa prática no apoio psicossocial e espiritual no fim de vida.

É fundamental ter em conta que **a tecnologia é uma ferramenta ao serviço do apoio prestado**, pelo que em nenhum caso deve constituir uma dificuldade ou obstáculo para o mesmo, sendo sempre necessário estabelecer alternativas para garantir o apoio nos casos em que a falta de recursos tecnológicos ou de competência na utilização dos mesmos impossibilite a sua utilização.

6 | 2 CONSIDERAÇÕES LEGAIS

A responsabilidade legal que o profissional assume a nível telemático é inclusivamente maior que a do apoio presencial, podendo expor-se a mais riscos ou levar a cabo ações inadequadas.

Por outro lado, o apoio telemático deve ser integrado na atividade de uma organização e respeitar os critérios e recomendações gerais e específicos que lhe são aplicáveis.

Os principais aspetos a ter em conta na prestação de cuidados por meios telemáticos são:

- A responsabilidade incorrida ao efetuar diagnósticos ou tratamentos baseados em informação insuficiente ou não validada.

- Qualquer comunicação assíncrona por meio de texto ou voz (e-mail, gravações, etc.) pode ser utilizada para fins diferentes dos previstos e pode constituir um risco para qualquer pessoa envolvida no ato comunicativo/terapêutico: doentes, familiares ou profissionais.
- O risco de acesso a informação confidencial por parte de pessoas não autorizadas (familiares, outros profissionais, etc.).

6 | 3 PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE

Tendo em conta que cabe ao profissional criar um ambiente adequado para a sessão, é necessário assegurar a adoção de medidas adicionais às habitualmente adotadas no apoio presencial. Estas são necessárias para **preservar a privacidade do apoio e a confidencialidade dos dados quando as intervenções são feitas por meios telemáticos.**

PRIVACIDADE

- Dispor de um **espaço que garanta a privacidade** (auditiva e visual) do doente, dos familiares e do profissional, um sítio ao qual outras pessoas não possam aceder. Recomenda-se a utilização de auscultadores para reforçar a privacidade.
- **Evitar a utilização de computadores públicos ou partilhados.**
- **Proteger o dispositivo utilizado para o apoio telemático contra o acesso** por outras pessoas: às contas de e-mail e aos programas.
- Utilizar **contas de e-mail profissionais, não pessoais.** Recomenda-se a utilização de uma conta exclusiva para a intervenção psicossocial e espiritual. Além disso, recomenda-se a utilização de referências pouco concretas no «Assunto» dos e-mails trocados com os doentes, para dissuadir outras pessoas da sua leitura. Os e-mails que contenham informação clínica devem ser devidamente arquivados e protegidos pelos profissionais.
- Utilizar **palavras-passe pessoais seguras.**
- **Não partilhar contas de e-mail ou programas** para a terapia online com outras pessoas do seu círculo.
- **Apagar ou proteger todos os ficheiros que possam ter sido** gerados após terminar uma sessão.
- **Fechar os programas** utilizados para a terapia online após a sua utilização e, para evitar possíveis esquecimentos, implementar mecanismos de fecho automático do programa após um determinado período de inatividade.

Estas recomendações devem ser transmitidas aos doentes, garantindo que as compreendem.

CONFIDENCIALIDADE

- Utilizar **aplicações de videochamada que ofereçam garantias de confidencialidade e segurança adequadas**, de preferência validadas pelas ordens profissionais.
- **Conhecer e informar-se sobre eventuais riscos de quebra de confidencialidade dos dados** antes de utilizar as tecnologias como ferramenta terapêutica.
- **Confirmar na primeira sessão presencial e/ou por videochamada os dados de identificação do doente ou dos seus familiares** e registá-los na história clínica/do apoio.
- **Informar sobre as características do processo terapêutico**, explicando as particularidades do apoio telemático e as diferenças em relação ao presencial.
- **Informar sobre a política de comunicação** relativa a chamadas, e-mails e outras utilizações, bem como dos tempos de resposta acordados.
- **Monitorizar e garantir a segurança dos dispositivos** utilizados para fins de apoio: eliminar as cópias automáticas na nuvem, encriptar ficheiros clínicos, proteger com antivírus e utilizar palavras-passe seguras nos dispositivos e nas aplicações de apoio telemático.

Todos estes aspetos devem ser incluídos no consentimento informado, quando o doente o possa prestar.²⁵ Este consentimento pode ser solicitado verbalmente (e ficar registado na história clínica) ou por escrito.

6 | 4 GRAVAÇÃO

Algumas das plataformas utilizadas para realizar sessões terapêuticas por videochamada não permitem a sua gravação, embora esta funcionalidade seja cada vez mais generalizada. **Caso se considere necessário gravar a intervenção, deve-se solicitar o consentimento explícito do interlocutor antes de iniciar a sessão (verbalmente quando se inicia a gravação ou por escrito).**

A gravação das sessões terapêuticas deve estar plenamente justificada, deve-se explicar sempre de forma totalmente explícita ao recetor os motivos da gravação e a utilização que será dada à mesma, bem como as limitações dessa utilização. A gravação também terá de ser aceite de forma explícita e ser documentada através do consentimento informado.

Informar a pessoa que recebe o apoio e obter o seu consentimento, caso o profissional pretenda guardar transcrições de conversas, gravações, mensagens de chat ou e-mails.

6 | 5 REGISTO E ARMAZENAMENTO DE INFORMAÇÃO

A informação a registar e armazenar tem de ser a que se regista e se guarda numa intervenção presencial, neste caso, armazenada num local seguro e acessível para os profissionais que dela necessitem.

Adicionalmente, deve-se dispor de outros dados pessoais do doente, concretamente, a sua morada e, pelo menos, um contacto do seu círculo para evitar situações de risco e crise a nível domiciliário. É importante manter estes dados atualizados.

Além disso, devem ser criadas cópias semanais de backup e recuperação das histórias clínicas ou outra informação clínica. As cópias devem ser codificadas ou encriptadas e arquivadas numa área externa e segura, sem ligação à Internet.

