REVISTA DE ENFERMAGEM REFERÊNCIA
homepage: https://rr.esenfc.pt/rr/
ISSNe: 2182.2883

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

A Conferência Familiar em Cuidados Paliativos: Um Espaço Interativo e Intersubjetivo

Family Meetings in Palliative Care: An Interactive and Intersubjective Space

La Reunión Familiar en Cuidados Paliativos: Un Espacio Interactivo e Intersubjetivo

Bruno Miguel Gomes Pereira Feiteira [1]
https://orcid.org/0000-0003-3530-981X

Maria Manuela Cerqueira Amorim [2, 3]
https://orcid.org/0000-0001-8118-5366

[1] Hospital da Luz, Centro de Oncologia, Póvoa de Varzim, Portugal

[2] ESEUC, UICISA E, Univ Coimbra

[3] Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal

Autor de correspondência
Bruno Miguel Gomes Pereira Feiteira
E-mail: enfbrunofeiteira@hotmail.com

Recebido: 01.11.25
Aceite: 04.06.26

Resumo

Enquadramento: Os cuidados paliativos são fundamentais para responder às necessidades da pessoa em situação paliativa e da família. A conferência familiar emerge como uma estratégia de comunicação estruturada e facilitadora da resolução de problemas.
Objetivo: Compreender as experiências dos profissionais de saúde na interação com os intervenientes na conferência familiar em cuidados paliativos e construir um instrumento de apoio à decisão.
Metodologia: Perspetiva straussiana da *Grounded Theory*. Foram realizadas 34 entrevistas, 24 a profissionais de saúde e 10 a familiares. Foram consultados 4 peritos. Análise da informação através do procedimento de codificação de Strauss e Corbin.
Resultados: O processo de interação em cuidados paliativos serve de contexto às conferências familiares, influenciando-as. Estas desenvolvem-se em três etapas: pré-conferência familiar, conferência familiar e pós-conferência familiar, que se relacionam e se influenciam, sendo essencial a sua uniformização.
Conclusão: A conferência familiar em cuidados paliativos integra-se no processo de interação entre profissionais, pessoa em situação paliativa e família, estruturando-se em etapas interdependentes. O instrumento proposto visa apoiar a decisão e promover a uniformização da prática.

Palavras-chave: cuidados paliativos; família; enfermagem; relações interpessoais; comunicação; teoria fundamentada

Abstract

Background: Palliative care is essential for addressing the needs of the person in a palliative situation and their family. In this context, family meetings emerge as a structured communication strategy that facilitates problem-solving.
Objective: To understand the experiences of healthcare professionals in their interactions during family meetings in palliative care and to develop a decision-support tool.
Methodology: Strauss and Corbin's grounded theory. 34 interviews were carried out, 24 with healthcare professionals and 10 with family members. Four experts were consulted. Data were analyzed following the Strauss and Corbin coding procedure.
Results: The interaction process in palliative care provides the context for and influences family meetings. These unfold in three interconnected stages: preparation, meeting, and post-meeting. Their interrelation highlights the importance of standardization.
Conclusion: Family meetings in palliative care are part of the interaction between professionals, the palliative patient, and their family. This process is structured into interdependent stages. The tool proposed supports decision-making and promotes standardized practice.

Keywords: palliative care; family; nursing; interpersonal relations; communication; grounded theory

Resumen

Marco contextual: Los cuidados paliativos son fundamentales para satisfacer las necesidades de la persona en situación paliativa y de su familia, y la reunión familiar se perfila como una estrategia de comunicación estructurada que facilita la resolución de problemas.
Objetivo: Comprender las experiencias de los profesionales sanitarios en su interacción con los participantes en la reunión familiar sobre cuidados paliativos y elaborar una herramienta de apoyo a la toma de decisiones.
Metodología: Perspectiva straussiana de la teoría fundamentada. Se realizaron 34 entrevistas, 24 a profesionales sanitarios y 10 a familiares. Se consultó a 4 expertos. Análisis de la información mediante el procedimiento de codificación de Strauss y Corbin.
Resultados: El proceso de interacción en los cuidados paliativos sirve de contexto para las reuniones familiares y ejerce influencia en ellas. Estas se desarrollan en tres etapas: la fase preparatoria, el desarrollo y el periodo posterior a la reunión familiar, que están relacionadas entre sí y se influyen mutuamente, por lo que es fundamental que se uniformicen.
Conclusión: La reunión familiar en cuidados paliativos forma parte del proceso de interacción entre los profesionales, la persona en situación de cuidados paliativos y la familia, y se estructura en etapas interdependientes. El instrumento propuesto tiene como objetivo facilitar la toma de decisiones y promover la uniformidad en la práctica.