6 | 6 CONSENTIMENTO INFORMADO

O consentimento informado para o apoio telemático deve incluir de forma explícita a informação relativa à intervenção e a confirmação do seu conhecimento por parte da pessoa que irá receber o apoio, bem como a aceitação de todas as medidas adicionais às especificadas nas intervenções presenciais.

O consentimento informado deve incluir:

- O tipo de tecnologia e meios de comunicação que vão ser utilizados.
- A informação sobre as medidas que serão tomadas para salvaguardar a confidencialidade: encriptação de ficheiros, cópias de segurança de histórias clínicas, medidas de privacidade no espaço físico e tecnológico, plataformas que cumpram os requisitos, etc.

Além disso, deve-se pedir o consentimento expresso à pessoa nas situações em que seja necessário entrar em contacto com o seu círculo (com familiares, por exemplo) ou com outros profissionais com os quais se preveja partilhar informação reservada. Ao contactar essas pessoas, é necessário garantir que não são encaminhadas mensagens que o doente tenha escrito anteriormente.

7 | ÂMBITO DE APLICAÇÃO: POPULAÇÃO-ALVO

O *modelo integral dos cuidados paliativos* tem por objetivo proporcionar o bem-estar e aliviar o sofrimento de todas as pessoas envolvidas na situação paliativa: o doente com doença avançada (principal protagonista) e os seus familiares e círculo cuidador, em especial, o cuidador principal e os membros da equipa de profissionais de saúde.²⁶

A população-alvo que pode beneficiar do apoio telemático é constituída por todas as pessoas que necessitam de apoio psicossocial e/ou espiritual num contexto de doença avançada, crónica ou de fim de vida, atendidas pelas equipas recetoras (ER) do Programa ou por outros profissionais de saúde/de serviço social.

Concretamente, beneficiarão do apoio telemático nesta área:

DOENTES com doença oncológica e não oncológica, que tenham doença **crónica complexa, doença crónica avançada ou que estejam em situação de fim de vida**, com acesso a e competências em ambientes virtuais ou com familiar próximo que os possua.

OS SEUS FAMILIARES E PESSOAS PRÓXIMAS, durante o processo da doença e após o falecimento.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE pertencentes a uma das equipas recetoras ou serviços relacionados com o apoio paliativo que aceitem de forma explícita receber apoio do Programa e, se possível, em colaboração com os responsáveis de saúde e/ou prevenção das instituições recetoras.

PESSOAS VOLUNTÁRIAS envolvidas no apoio.

8 | TIPOS DE INTERVENÇÃO

A comunicação é a principal ferramenta de trabalho da EAPS e está na base da relação terapêutica. Esta comunicação engloba os elementos de expressão verbal e corporal produzidos tradicionalmente no contexto de um encontro presencial entre terapeuta e doente.

Suportada pelos avanços sociais e tecnológicos, e promovida pelas atuais circunstâncias de pandemia, a intervenção terapêutica por meios telemáticos transforma a comunicação e a relação de apoio habituais, limitando alguns aspetos destas, mas também oferecendo outras possibilidades.

O tipo de intervenção é condicionado e definido pelos seguintes fatores:

QUEM REALIZA A INTERVENÇÃO/ACOMPANHAMENTO: pode ser um profissional da EAPS no contexto da sua intervenção terapêutica ou um voluntário que acompanhe o caso.

METODOLOGIA: a intervenção pode ser individual ou em grupo, segundo as necessidades.

TIPO DE SESSÃO/INTERAÇÃO: telefónica ou videochamada, ou em diferido através de e-mail ou chat, uma vez que o estilo de comunicação e de relação varia consoante a modalidade.

LOCALIZAÇÃO DO DOENTE:

Hospital: a intervenção por meios telemáticos é viável durante os internamentos hospitalares, desde que o doente ou os seus familiares contem com os meios tecnológicos necessários.



Domicílio: o apoio telemático ao doente/família no seu domicílio é viável desde que se conte com os meios tecnológicos necessários.

Lar: especialmente útil em situações de limitação de acesso devido à COVID-19.

CONTEXTO: é importante identificar se se trata de uma intervenção em crise, em comparação com a intervenção em circunstâncias habituais. Também é útil fazer a distinção entre sessões programadas e não programadas.

8 | 1 POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DOS DIFERENTES TIPOS DE INTERVENÇÃO POR MEIOS TELEMÁTICOS²⁷

	POTENCIALIDADES	LIMITAÇÕES
VIDEOCHAMADA 	<p>É a via de comunicação alternativa mais próxima das intervenções presenciais.</p> <p>Permite distinguir aspetos da comunicação não verbal (ver as expressões faciais, a postura, etc.) e identificar o ambiente em que o doente se encontra.</p> <p>É de acesso e utilização fácil.</p> <p>Permite gravar as sessões para análise.</p>	<p>Acesso limitado ao contexto terapêutico: o profissional só vê o que se encontra no campo de visão da câmara, dispondo de informação audiovisual periférica. Não permite detetar odores ou outros sinais potencialmente relevantes relacionados com a comunicação não verbal.</p> <p>Requer locais com boa cobertura de Internet (no mínimo, 1 MB/300 kb), não disponível em algumas localidades.</p> <p>Pode provocar quebras de confidencialidade.</p> <p>Requer acessórios (câmara, microfone, auscultadores).</p>
TELEFONE 	<p>É o meio de comunicação mais generalizado e acessível.</p> <p>Permite distinguir aspetos da comunicação paraverbal (tom de voz, pausas, silêncios, exclamações, etc.).</p> <p>Permite gravar as sessões para análise.</p>	<p>Acesso limitado ao contexto terapêutico: o profissional só consegue ouvir. Não permite detetar gestos, odores ou outros sinais potencialmente relevantes na comunicação não verbal.</p> <p>Limitações técnicas que podem implicar interrupções na comunicação (som) e que requerem locais com boa cobertura, não disponível em algumas localidades.</p> <p>Pode provocar quebras de confidencialidade.</p>

	POTENCIALIDADES	LIMITAÇÕES
E-MAIL 	<p>É rápido, acessível e pode ser utilizado em vários dispositivos.</p> <p>Permite expressar de forma escrita determinados elementos clínicos relevantes (maior detalhe e precisão).</p> <p>Permite anexar ficheiros (questionários, material psicopedagógico, etc.)</p>	<p>Informação semântica reduzida à expressão escrita. Não permite confirmar a informação com os elementos não verbais da comunicação: a expressão facial ou a postura.</p> <p>Não garante a receção e troca imediatas das mensagens. Não é útil em casos graves ou crises.</p> <p>A comunicação depende da competência na leitura e na escrita, e a extensão e precisão da mensagem podem variar bastante.</p> <p>Possíveis problemas de confidencialidade (os e-mails podem ser reencaminhados, abertos em diferentes dispositivos, etc.).</p>
CHAT 	<p>Acessível para pessoas de várias idades.</p> <p>Pode ser instalado em dispositivos móveis individuais (telemóveis, tablets, relógios, etc.).</p> <p>Garante a receção e troca imediatas das mensagens.</p>	<p>Nem todas as aplicações estão disponíveis em todos os sistemas operativos.</p> <p>Informação semântica reduzida à expressão escrita e muito limitada pelas características deste tipo de comunicação. Não permite confirmar a informação com os elementos não verbais da comunicação: a expressão facial ou a postura.</p> <p>A comunicação depende da competência na leitura e na escrita, e a extensão e precisão da mensagem podem variar bastante.</p> <p>Possíveis problemas de confidencialidade (as mensagens podem ser reencaminhadas, abertas em diferentes dispositivos, etc.).</p>

9 | MÉTODO DE ATUAÇÃO

9 | 1 ASPETOS GERAIS

Os dados disponíveis demonstram que as consultas por videochamada em cuidados paliativos domiciliários especializados melhoram a cooperação dos profissionais de saúde e envolvem os doentes e os seus familiares na prática clínica. Além disso, *a utilização de um dispositivo tecnológico não é vista como uma barreira nos cuidados paliativos domiciliários especializados.*²⁸ No entanto, conforme referido anteriormente, os resultados de recentes revisões sistemáticas que avaliam a evidência científica da telemedicina multidisciplinar nos cuidados paliativos permitem concluir que *o grau de apoio empírico ainda é limitado.*

Apesar disso, são assinalados importantes benefícios decorrentes da sua aplicação, entre os quais se destacam: ²⁹

Melhoria da eficiência.

Maior qualidade do apoio e da comunicação.

Aumento do contacto entre doentes e profissionais de saúde quando estes informam sobre a dor.

Maior apoio e informação para os cuidadores relativamente à prestação dos cuidados.

Melhoria da acessibilidade e abrangência.

Conforme referido no ponto anterior, na medida do possível, o mais indicado seria fazer uma primeira visita presencial, uma vez que esta permite aceder a um tipo de informação e de vínculo que poderia ser mais difícil de estabelecer de forma telemática.

De qualquer modo existem dados que demonstram que a intervenção por meios telemáticos permite estabelecer uma aliança terapêutica adequada.³⁰⁻³¹⁻³²

É possível criar um ambiente caloroso e empático à distância. As recomendações gerais a ter em conta na criação de um **vínculo terapêutico adequado** nas intervenções por meios telemáticos são:

Eliminar as dificuldades tecnológicas, como as interrupções ou cortes de comunicação, uma vez que afetam a interação terapêutica. Ter um plano acordado para situações em que ocorram interrupções na ligação, a fim de poder encerrar adequadamente o processo terapêutico iniciado.

Dotar os doentes e seus familiares de uma sensação de controlo e conforto num meio provavelmente novo. Recomenda-se informar devidamente sobre a utilização da plataforma ou ferramenta a empregar, para que esta mudança de contexto de intervenção não seja um fator de stress adicional.

Incitar para que falem abertamente sobre como sentem a relação terapêutica no apoio telemático. Dadas as limitações deste tipo de apoio no que diz respeito à perda da informação veiculada pela comunicação não verbal que o apoio presencial proporciona, deverá incluir-se praticamente no início da intervenção o seguinte comentário: «Maria, se em qualquer momento alguma das minhas perguntas ou comentários lhe causarem mal-estar ou se simplesmente preferir não falar sobre o assunto, é importante que me diga, e passaremos a outra questão sem qualquer problema.»

Solicitar feedback aos utentes com mais frequência do que nas intervenções presenciais, para ter a certeza de que a informação está a ser compreendida e de que as regras estão a ser seguidas de forma adequada. Para isso, uma fórmula que ajuda bastante na nossa interação com o recetor é intercalar na conversa a seguinte pergunta: «Parece-lhe bem continuarmos a falar sobre isto?» «O que acha, o que sente acerca disto?»

Não ignorar as reações emocionais dos utentes e expressar a nossa própria reação e apoio de forma verbal e explícita. Utilizar palavras ou recursos que façam referência às emoções (próprias ou da pessoa), que expressem estados ou sentimentos: «Consigo perceber que quando falamos da sua irmã, a sua voz falha. Acredito que esteja a sofrer muito neste momento...»



No que diz respeito ao **espaço e à disposição do ambiente em que se realiza o apoio telemático**, deve procurar-se obter:

- Uma imagem ampla da cara e do tronco.
- Um ângulo adequado que permita ver os olhos.
- Um fundo adequado, neutro e sem distrações ou elementos pessoais.
- Visibilidade de elementos corporais relevantes: mãos, braços, postura.
- Iluminação frontal e natural de forma a perceber gestos e expressões faciais.
- Recomenda-se a utilização de auriculares para que a qualidade do som seja adequada e para garantir a privacidade.

No que diz respeito aos **meios tecnológicos**, recomenda-se:

- Dispor de um computador de secretária, tablet ou smartphone, para além de software e sistemas de proteção atualizados.
- Ter uma ligação à Internet de banda larga suficientemente rápida e estável. Sempre que possível, deve ser utilizada uma ligação por cabo para evitar interrupções de Wi-Fi e aumentar a segurança da comunicação. A ligação Wi-Fi deve ser privada e a qualidade da mesma deve ser sempre testada antes de uma intervenção.
- Recomenda-se dispor de um telefone, para o caso de a comunicação por videochamada ser interrompida, e não ter outras aplicações abertas que possam interferir na comunicação ou na velocidade da ligação à Internet.
- Os dispositivos devem ter o software antivírus atualizado e incluir restrições de utilização por pessoas alheias à intervenção psicossocial.