Palabras clave: cuidados paliativos; familia; enfermería; relaciones interpersonales; comunicación; teoría fundamentada

Como citar este artigo: Feiteira, B. M., & Amorim, M. M. (2026). A Conferência Familiar em Cuidados Paliativos: Um Espaço Interativo e Intersubjetivo. *Revista de Enfermagem Referência*, *6*(5), e43453. https://doi.org/10.12707/RVI25.77.43453

Introdução

Quando uma pessoa vivencia uma doença incurável e/ou grave, os seus familiares enfrentam uma série de problemas multidimensionais que exigem dos profissionais de saúde um cuidar orientado para a pessoa em situação paliativa e sua família (Radbruch et al., 2020). Neste âmbito, surge a conferência familiar (CF) como uma estratégia de comunicação privilegiada, útil, diferenciadora e orientada para a resolução de problemas, que contribui de modo decisivo para a maximização da qualidade dos cuidados paliativos (CP) prestados (Cahill et al., 2021; Forbat et al., 2018; Hudson et al., 2021). Contudo, apesar da importância atribuída à utilização de CF em CP, há pouca informação sistematizada acerca do seu uso, sendo amplas as necessidades de investigação nesta área (Cahill et al., 2021; Glajchen et al., 2022). Em conformidade com o exposto, efetivou-se a investigação que apresentou como objetivos: compreender as experiências dos profissionais de saúde na interação com os intervenientes na CF em CP e construir um instrumento de apoio à decisão.

Enquadramento

Em Portugal, observa-se um aumento da esperança média de vida e o crescimento exponencial das doenças crónicas e degenerativas, que impõem desafios importantes no cuidar (Arias-Casais et al., 2019). Neste contexto, os CP apresentam-se como a resposta essencial para um cuidar integral, digno e humanizado, tendo em vista a promoção da qualidade de vida e o alívio do sofrimento (Arias-Casais et al., 2019; Radbruch et al., 2020). Nesta tipologia de cuidados, a comunicação e interação entre a pessoa cuidada e o profissional de saúde é percebida como a essência do cuidar, onde a CF assume especial relevância, enquanto estratégia de comunicação estruturada que se distingue das outras interações clínicas pelo seu planeamento prévio e multidisciplinaridade (Cahill et al., 2021; Hudson et al., 2009; Hudson et al., 2021). Destaca-se que o grau de proximidade existente entre os intervenientes numa CF é significativo, emergindo o conceito de intersubjetividade que se refere ao processo pelo qual duas ou mais pessoas constroem significados partilhados através da interação (Di Paolo & De Jaegher, 2015). Deste modo, o estudo da interação que se estabelece na CF assumiu-se de total relevância.

Questão de investigação

Quais são as experiências dos profissionais de saúde na interação com os intervenientes na CF no contexto dos CP?

Metodologia

Realizou-se uma investigação qualitativa utilizando o método de *Grounded Theory* (GT) na perspetiva straussiana (Corbin & Strauss, 2015). O estudo decorreu em três instituições prestadoras de CP da região norte de Portugal - uma unidade de CP e uma equipa intra-hospitalar e comunitária de suporte em CP - com recolha de dados entre janeiro de 2020 e julho de 2022.

A amostragem teórica orientou a seleção dos participantes, de acordo com os princípios de Corbin e Strauss (2015). O recrutamento foi realizado em três contextos de CP: Unidade de CP, Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP e Equipa Comunitária de Suporte em CP. Os critérios de inclusão para os profissionais de saúde consistiram no seguinte: exercer funções numa das referidas estruturas de CP e possuir formação básica e/ou avançada em CP. Para os familiares, os critérios de inclusão consistiram em serem familiares de pessoas doentes acompanhadas pelos profissionais participantes e terem estado presentes numa CF. Foram excluídos todos os profissionais de saúde sem formação em CP e todos os familiares sem participa*ção* numa CF. Participaram no estudo 24 profissionais de saúde (14 enfermeiros, cinco *médicos,* três psicólogos e dois assistentes sociais), distribuídos por sexo (14 do sexo feminino e 10 do sexo masculino), dos quais 14 possuíam formação básica em CP e 10 formação avançada (pós-graduação, mestrado ou competência em medicina paliativa). Integraram ainda o estudo 10 familiares de pessoas doentes, sete do sexo feminino e três do sexo masculino.