9 | 2 SITUAÇÕES COMPLEXAS DE DOENÇA AVANÇADA E FIM DE VIDA

Partindo do conhecimento das situações específicas mais prevalentes no âmbito do apoio à doença avançada e fim de vida, é necessário estabelecer critérios que permitam tomar decisões sobre a prescrição dos diferentes tipos de intervenção, considerando as situações de especial complexidade e os resultados clínicos previstos em cada caso.

SITUAÇÕES PREVALENTES NO APOIO À DOENÇA AVANÇADA E FIM DE VIDA³³

1 | DOENTES

Mal-estar psicológico

- Sofrimento emocional face à experiência de padecer de uma doença avançada: tristeza, desmoralização, desânimo e depressão
- Ansiedade
- Medo
- Bloqueio emocional
- Sentimento de culpa
- Agressividade
- Negação emocional não adaptativa
- Dissociação
- Pouco apoio social e/ou familiar percebido

Dificuldade na informação e comunicação

- Negação
- Pacto de silêncio



2 | FAMILIARES E CÍRCULO AFETIVO

Mal-estar psicológico associado ao processo de doença

Alterações nas ligações afetivas: distanciamento, relações ambivalentes ou de dependência

Comunicação em assuntos difíceis ou dolorosos

Bloqueio de informação e/ou conspiração de silêncio

Claudicação ou esgotamento emocional

Conciliação de papéis

Assuntos pendentes

Luto



3 | PROFISSIONAIS

Impacto emocional identificável

Síndrome de *burnout*

Fadiga por compaixão

Conflito ético

Consultas técnicas



No caso do apoio a profissionais, deve excluir-se de forma explícita a abordagem de questões de trabalho, organização ou de recursos, pois são assuntos que devem ser abordados noutras instâncias.

SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE³⁴

DOENTES

- Que exprimem o desejo de antecipar a morte (DAM).
- Que apresentam perda do sentido da vida, sofrimento existencial e/ou espiritual graves.
- Transtornos cognitivos ou de comportamento.
- Ideações suicidas.
- Presença de psicopatologia grave (por ex., transtorno psicótico e depressão grave, entre outros).

FAMÍLIA E CÍRCULO SOCIAL

- Ausência ou insuficiência de apoio, recursos económicos e/ou cuidadores.
- Presença de membros vulneráveis (crianças, adolescentes, pessoas com deficiência, pessoas idosas).

SITUAÇÕES POSSÍVEIS QUE PODEM AUMENTAR A DIFICULDADE

- Pessoas com barreiras linguísticas, que exijam um mediador para as intervenções, ou com dificuldades evidentes na comunicação (por ex., doenças otorrinolaringológicas (ORL) ou que afetem o sistema nervoso central (SNC), entre outras).
- Entrevistas familiares que exijam que mais de uma pessoa leve a cabo o ato comunicativo.

9 | 3 CRITÉRIOS PARA PRESCREVER O APOIO PSICOSSOCIAL TELEMÁTICO

Parte-se do princípio de que **o apoio presencial é preferível ao telemático, sempre que seja possível**. O encontro presencial com outras pessoas é uma necessidade básica do ser humano que apenas pode ser parcialmente suprida com a tecnologia. A relação presencial proporciona uma maior riqueza de comunicação e proximidade humana, que favorecem o processo de cura.

De qualquer modo, **o apoio telemático pode complementar o presencial, com resultados positivos a nível terapêutico e de satisfação**.

Em seguida, são apresentadas as situações em que **estaria indicada uma intervenção por meios telemáticos**:

Quando o profissional não pode prestar apoio presencial devido a **restrições de mobilidade e/ou de contacto social**.

Quando **o utente e o profissional acordam em dar prioridade ao apoio telemático** por motivos de organização, frequência das visitas, situação de confinamento em consequência da pandemia da COVID-19, receio de contágio, preferência por este tipo de intervenção, etc.

Em **doentes em situação crónica num estabelecimento** com limitação de acesso.

Quando se referencia um caso com **prognóstico de vida limitado** e a possibilidade de realizar uma sessão presencial é pouco provável.

No caso de **processos terapêuticos prolongados** em que a combinação de apoio presencial e telemático pode ser benéfica.

Para a realização de chamadas de **condolências** e/ou sugestão de **acompanhamento no luto** em casos de maior risco de luto patológico.

Em **situações de resistência à terapia ou dificuldade em aderir**, nas quais uma chamada pode ajudar a identificar as dificuldades e desbloquear a participação na sessão presencial.

Quando se está a preparar a **alta de um doente** (por ex., de acompanhamento no luto) e se prolonga o tempo entre sessões presenciais, que podem ser intercaladas com sessões telemáticas.

Quando aparecem **situações urgentes que causam um grande mal-estar emocional**. Podem ser individuais ou afetar a sociedade em geral (por ex., a pandemia da COVID-19)).

A **intervenção por meios telemáticos em grupo** é especialmente indicada **para grupos de familiares em luto, profissionais e voluntários**. Se houver mais de uma pessoa na ligação, é importante que cada uma tenha a sua própria câmara; caso contrário, o terapeuta não percebe tudo o que se está a passar e a intervenção pode ser afetada.

As sessões telemáticas são consideradas especialmente úteis quando o apoio é prestado em zonas remotas ou longe da sede da EAPS ou em locais onde o psicólogo acode com menos frequência (semanalmente ou a pedido). A implementação deste tipo de apoio permite aumentar **a eficiência e frequência do apoio e melhora a abrangência oferecida pela EAPS**.

9 | 4 CRITÉRIOS PARA NÃO PRESCREVER O APOIO PSICOSSOCIAL TELEMÁTICO

Por outro lado, existem várias situações em que **este tipo de apoio está contraindicado**:

No caso de **pessoas com déficit cognitivo grave** que impeça uma comunicação eficaz.

Quando a pessoa deixa de conseguir comunicar por meios telemáticos devido à **evolução da doença**.

Quando surgem **dificuldades significativas de audição ou na fala** que impedem uma comunicação eficaz (por ex., doentes com disfasia por comprometimento do SNC e doentes de ORL que, após intervenção médica, apresentem dificuldades na fala por afetação do órgão em questão).

Perante o surgimento de **emoções disfóricas ou muito intensas em situações especialmente vulneráveis** (por ex., solidão, transtorno psicopatológico, etc.) devido à dificuldade do tratamento à distância.

Quando a pessoa que a recebe **não aceita a intervenção por meios telemáticos**.

Quando se trata de uma situação de **crise aguda** ou quando existem pensamentos suicidas ou homicidas.

Quando não existe um vínculo terapêutico prévio. Nos casos em que a intervenção por meios telemáticos seja utilizada na primeira visita por razões logísticas ou de outro tipo, é aconselhável agendar uma visita presencial para consolidar o vínculo.

Quando se verifica uma **necessidade importante de apoio presencial** devido ao peso da comunicação não verbal na relação terapêutica (por ex., maiores silêncios, necessidade de tato, etc.).

No caso de **pessoas infoexcluídas**: verificam-se problemas técnicos nas telecomunicações (por ex., não dispõem de uma boa ligação) ou a pessoa não tem competências para utilizar a tecnologia.

Quando **não existe um local que garanta a privacidade**.

Quando **não se consegue uma boa adesão terapêutica**.

No caso de **pessoas que apresentam dependência funcional** e que não dispõem do apoio necessário para utilizar um dispositivo.

No caso de **pessoas com barreiras linguísticas** que impeçam uma comunicação eficaz e quando não existe a possibilidade de integrar um serviço de interpretação/ mediação cultural.

9 | 5 RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS CONSOANTE AS FASES DA INTERVENÇÃO E OS DESTINATÁRIOS

1 | CONSOANTE AS FASES

ANTES DA PRIMEIRA VISITA

- Estabelecer um primeiro contacto com o profissional que referencia. Conhecer não só o motivo da referência e o estado do doente, mas também o seu perfil para avaliar a sua adequação a uma intervenção por meios telemáticos.
- Contactar o doente para fazer uma pré-avaliação ou triagem e saber se a intervenção à distância é uma opção adequada. Indicar também os elementos básicos necessários para que a sessão à distância se possa realizar (referidos no ponto 9.1, que aborda o espaço e a disposição do ambiente em que se realiza o apoio, e os meios tecnológicos).
- Em alguns casos, o doente ou o familiar pode encontrar-se numa situação de crise ou emergência que nem sempre é fácil de prever. Recomenda-se a elaboração de um plano para enfrentar situações de crise e ideação suicida, um documento de contrato terapêutico e um plano de segurança.

PRIMEIRA VISITA

- Sempre que possível, deve ser presencial.
- Obter o consentimento informado verbalmente e registá-lo na história clínica.
- Fazer a análise do estado do doente, com uma avaliação integral da gravidade, condições do ambiente e competências tecnológicas. Com base nessa avaliação será escolhida e acordada a modalidade e a frequência das sessões.
- Colocar a tónica no desenvolvimento de uma aliança terapêutica.

VISITAS DE SEGUIMENTO

- Planificar a intervenção: avaliar quais dos procedimentos necessários são compatíveis com o formato telemático e quais não o são (por ex., caso se preveja realizar um exercício experimental, uma intervenção em que a presença física seja importante devido ao conteúdo ou carga emocional, que exija a prática de aspetos não verbais que se possam perder no formato online, etc.) e antecipar as adaptações pertinentes ou as sessões que exijam presença física.
- Garantir uma comunicação eficaz: recolha de feedback e suporte da comunicação online com outros formatos, como o escrito, quando se pretenda registar aspetos importantes.
- Avaliar a evolução sessão a sessão: O apoio é suficiente e adequado? A modalidade de intervenção está a afetar a eficácia da terapia ou dos cuidados?



2 | CONSOANTE OS DESTINATÁRIOS

Em seguida, apresentam-se algumas recomendações sobre o tipo de intervenção para a adaptação do apoio psicossocial à situação de doença avançada e de vulnerabilidade em que o doente e/os seus familiares e os profissionais de saúde de cuidados paliativos se encontram.

APOIO A DOENTES

Deve dar-se prioridade ao apoio presencial sempre que este seja possível e sobretudo no início da intervenção ou em fases ou etapas da doença que afetem significativamente o doente.

- Recomenda-se beneficiar da possibilidade de apoio semipresencial, integrando sessões online (videochamada) adicionais às sessões programadas, sem as substituir, mas sim melhorando a qualidade do apoio ao fazer seguimentos mais frequentes e aumentando o contacto entre o profissional e o doente nos momentos críticos.

APOIO A FAMILIARES

Aplicam-se as mesmas recomendações dadas para o apoio a doentes, tendo em conta os seguintes aspetos:

- Uma vez que existe a possibilidade de vários familiares partilharem o espaço físico, é fundamental garantir o respeito pela privacidade e intimidade das pessoas.
- É necessário ter extremo cuidado com a possibilidade de alguém gravar e utilizar a informação da sessão como prova em situações de conflitos pessoais ou processos judiciais.
- Se forem realizadas intervenções com duas pessoas ou em grupo, o profissional de apoio psicossocial pode perder algum controlo da comunicação. Por isso, é importante controlar o tempo de uso da palavra, evitar as interrupções e sobreposições, eliminar as interações aversivas e gerir conflitos que surjam no momento.

APOIO A PROFISSIONAIS

As intervenções não diferem substancialmente das empregues no apoio a doentes. No entanto, destacam-se os seguintes aspetos:

- É possível que todas as sessões se possam programar online por videochamada, desde que as tecnologias sejam utilizadas de forma adequada e se avalie a pertinência em função da situação clínica e do impacto emocional.
- Pode ser recomendável realizar as sessões num ambiente diferente do hospital, para garantir a privacidade e a associação desse momento de intervenção a um ambiente sem stresse.

- Recomenda-se avaliar as repercussões legais/laborais da intervenção, esclarecendo bem os seus objetivos, limitações e âmbitos (por ex., situações de stresse no trabalho atribuídas a falta de recursos ou de apoio institucional). Para evitar incorrer em ações não conformes com a política e a estrutura de saúde profissional das organizações recetoras, é necessário ter em conta a Lei 31/95 relativa à Prevenção de Riscos Profissionais, que obriga as organizações a realizar avaliações dos riscos profissionais e a estabelecer medidas de prevenção e assistência coerentes com os resultados.