A estratégia de recolha de dados implementada usou a entrevista semiestruturada individual e o questionário para consulta de peritos. As entrevistas realizadas num momento único pelo investigador principal – sem vínculo prévio às instituições e com experiência em investigação qualitativa – foram alvo de gravação áudio, transcrição verbatim, anonimizadas, tendo-lhes sido atribuída uma sigla (ULSP; ME; HP; EP; WCE), e tiveram duração média de 45 minutos. Foram realizadas seis entrevistas exploratórias iniciais (quatro a profissionais e duas a familiares). Durante a codificação seletiva, foram consultados quatro reconhecidos peritos em CP — com formação avançada em CP e experiência mínima de 10 anos na área clínica ou docência — para os quais foi enviado um questionário, de forma a aumentar a robustez da informação recolhida e sistematicamente analisada. A validade do conteúdo do guião da entrevista/questionário foi assegurada através de revisão da literatura, avaliação por peritos e realização de um estudo piloto. Embora os objetivos se centrem nas experiências dos profissionais, a inclusão de familiares e peritos na fase empírica justificou-se pela necessidade de triangulação de perspetivas.

A análise da informação seguiu as etapas de codificação aberta, axial e seletiva, preconizadas por Corbin e Strauss (2015), recorrendo ao modelo paradigmático para a organização da informação e ao método de comparação constante. As entrevistas foram conduzidas por investigadores com formação em enfermagem, experiência clínica e investigativa em CP, nomeadamente na abordagem qualitativa. A análise da informação foi realizada por dois codificadores com formação na metodologia de pesquisa qualitativa - *Grounded Theory*, tendo um terceiro investigador, igualmente experiente em investigação qualitativa, participado no processo de *peer debriefing*. Foi realizado *member checking*, reforçando a credibilida-

de e a coerência interna da teoria em desenvolvimento. O processo de amostragem prosseguiu até à saturação teórica, que ocorreu após 22 entrevistas a profissionais de saúde e oito a familiares. Realça-se que se realizaram ainda mais quatro entrevistas confirmatórias. O software NVivo 12 foi utilizado como apoio à organização e ao rigor do processo de análise da informação.

A investigação obteve aprovação de duas comissões de ética (pareceres 01/CE/JAS e 03/20/RS), tendo sido obtido consentimento informado de todos os participantes. A informação recolhida foi armazenada e tratada de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (Comissão Nacional de Proteção de Dados, 2018). Os dados foram retidos em suportes digitais seguros, com acesso restrito apenas à equipa de investigação, e permanecerão arquivados durante quatro anos após a conclusão do estudo, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato de todos os participantes através da codificação das entrevistas e eliminação de dados identificáveis.

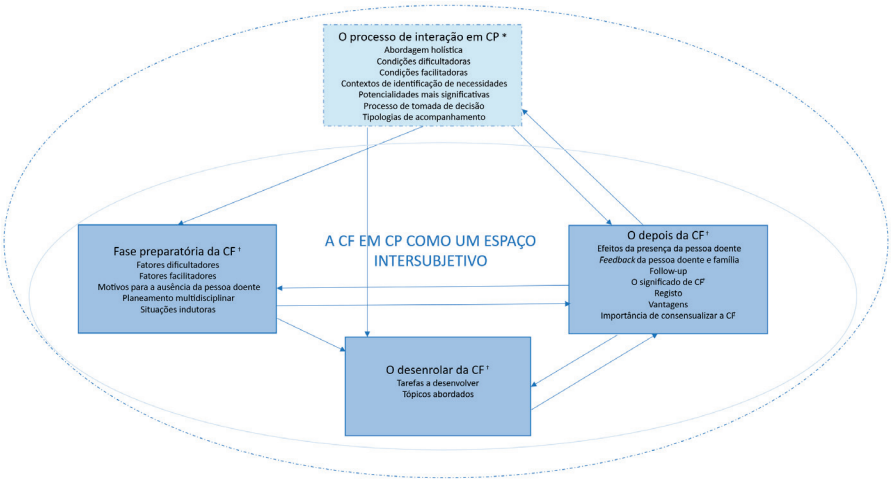
A redação deste artigo cumpriu os critérios dos *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ; Tong et al., 2007).

Resultados

A teoria substantiva emergente explica as interações dos profissionais de saúde na CF em CP. Apresenta por categoria central: a CF em CP como um espaço intersubjetivo no processo de acompanhamento interativo à pessoa doente e à família. As componentes estruturantes da teoria estão representadas na Figura 1.

Figura 1

Componentes estruturantes da teoria substantiva



Nota. CP = Cuidados Paliativos; CF = Conferência Familiar.

O processo de interação em CP

O processo de interação em CP constitui uma condição contextual influenciadora de toda a CF, sendo o pano de fundo para todas as suas etapas.