Conforme anteriormente referido, é importante reiterar que para a prática psicoterapêutica online, os profissionais de psicologia e serviço social devem conhecer as normas,^{35,36} os aspetos deontológicos,^{37,38} e éticos, ou seja, estar familiarizados com as medidas que se devem adotar para a proteção dos dados, da privacidade e da confidencialidade, bem como sobre como lidar com uma situação inesperada de crise ou inclusivamente desaconselhar o formato online.

Por último, cabe referir que o profissional que presta o apoio também tem de conhecer as suas preferências, limitações, competências e condições ideais para levar a cabo uma intervenção psicossocial-espiritual online e adaptar-se (por ex., solicitando supervisão ou formação) ou decidir não o fazer, consoante a sua situação e na medida que o serviço o permita.

10 | REGISTO E AVALIAÇÃO

CONSIDERAÇÕES GERAIS

REGISTO

- As sessões de apoio telemático devem ter por base documentação semelhante à utilizada na intervenção presencial, com a metodologia habitual para o serviço.
- Deve-se contar com os requisitos adicionais de privacidade, confidencialidade e registo, tendo em conta que esta informação deve estar acessível para os membros da equipa interdisciplinar que dela necessitem.

AVALIAÇÃO

- A avaliação dos resultados da prestação de cuidados (eficácia, satisfação, perceção da qualidade do apoio recebido, etc.) por meios telemáticos não difere da relativa à prestação de cuidados presencial.
- É possível adicionar a avaliação mais específica da metodologia de intervenção.

A NÍVEL DO PROGRAMA

O Programa de Apoio Integral a Pessoas com Doenças Avançadas disponibiliza uma plataforma de registo bastante completa que permite recolher a informação relevante sobre os cuidados e fazer uma avaliação sistemática.

A análise do impacto da intervenção psicossocial por meios telemáticos pode ser feita em termos quantitativos e qualitativos. Dado o carácter inovador da proposta, será levada a cabo uma avaliação sistemática na fase inicial que permita evidenciar resultados.

A estratégia de avaliação baseia-se na combinação de vários métodos e ações. Há que destacar os seguintes:

- **Estudo prospetivo quase-experimental pré-pós:** avaliação sequencial por parte dos profissionais de vários parâmetros clínicos através de escalas validadas (sintomas, Avaliação de Necessidades Psicossociais e Espirituais (ENPE), Detecção de Mal-estar Emocional (DME), etc.) em doentes e familiares.
- **Estudo dos resultados de eficácia e satisfação:** impacto na melhoria da qualidade de vida, realizado com uma entrevista semiestruturada. Nesta entrevista, é possível explorar

especificamente o nível de aceitação e viabilidade, e identificar áreas de melhoria do apoio telemático, independentemente da sua eficácia na melhoria da qualidade de vida.

— Esta avaliação deve ser alargada aos profissionais (viabilidade, nível de aceitação, áreas de melhoria, etc.). Também se podem explorar necessidades dos profissionais de carácter metodológico, formativo ou tecnológico, previamente ou durante a implementação.

Além disso, do ponto de vista quantitativo, deve ser avaliado o volume de intervenções realizadas através de meios telemáticos (telefone e videochamada), tanto para as EAPS de forma individual como na totalidade do Programa. Deve identificar-se o perfil do doente e a atividade (número e tipo de ações), através da análise da história clínica dos doentes, que permite classificar a intervenção como presencial, telefónica ou por videochamada.

Figura 1. Registo de ação no caso de um doente:

Dados atuação

Data atuação: *
02/03/2021 Registro incompleto

Tipo atuação: *
Seguimento

Subtipo atuação: *
Presencial
Chamada
Video chamada
Gestão

Equipa recetora:

Registrar rastreamento Aceitar Cancelar

A avaliação da eficácia do apoio psicossocial e espiritual telemático visa identificar os seus benefícios e áreas de melhoria, com o objetivo de estabelecer bases sólidas a nível terapêutico e consolidar esta modalidade de apoio.

11 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Cuidados paliativos* [internet]. Centro de prensa: nota descriptiva. 20 agosto 2020 [consultado 25 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. Melo, M. D. C. B. D., Silva, K. B. G., Castanheira, R. S., Aquino, A. R. D. & Souza, C. D. "Conceptualización de la esfera de la telesalud". En Dos Santos, A.D.F. & Fernández. A. (ed.). *Desarrollo de la telesalud en América Latina: aspectos conceptuales y estado actual*. Santiago: CEPAL, 2013, p. 141-151. LC/L. 3670.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina* (editado por David Novillo-Ortiz). Washington D. C.: OPS / OMS, 2016, p. 12.
4. American Psychological Association (APA). "Guidelines for the practice of telepsychology". *American Psychologist*, 2013, 68(9):791-800, doi: 10.1037/a0035001.
5. Bordin, E.S. "The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance". *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1979, 16(3):252-260.
6. González-Peña, P., Torres, R., Barrio, V. D. & Olmedo, M. "Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades". *Clínica y Salud*, 2017, 28(2):81-91, doi: 10.1016/j.clysa.2017.01.001.
7. Knaevelsrud, C. & Maercker, A. "Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial". *BMC Psychiatry*, 2007, 7(13), doi: 10.1186/1471-244x-7-13.
8. Berger, T. "The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research". *Psychotherapy Research*, 2017, 27(5):511-524.
9. Rogers C. *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Oxford, England: Houghton Mifflin, 1951.
10. Jansen, F., Kribber, AMH, Coupé, VMH et al. "Cost-utility of stepped care targeting psychological distress in patients with head and neck or lung cancer". *Journal of Clinical Oncology*, 2017, doi: 10.1200/JCO.2016.68.8739.
11. Ochoa-Arnedo, C., Flix-Valle, A., Medina, J. C., Escriche, E., Rodríguez, A., Villanueva, C., Sumalla, E. C., Alabèrnia-Segura, M., Prats, C., Corral, M. J., Gallardo-Pujol, D., Feixas, G., Calle, C., Trelis, J. & Borràs, J. M. "Programa E-Health IConnecta't: un ecosistema para fomentar el bienestar en cáncer a través de la propuesta europea ONCOMMUN". *Psicooncología*, 2020, 17(1):41-58, <https://doi.org/10.5209/psic.68240>.
12. Lepore, S., Buzaglo, J., Lieberman, M., Golant, M., Davey, A. "Standard versus prosocial online support groups for distressed breast cancer survivors: a randomized controlled trial". *BMC Cancer*, 2011, 11(1):379.
13. Van den Berg, S., Gielissen, M., Ottevanger, P., Prins, J. "Rationale of the BREast cancer e-healTH [BREATH] multicentre randomised controlled trial: An Internet-based self-management intervention to foster adjustment after curative breast cancer by decreasing distress and increasing empowerment". *BMC Cancer*, 2012, 12(1):394, doi: 10.1186/1471-2407-12-394.