Independentemente da tipologia de acompanhamento (consulta programada, consultadoria, internamento, telefonema e visita domiciliária), a interação entre profissionais, pessoa em situação paliativa e família assume um papel significativo, exigindo uma abordagem holística e equitativa: "*É premente uma abordagem holística ao doente e à família neste processo de doença e final de vida*" (ULSP2). Neste processo, existem fatores facilitadores e dificultadores. Destacam-se situações de expetativas irrealistas — "Quando existe uma negação continuada da evolução do estado clínico, torna-se numa das situações mais desafiantes e complexas" (ME2) —, desinformação, conflitos familiares ou com a equipa de saúde — *"É difícil quebrar o* silêncio quando existem conflitos familiares" (HP6) — e situações de conspiração do silêncio — "Não querem que se saiba, mas ambos os lados sabem o que se está a passar e criam um muro que os impede de partilhar" (ULSP4). Também a abordagem de temas sensíveis, como é o caso da morte, dificulta o processo de interação. Por outro lado, a interação é facilitada por competências comunicacionais e relacionais, pela sensibilidade e pela disponibilidade dos profissionais — "O que as pessoas mais apreciam é a disponibilidade" (HP3). O trabalho em equipa multidisciplinar e a metodologia de gestão de casos são igualmente facilitadores deste processo.

A avaliação das necessidades da díade de cuidados é realizada neste processo interativo, sustentando a fase preparatória da CF. Também o processo de tomada de decisão emerge no seu decurso, podendo ser centrado na pessoa doente ou partilhado: "É o doente em conjunto com a família que decidem . . . nós estamos ali para ajudar" (EP2). Todo o processo de interação em CP apresenta potencialidades significativas: gestão da conspiração do silêncio; capacitação do doente e da

família; perceção de segurança pelos familiares ao longo do trajeto da doença.

Fase preparatória da CF

A fase preparatória da CF funciona como uma condição causal da CF e é condicionada pelo processo de interação. Os participantes identificaram situações altamente recomendáveis para a realização de CF: agravamento do processo de doença; situações de conflitos; conspiração do silêncio; desejo da pessoa doente; família e pessoa doente jovem; expectativas irrealistas da pessoa em situação paliativa e/ou dos familiares; preparação da alta; necessidade de tomada de decisão complexa.

O planeamento multidisciplinar é imprescindível e decisivo: "A CF tem de ser bem preparada pois não é uma intervenção rotineira e informal" (ME1). Este inclui agendar a CF, definir o mediador da CF, os participantes, os assuntos a abordar e os objetivos, providenciar um ambiente físico propício e obter o consentimento informado do doente e dos familiares.

Na preparação da CF, existem fatores facilitadores e dificultadores. Como facilitadores, foram apontados o conhecimento prévio acerca do doente e da família — "*É extremamente importante nós conhecermos a família e o doente para irmos de encontro às suas necessidades e planearmos a nossa conferência* (HP1)" _, a formação — "A formação em comunicação dos profissionais que lidam com doença avançada é muito importante..." (ME2) — e o treino. Como fatores dificultadores, foram identificados a imprevisibilidade da CF — "Fico um pouco nervosa porque nunca sabemos qual vai ser a postura da família" (HP5) —, a indisponibilidade dos participantes — "Um dos fatores que dificulta a realização de conferências é a diferente agenda dos intervenientes" (ME2) — e a idade jovem dos participantes — "As conferências com doente e familiares mais novos são mais difíceis" (ULSP2).

A presença/ausência da pessoa doente na CF é variável. A sua ausência pode resultar de uma decisão da equipa de saúde e dos familiares, da vontade da pessoa doente e da sua falta de capacidade física e cognitiva.

O desenrolar da CF

O desenrolar da CF assume-se como a ação-interação, na qual os profissionais desenvolvem cinco tarefas principais: acolher; avaliar e reavaliar necessidades; dar oportunidade; delinear consensos; epílogo. A tarefa de acolher engloba a receção dos familiares, o cumprimento social, a acomodação dos intervenientes e a explanação dos objetivos: "Vamos buscar as pessoas e conduzimo-las até à sala onde se realizam as conferências… apresentamo-nos, acomodamos as pessoas e são expostos os objetivos da conferência (ULSP3)". Embora a avaliação de necessidades seja iniciada no processo de interação e na fase preparatória, durante a CF é imprescindível a avaliação e a reavaliação das necessidades para averiguar se houve alguma alteração ou se algo escapou. A tarefa de dar oportunidade à pessoa doente e aos familiares para se expressarem e serem agentes ativos e participativos na CF é igualmente importante: "*É dado espaço às pessoas para falarem, convers*arem, para haver interação comunicacional" (ULSP2). A elaboração de consensos é outra das tarefas a serem realizadas. Por fim, o epílogo marca o encerramento da CF e a preparação para o *follow-up*. Nesta etapa, os profissionais sintetizam o discutido, sumarizam os consensos obtidos e as decisões tomadas, determinam prazos para tomadas de decisão e manifestam disponibilidade para o acompanhamento posterior. Após a saída do doente e da família, os profissionais refletem em equipa acerca da CF.