14. Sansom-Daly, U., Wakefield, C., Bryant, R. et al. "Online group-based cognitive-behavioural therapy for adolescents and young adults after cancer treatment: A multicenter randomised controlled trial of Recapture Life-AYA". *BMC Cancer*, 2012, 12(1):339.
15. Ochoa MLACESARJMB y C. "Randomized Control Trial (RCT) of Online vs Presential Positive Group Psychotherapy". En: 494. *Psychooncology*, 2017, 44, doi: 10.1002/pon.4476.
16. Jensen, RE, Snyder, CF, Abernethy, AP et al. "Review of electronic patient-reported outcomes systems used in cancer clinical care". *Journal of Oncology Practice*, 2014, doi: 10.1200/JOP.2013.001067.
17. Seow, H., Sussman, J., Martelli-Reid, L., Pond, G., Bainbridge, D. "Do High Symptom Scores Trigger Clinical Actions? An Audit After Implementing Electronic Symptom Screening". *Journal of Oncology Practice*, 2012, doi: 10.1200/JOP.2011.000525.
18. Kotronoulas, G., Kearney, N., Maguire, R. et al. "What is the value of the routine use of patient-reported outcome measures toward improvement of patient outcomes, processes of care, and health service outcomes in cancer care? A systematic review of controlled trials". *Journal of Clinical Oncology*, 2014, doi: 10.1200/JCO.2013.53.5948.
19. Berry, DL, Blumenstein, BA, Halpenny, B. et al. "Enhancing patient-provider communication with the electronic self-report assessment for cancer: A randomized trial". *Journal of Clinical Oncology*, 2011, doi: 10.1200/JCO.2010.30.3909.
20. Judson, TJ, Bennett, AV, Rogak, IJ et al. "Feasibility of long-term patient self-reporting of toxicities from home via the Internet during routine chemotherapy". *Journal of Clinical Oncology*, 2013, doi: 10.1200/JCO.2012.47.6804.
21. Lleras de Frutos, M., Medina, JC, Vives, J., Casellas-Grau, A., Marzo, JL, Borràs JM, Ochoa-Arnedo, C. "Video conference vs face-to-face group psychotherapy for distressed cancer survivors: A randomized controlled trial". *Psychooncology*, 2020, jul 3, doi: 10.1002/pon.5457, *epub ahead of print*, PMID: 32618395.
22. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. Centro de prensa: nota de prensa. 16 nov 2020 [consultado 5 febrero 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/tich_2020.pdf.
23. Capurro, D., Ganzinger, M., Perez-Lu, J. & Knaup, P. "Effectiveness of eHealth intervention and information needs in palliative care: A systematic literature review". *Journal of Medical Internet Research*, 2014, 16(3):e72, doi: 10.2196/jmir.2812.
24. O'Donnell, H., Pagliari, C. & Finucane, A. "The effects of eHealth interventions in palliative care: A meta-review". *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2017, 7(1):p-44.
25. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 149, de 23 de junio de 2017, páginas 51.701 a 51.716. Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir.
26. Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P., Bayés, R. *Intervención emocional en cuidados paliativos: Modelos y protocolos*. 1.º edición. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 2003.
27. De la Torre, M., Pardo, R. *Guía para la Teleintervención Psicológica*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2018 [revisado 2018; citado 2020 diciembre 4]. Disponible en: <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica>.

28. Funderskov, KF, Raunkjær, M., Danbjørg, DB, Zwisler, AD, Munk, L., Jess, M., Dieperink, KB. "Experiences With Video Consultations in Specialized Palliative Home-Care: Qualitative Study of Patient and Relative Perspectives". *Journal of Medical Internet Research*, 2019, 21(3):e10208, doi: 10.2196/10208.
29. Rogante, M., Giacomozzi, C., Grigioni, M., Kairy, D. "Telemedicine in palliative care: a review of systematic reviews". *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 2016, jul-sep, 52(3):434-442, doi: 10.4415/ANN_16_03_16.
30. Ferwerda, M., van Beugen, S., Riel, P., van de Kerkhof, P., Jong, E., Smit, J., Zeeuwen-Franssen, M., Kroft, E., Visser, H., Vonkeman, H., Creemers, M., van Middendorp, H., Evers, A. "Measuring the Therapeutic Relationship in Internet-Based Interventions". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2015, 85(1):47-49, doi: 10.1159/000435958.
31. Holmes, C., Foster, V. "A Preliminary Comparison Study of Online and Face-to-Face Counseling: Client Perceptions of Three Factors". *Journal of Technology in Human Services*, 2012, 30(1):14-31, doi: 10.1080/15228835.2012.662848.
32. Hanley, T., Reynolds, Jr D'A. « Counselling Psychology and the internet: A review of the quantitative research into online outcomes and alliances within text-based therapy". *Counselling Psychology Review*, 2009, 24:4-13.
33. Barbero, J., Gómez-Batiste, X., Maté, J., Mateo, D. *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas: Intervención psicológica y espiritual*. 1.º edición. Barcelona: Obra Social "la Caixa", 2016.
34. Martín, ML, Fernández, A., Sanz, R., Gómez, R., Vidal, F., Cía, R. *IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos)*. 1.º edición. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Junta de Andalucía, 2014.
35. Reglamento (UE) 2016/679 general de protección de datos (RGPD). Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999. Ley 9/2014, de 9 de mayo, General de Telecomunicaciones.
36. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 240, de 5 de octubre de 2011, páginas 104.593 a 104.626. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (disposición adicional séptima).
37. Colegio Oficial de Psicólogos (COP). *Código deontológico del psicólogo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de España, 2014. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/>.
38. Consejo General del Trabajo Social. *Código Deontológico de Trabajo Social*. Cuarta Edición. Madrid: Consejo General del Trabajo Social, 2021. Disponible en: <https://www.cgtrabajosocial.es/publicaciones/codigo-deontologico-de-trabajo-social-1/27/view>.