Estas cinco tarefas são realizadas sobretudo em torno de três assuntos: apoios sociais, preparação da alta, situação clínica da pessoa doente.

O depois da CF

O depois da CF constitui-se como uma consequência da sua realização, influenciando o processo de interação subsequente e a preparação de futuras CF. Nesta componente da teoria, emergem os efeitos da presença da pessoa doente na CF. A participação da pessoa em situação paliativa pode aumentar o seu sofrimento e inibir a comunicação e a expressão emocional dos profissionais de saúde e dos familiares: "Acaba por ser uma conferência infrutífera, porque os familiares não manifestam o que pensam (ULSP4)". Por outro lado, a presença da pessoa em situação paliativa na CF favorece a sua integração no processo de cuidados. De modo geral, constatou-se que o feedback da díade acerca da participação numa CF é de satisfação e gratidão: "Acabam por agradecer muito terem tido um momento formal, com privacidade e tranquilidade para falarem sobre as suas dificuldades (HP5)".

O *follow-up* da CF emerge também nesta fase e pode ser concretizado através de uma consulta telefónica programada ou espontânea — "Fica combinado um telefonema ou ligam-nos se necessitarem de algo (HP5)" —, pelo agendamento de uma nova CF ou através da interação quotidiana — "Vou-lhes questionando ao longo dos dias sobre o impacto da CF, se esclareceram todas as suas dúvidas (WCE5)".

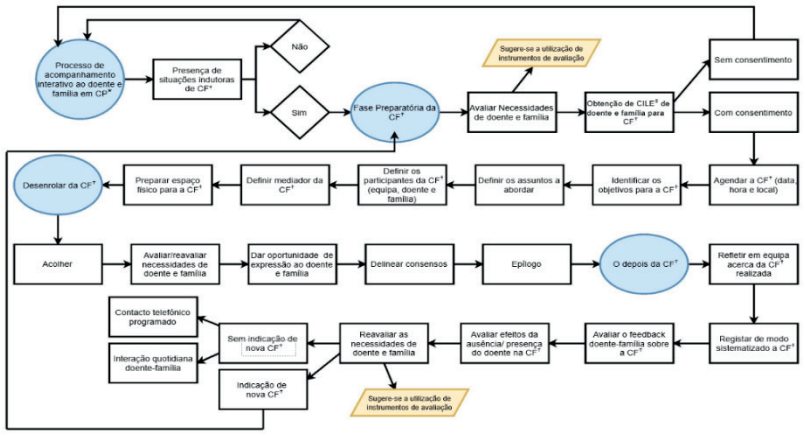
A significação da CF é elaborada pelos participantes após a sua realização, sendo descrita como um espaço familiar estruturado, multidisciplinar e interativo. Todavia, o registo da CF é pouco sistematizado, quer em papel, quer nos sistemas de informação.

Identificaram-se diversas vantagens da CF para profissionais, doente e família: apoio no processo de tomada de decisão; promoção da informação; facilitação da expressão emocional; gestão de expetativas; melhoria do conhecimento mútuo entre profissionais e familiares; facilitação da continuidade de cuidados; promoção da relação terapêutica; simplificação do processo de adaptação à doença; aumento da segurança da díade; respostas mais eficazes *às necessidades; satisfação dos profissionais.*

Por fim, emergiu a necessidade de consensualizar a realização de CF, devido à inexistência de critérios definidos para a seleção de famílias, à ausência de linhas orientadoras e ao registo não sistematizado: "Nós não escolhemos as famílias (HP1)"; "Existe um planeamento, mas não é formal . . . (ULSP6)". Para responder a estas lacunas, foi desenvolvido um instrumento de apoio à decisão (Figura 2), baseado nos resultados do estudo e na evidência científica disponível.

Figura 2

Instrumento de apoio à decisão



Nota. CP = Cuidados Paliativos; CF = Conferência Familiar; CILE = Consentimento Informado Livre e Esclarecido.