12 | ANEXO

PROPOSTA DE ECOSSISTEMA DIGITAL ICONNECTA' T DO INSTITUTO CATALÃO DE ONCOLOGIA (2019)

PROPOSTA DE ECOSSISTEMA DIGITAL COM UMA INTERVENÇÃO MULTIMODAL INTEGRADA E ESCALONADA PARA DOENÇAS AVANÇADAS					
INTERVENÇÃO PRINCIPAL	TIPO DE INTERVENÇÃO	SOLUÇÃO TECNOLÓGICA	ADAPTAÇÃO ÀS DOENÇAS AVANÇADAS	FUNCCIONALIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1 Detecção, monitorização e apoio continuado	Nível 1: Prevenção psicossocial Rastreio e monitorização para a deteção precoce de necessidades psicossociais, educativas e de tratamento de sintomas.	Plataforma e-Health de seguimento de doentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar precocemente (expectativa de vida > 6 meses-1 ano) • Possibilidade de integrar equipa médica para controlo dos sintomas • Avaliar se é a mesma EAPS (prevenção/promoção), e se de cuidados de saúde ou não • Reduzir a carga de avaliação contínua no doente • Integrar o cuidador como suporte 	<ul style="list-style-type: none"> • Rastreio e monitorização (sistema de alertas e semáforos na visualização do profissional) • Gestão e registo instantâneo de sintomas consoante a gravidade • Adesão farmacológica com lembrete de posologias • Acesso integral ao campus (nível 2) • Na página web dos profissionais, acesso integrado ao campus de cada doente (nível 2) e à plataforma de videochamadas (nível 4) • Troca de mensagens com os profissionais encarregues da monitorização • Autocontrolos de saúde (dieta, exercício, peso, insónia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Deteção e acompanhamento proativo das «Patient Reported Outcomes measures», que incidem no processo de doença avançada e são suscetíveis de controlo e gestão remotos • Plano educativo ou terapêutico individualizado e proativo, baseado na deteção e monitorização
2 Educação para a saúde digital	Nível 2: Promoção da saúde psicossocial Intervenção educativa. Campus de doentes criado em conjunto por doentes e profissionais.	Plataforma Moodle e gateway de aplicação	<ul style="list-style-type: none"> • Material didático que ajude a preparar visitas complexas a doentes e profissionais • Identificar o recurso educativo adequado para cada assunto (por ex., publicações ou vídeos para falar de <i>advance care planning</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Visualização e leitura de recursos online • Questionários sobre a evolução da aprendizagem • Monitorização e acompanhamento de prescrição educativa dos profissionais • Registo e estatísticas de utilização do campus 	<ul style="list-style-type: none"> • Educação para a saúde personalizada • Seguimento por parte do profissional do programa educativo ou terapêutico individualizado • Prescrição digital de recursos online validados

PROPOSTA DE ECOSISTEMA DIGITAL COM UMA INTERVENÇÃO MULTIMODAL INTEGRADA E ESCALONADA PARA DOENÇAS AVANÇADAS					
INTERVENÇÃO PRINCIPAL	TIPO DE INTERVENÇÃO	SOLUÇÃO TECNOLÓGICA	ADAPTAÇÃO ÀS DOENÇAS AVANÇADAS	FUNCIONALIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<p>3 Comunidades de apoio online para uma aliança terapêutica e social no meio digital entre doentes e profissionais</p>	<p>Nível 3: Promoção da saúde psicossocial. Intervenção comunitária. Comunidade de apoio psicossocial sob a forma de rede social entre doentes e profissionais.</p>	<p>Página web/app para doentes e profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criar na perspectiva de recolher e incidir sobre os discursos sociais do fim de vida, e reforçar e divulgar os princípios básicos e éticos do apoio psicossocial e paliativo • É importante que seja anônima • Avaliar se devem ser incluídos os doentes e cuidadores, ou em separado 	<ul style="list-style-type: none"> • Rede social privada tipo WhatsApp que permite comunicação assíncrona • Doente anónimo/Profissional identificado (fotografia/nome/especialidade) • Sistema de alertas personalizado para doentes e profissionais consoante assuntos de interesse • Acesso ao repositório de recursos online do campus (nível 2) em cada assunto de interesse • Pesquisa de assuntos de interesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio emocional e social mútuo • Partilhar informação e validá-la com profissionais • Prescrição digital de recursos online validados • <i>Blended learning</i> (aprendizagem combinada e participativa) entre pares e com profissionais de saúde
<p>4 Videoconsulta e telecuidados Tratamento personalizado presencial e à distância</p>	<p>Nível 4: Intervenção psicossocial especializada por profissional Intervenção psicoterapêutica. Plataforma de videoconsulta para tratamento personalizado.</p>	<p>Plataforma de videochamadas web ou app com possibilidade de videoconferência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maior importância da privacidade e de local tranquilo (ambiente do doente) • Intervenções familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Compatível com smartphone/tablet (iOS e Android) e PC (Chrome ou Firefox) • Possibilidade de videoconferência • Sistema simples de convite em 3 cliques para o doente • Partilhar o ecrã com o doente • Gravação das sessões • Colocar os utentes em <i>mute</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Telemedicina direta • Intervenções personalizadas que reproduzem consultas presenciais que não exigem exame físico (exceto visual) • Serve para: <ul style="list-style-type: none"> 1) avaliar as necessidades do doente e posicioná-lo no ecossistema 2) intervenção individual, familiar ou em grupo