Discussão

A teoria de médio alcance apresentada possibilitou a compreensão do processo de interação estabelecido no contexto dos CP e de como este influencia e, simultaneamente, é influenciado pela CF, entendida como um espaço intersubjetivo que se desenvolve ao longo de três momentos. O conceito de intersubjetividade assume-se como central, pois cada interveniente comunica e interage com o outro, ultrapassando a sua própria subjetividade na tentativa de ir ao encontro do outro e de o compreender, constituindo um espaço intersubjetivo (Di Paolo & De Jaegher, 2015).

O processo de interação em CP

A interação estabelecida entre profissional de saúde, pessoa em situação paliativa e família apresenta-se como pano de fundo para a realização de muitas intervenções, entre as quais a CF. Neste enquadramento, torna-se fundamental, na prestação de CP, promover uma relação de confiança, segurança e compreensão. Dada a multidimensionalidade do sofrimento da pessoa em situação paliativa e da sua família, é necessário dirigir os cuidados prestados à díade, sempre numa perspetiva holística (Payne et al., 2022).

Neste contexto interativo, ocorre a identificação das necessidades de cada um dos elementos da díade de cuidados, o que permite identificar a presença de situações indutoras de CF e recolher dados relevantes para o seu planeamento. Esta identificação é fundamental para uma intervenção que promova o alívio do sofrimento, pois só se podem colmatar as necessidades detetadas.

Os achados sugerem que a tomada de decisão deve ser partilhada por todos os intervenientes, de forma a que os consensos sejam alcançados e o processo de deliberação facilitado. Esta deliberação é fundamental e exige uma reflexão crítica e analítica, de modo a que a tomada de decisão tenha em consideração as questões fisiológicas e éticas envolvidas na prestação de cuidados (Gracia, 2011).

Por fim, a interação em CP, permeada por condições facilitadoras e dificultadoras, apresenta grandes potencialidades no que respeita à gestão da conspiração do silêncio, à capacitação da pessoa em situação paliativa e da sua família e ao aumento da segurança percecionada pela díade.

Fase preparatória da CF

A teoria emergente demonstra que a CF não deve ser posta em prática de modo indiscriminado em todos os sistemas familiares, mas orientada por situações indutoras bem definidas, em consonância com evidência atual (Cahill et al., 2021; Cunha et al., 2024; Hudson et al., 2021). A ausência de critérios rigorosos de seleção pode comprometer o planeamento e os resultados da CF.

Entre os aspetos mais enfatizados pelos participantes destaca-se o planeamento multidisciplinar da CF. A CF é um espaço com agenda definida e consensualizada de modo prévio, com a finalidade de potencializar a interação (Glajchen et al., 2022; Vendetta et al., 2023). A evidência reforça que um planeamento centrado no doente, e não no profissional, como tanto acontece, potencia as vantagens da CF, dando "voz" efetiva à pessoa em situação paliativa e aos familiares (Cahill et al., 2021; Sanderson et al., 2017).

Embora a avaliação de necessidades da pessoa doente e do sistema familiar constitua um ponto fulcral do seu planeamento, esta foi codificada no processo de interação em CP, dada a sua natureza dinâmica. Ainda que não tenha sido referido pelos participantes, destaca-se a pertinência da utilização de instrumentos de avaliação no pré e pós-CF (Fukui et al., 2013).

A CF é influenciada por diversos fatores, sendo a falta de disponibilidade dos participantes o principal desafio identificado. Torna-se essencial evidenciar o verdadeiro valor desta estratégia, a fim de justificar a alocação de mais recursos e facilitar a sua prática (Feiteira & Cerqueira, 2018).

O desenrolar da CF

Na teoria emergente, identificam-se cinco tarefas a serem realizadas na CF: acolher; avaliar e reavaliar necessidades; dar oportunidade; delinear consensos; epílogo. A evidência científica reforça que é necessária uma acomodação confortável para todos os participantes e a definição clara de papéis, regras de conduta e objetivos. É imprescindível proporcionar aos familiares a oportunidade de se expressarem, permitindo assim a avaliação das suas necessidades, dificuldades e medos, sendo a escuta ativa, uma atitude empática e a livre expressão emocional premissas fundamentais (Cahill et al., 2021; Vendetta et al., 2023). Destaca-se a importância da discussão após a CF para o início do *follow-up*. A revisão em equipa é crucial para avaliar o impacto da intervenção, planear a continuidade dos cuidados e permitir a ventilação de emoções (Vendetta et al., 2023).

Os assuntos abordados na CF focalizam-se essencialmente nos apoios sociais, no planeamento da alta e na situação clínica da pessoa doente, em consonância com a evidência (Durepos et al., 2018; Glajchen et al., 2022).

O depois da CF

Constatamos que a presença da pessoa em situação paliativa na CF produz efeitos ambivalentes. Embora possa intensificar o seu sofrimento e inibir a comunicação e expressão emocional dos intervenientes, simultaneamente favorece a inclusão do doente nos cuidados, como já espelhado na evidência (Cahill et al., 2021). Observou-se que a pessoa em situação paliativa e a sua família se sentem satisfeitas e gratas pela experiência, reconhecendo as vantagens da CF, achados corroborados por três estudos (Forbat et al., 2018; Hudson et al., 2009; Sanderson et al., 2017). Assim, a variedade de vantagens identificadas reforça a importância de aprofundar o estudo do impacto da CF no contexto dos CP (Vendetta et al., 2023).

Constatou-se igualmente que o *follow-up* da CF pode ocorrer através de consulta telefónica, de uma nova CF ou da interação quotidiana, sendo um aspeto fulcral para avaliar o feedback dos intervenientes e o grau de resposta às necessidades e identificar novas carências que possam ter surgido (Widera et al., 2020). Os participantes atribuíram à CF o significado de espaço familiar estruturado e multidisciplinar interativo. Este planeamento prévio e o carácter multidisciplinar são apontados como grandes mais-valias (Cahill et al., 2021; Cunha et al., 2024; Glajchen et al., 2022; Hudson et al., 2021).

A riqueza informativa da CF reforça a necessidade de registos sistematizados. Torna-se fundamental definir um mínimo de dados que sejam sistematicamente registados nos sistemas de informação, permitindo extrair indicadores consistentes acerca da estratégia comunicacional. O instrumento produzido nesta investigação pode servir de base a essa padronização.

Observou-se ainda uma ausência de critérios na seleção das famílias para a CF, o que pode configurar desperdício de recursos. Deste modo, é importante definir-se quais as situações indutoras de CF, sendo necessários mais estudos para criar procedimentos de seleção (Hudson et al., 2021). Neste processo, destaca-se o papel do enfermeiro, que, pela proximidade contínua com a díade de cuidados, possui maior probabilidade de detetar necessidades e situações indutoras de CF.

Considerando que as linhas orientadoras simplificam a implementação da CF, apesar de pouco utilizadas (Cunha et al., 2024; Durepos et al., 2018), neste estudo desenvolvemos um instrumento de apoio à decisão para a uniformização da CF, que constitui um contributo para a melhoria da sua utilização. Salienta-se a necessidade de formação das equipas para colocarem em prática as CF de modo uniforme e sistemático.

Por fim, salienta-se que od estudos prévios se focam maioritariamente nas ações desenvolvidas na CF, conferindo menor ênfase à compreensão das experiências dos intervenientes e dos significados que estes lhes atribuem. Esta investigação foi fundamental para interpretar essas experiências e significados e pode agora servir de base para investigações futuras.

A transferibilidade dos resultados é limitada pela concentração geográfica da amostra e pelo período de recolha dos dados. Estes fatores reforçam a necessidade de estudos futuros que validem o instrumento desenvolvido e explorem a aplicação da CF noutros contextos de CP.

Conclusão

Esta investigação permitiu compreender a CF em CP enquanto espaço intersubjetivo no processo de acompanhamento interativo da pessoa em situação paliativa e da sua família, sendo necessário considerar a sua totalidade (fase preparatória, desenrolar e pós-CF) e a forma como *é* desenvolvida e influenciada pelo processo de interação que se estabelece em CP. Permitiu ainda a elaboração de um instrumento de apoio à decisão, auxiliador da operacionalização e uniformização da realização de CF. Deste modo, propomos a adoção do instrumento pelas equipas de CP, bem como a sua integração nos sistemas de informação, após avaliação da sua aplicabilidade.

Contribuição de autores

Conceptualização: Feiteira, B. M., Amorim, M. M.
Tratamento de dados: Feiteira, B. M., Amorim, M. M.
Análise formal: Feiteira, B. M., Amorim, M. M.
Aquisição de financiamento: Feiteira, B. M.
Investigação: Feiteira, B. M.
Metodologia: Feiteira, B. M.
Administração do projeto: Feiteira, B. M.
Software: Feiteira, B. M.
Supervisão: Feiteira, B. M., Amorim, M. M.
Validação: Feiteira, B. M., Amorim, M. M.
Visualização: Feiteira, B. M., Amorim, M. M.
Redação – rascunho original: Feiteira, B. M.
Redação – análise e edição: Feiteira, B. M., Amorim, M. M.

Tese/Dissertação

O presente artigo deriva da dissertação de mestrado intitulada "*As interações dos profissionais de saúde na Conferência Familiar em Cuidados Paliativos*", apresentada à Universidade Católica Portuguesa, em 2024.

Referências bibliográficas

Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J., Lima, L., Pons, J., Clark, D., Hasselaar, J., Ling, J., Mosoiu, D., & Centeno, C. (2019). *EAPC atlas of palliative care in europe 2019*. EAPC. https://dadun.unav.edu/handle/10171/56787

Cahill, P., Lobb, E., Sanderson, C., & Phillips, J. (2021). Patients receiving palliative care and their families' experiences of participating in a "patient-centered family meeting": A qualitative substudy of the valuing opinions, individual communication, and experience feasibility trial. *Palliative Medicine Reports, 2*(1), 305-315. https://doi.org/10.1089/pmr.2020.0109

Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research, techniques and procedures for developing grounded theory* (4ª ed.). SAGE.

Cunha, D., Carvalho, P., & Anastácio, Z. C. (2024). Diretrizes práticas na conferência familiar em cuidados paliativos: Uma revisao integrativa. *Revista INFAD de Psicología, 2*(1), 39-48. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2024.n1.v2.2706

Di Paolo, E., & De Jaegher, H. (2015). Toward an embodied science of intersubjectivity: Widening the scope of social understanding research. *Frontiers Psychology, 6*, 234. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00234

Durepos, P., Kaasalainen, S., Sussman, T., Parker, D., Brazil, K., Mintzberg, S., & Te, A. (2018). Family care conferences in long-term care: Exploring content and processes in end-of-life communication. *Palliative & Supportive Care, 16*(5), 590-601. https://doi.org/10.1017/S1478951517000773

Feiteira, B., & Cerqueira, M. (2018). *As conferências familiares em cuidados paliativos: Contributos para a prática clínica em enfermagem*. Novas Edições Acadêmicas.

Feiteira, B., & Cerqueira, M. (2018). *As conferências familiares em cuidados paliativos: Contributos para a prática clínica em enfermagem*. Novas Edições Acadêmicas.

Forbat, L., Francois, K., O'Callaghan, L., & Kulikowski, J. (2018). Family meetings in inpatient specialist palliative care: A mechanism to convey empathy. *Journal of Pain and Symptom Management, 55*(5), 1253-1259. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.020

Fukui, M., Iwase, S., Sakata, N., Kuroda, Y., Yoshiuchi, K., Nakagawa, K., Quinn, K., & Hudson, P. (2013). Effectiveness of using clinical guidelines for conducting palliative care family meetings in Japan. *Support Care Cancer, 21*(1), 53-58. https://doi.org/10.1007/s00520-012-1491-y

Glajchen, M., Goehring, A., Johns, H., & Portenoy, R. K. (2022). Family meetings in palliative care: Benefits and barriers. *Current Treatment Options in Oncology, 23*(5), 658-667. https://doi.org/10.1007/s11864-022-00957-1

Gracia, D. (2011). La deliberación moral en bioética: Interdisciplinariedad, pluralidad, especialización. *Ideas y Valores, 60*(147), 25-50. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80922471002

Hudson, P., Girgis, A., Thomas, K., Philip, J., Currow, D. C., Mitchell, G., Parker, D., Liew, D., Brand, C., Le, B., & Moran, J. (2021). Do family meetings for hospitalised palliative care patients improve outcomes and reduce health care costs? A cluster randomised trial. *Palliative Medicine, 35*(1), 188-199. https://doi.org/10.1177/0269216320967282

Hudson, P., Thomas, T., Quinn, K., & Aranda, S. (2009). Family meetings in palliative care: Are they effective? *Palliative Medicine, 23*(2), 150-157. https://doi.org/10.1177/0269216308099960

Payne, S., Harding, A., Williams, T., Ling, J., & Ostgathe, C. (2022). Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliative Medicine, 36*(4), 680-697. https://doi.org/10.1177/02692163221074547

Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnaghar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., … Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care: A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management, 60*(4), 754-764. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027

Sanderson, C., Cahill, P., Phillips, J., Johnson, A., & Lobb, E. (2017). Patient-centered family meetings in palliative care: A quality improvement project to explore a new model of family meetings with patients and families at the end of life. *Annals of Palliative Medicine, 6*(Suppl. 2), S195-S205. https://doi.org/10.21037/apm.2017.08.11

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care, 19(6), 349–357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

Vendetta, L., Vig, E., Kross, E., & Merel, S. (2023). The role of the palliative medicine clinician in the family conference. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 40*(1), 5-9. https://doi.org/10.1177/10499091221093560

Widera, E., Anderson, W., Santhosh, L., McKee, K., Smith, A., & Frank, J. (2020). Family meetings on behalf of patients with serious illness. *The New England Journal of Medicine, 383*(11), e71. https://doi.org/10.1056/NEJMvcm1913056