



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

**Perceções e práticas sobre a atuação
interdisciplinar numa Equipa Intra
Hospitalar de Suporte em Cuidados
Paliativos: um estudo qualitativo**

Célio Gomes Leal Pereira da Cruz

MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação de Mestrado

Professor Orientador: Prof. Doutora Vanda Varela Pedrosa

Leiria, março 2025



Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em cuidados paliativos, realizada sob a orientação científica da Prof. Doutora Vanda Varela Pedrosa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Leiria, março 2025

Os Cuidados paliativos são cuidados centrados na pessoa, na sua família e na equipa interdisciplinada, baseando-se numa comunicação eficaz, na tomada de decisões compartilhada, na autonomia pessoal e prolongam-se no processo de luto (CNCP, 2023).

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas. Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer a minha orientadora, Professora Doutora Vanda Pedrosa, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho e a todos aqueles com que me cruzei durante o mestrado.

Muito obrigada por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar.

A todos os docentes do Mestrado em Cuidados Paliativos, em especial à coordenadora do mestrado Professora Doutora Ana Isabel Querido.

Desejo igualmente agradecer à Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) da Unidade Local de Saúde do Médio Tejo por todo o apoio e ajuda.

Quero agradecer também à administração da minha Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) pela compreensão e disponibilidade. A Engenheira Isabel Batista e Engenheiro Carlos Batista.

Queria também deixar o meu agradecimento pelo apoio prestado especialmente a Mariana Oliveira, Ana Margarida Santos, Verónica Silva e Neuza Oliveira.

Por último, quero agradecer à minha família e amigos pelo apoio incondicional que me deram, especialmente a minha mãe Benilde, irmão Hélder e ao amigo Felipe Pereira, pelo apoio incansável e pela compreensão dos meus períodos de ausência ao longo da elaboração deste trabalho.

RESUMO

A qualidade dos serviços de Cuidados Paliativos (CP) está diretamente relacionada com a atuação interdisciplinar das equipas que os prestam. A colaboração entre profissionais de diferentes áreas permite uma abordagem mais holística e centrada na pessoa, garantindo um acompanhamento eficaz aos doentes com doenças complexas e famílias. No contexto hospitalar, as Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) são fundamentais para assegurar uma resposta especializada, promovendo a comunicação entre serviços, capacitando outros profissionais e otimizando recursos. A liderança por especialistas em medicina paliativa, aliada a uma gestão eficiente de equipas, favorece o alívio de sintomas, melhora a qualidade de vida dos doentes e reduz custos desnecessários. Apesar das vantagens, a complexidade da interdisciplinaridade pode trazer desafios, como conflitos de prioridades, falta de recursos e dificuldades de comunicação. Dado o conhecimento ainda limitado sobre a implementação da interdisciplinaridade nos CP, especialmente em Portugal, este estudo pretende aprofundar as perceções e práticas dos profissionais de uma EIHSCP. Neste sentido, pretende-se investigar a dinâmica da atuação interdisciplinar em CP, no contexto hospitalar, explorando as perceções dos profissionais sobre a colaboração entre diferentes áreas, identificando facilitadores e desafios da prática interdisciplinar. Foram realizadas 12 entrevistas a profissionais de diferentes áreas (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) da EIHSCP do Médio Tejo. A análise dos dados seguiu a abordagem de Análise Temática Reflexiva de *Braun e Clarke*.

A interdisciplinaridade melhora a comunicação entre serviços e a qualidade dos cuidados. A equipa é um foco importante, mas considerando o doente e família. Essenciais, são as competências interpessoais: empatia, ética, escuta ativa e sensibilidade cultural. Também a Infraestrutura e processos: reuniões de equipa, comunicação integrada e critérios de referenciação. A formação contínua e desenvolvimento profissional são cruciais. Já sobre desafios, devem-se à falta de recursos humanos e materiais, à sobrecarga e *stress* dos profissionais, a dificuldades na comunicação entre equipas intra e extra-hospitalares e o não reconhecimento institucional (muito pouco ainda). Sugestões centram-se no investimento em formação contínua, no reforço da comunicação e da colaboração interinstitucional, na revisão do modelo organizacional dos CP no SNS português. A atuação interdisciplinar em CP é essencial para garantir um cuidado holístico e humanizado, mas enfrenta desafios estruturais e organizacionais.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Interdisciplinaridade; Equipas

ABSTRACT

The quality of Palliative Care (PC) services is directly linked to the interdisciplinary collaboration of the teams providing them. Cooperation among professionals from different fields enables a more holistic and person-centered approach, ensuring effective support for patients with complex illnesses and their families. In the hospital setting, In-Hospital Support Teams for Palliative Care (EIHSCP) play a crucial role in delivering specialized care, fostering communication between services, training other professionals, and optimizing resources. Leadership by palliative care specialists, combined with efficient team management, enhances symptom relief, improves patients' quality of life, and reduces unnecessary costs. Despite these advantages, the complexity of interdisciplinary work can present challenges, such as conflicting priorities, resource shortages, and communication difficulties. Given the still limited knowledge regarding the implementation of interdisciplinarity in PC, particularly in Portugal, this study aims to explore the perceptions and practices of professionals within an EIHSCP. The objective is to investigate the dynamics of interdisciplinary work in PC within the hospital setting by examining professionals' views on collaboration across different fields and identifying facilitators and challenges in interdisciplinary practice. Twelve interviews were conducted with professionals from different fields (physicians, nurses, psychologists, and social workers) from the EIHSCP of Médio Tejo. Data analysis followed Braun and Clarke's Reflexive Thematic Analysis approach.

Interdisciplinary work enhances communication between services and improves the quality of care. The team is a central focus but always considers the patient and their family. Essential competencies include interpersonal skills such as empathy, ethics, active listening, and cultural sensitivity. Additionally, infrastructure and processes—such as team meetings, integrated communication, and referral criteria—are crucial. Continuous training and professional development are also fundamental.

Challenges stem from a lack of human and material resources, professional workload and stress, communication difficulties between intra- and extra-hospital teams, and a lack of institutional recognition (still very limited). Suggestions for improvement focus on investing in continuous training, strengthening communication and inter-institutional collaboration, and reviewing the organizational model of PC within the Portuguese National Health Service. Interdisciplinary practice in PC is essential for ensuring holistic and humanized care, but it faces structural and organizational challenges.

Keywords: Palliative Care; Interdisciplinarity; Teams

LISTA DE ABREVIATURAS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EHSCP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

GESTCARE – Aplicativo de Monitorização da RNCCI

IPO – Instituto Português de Oncologia

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UCCI – Unidade de cuidados continuados integrados

ESSLei – Escola Superior de saúde de leiria

ÍNDICE

RESUMO	III
ABSTRACT	IV
INTRODUÇÃO	9
2. Materiais e Métodos	12
2.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	12
2.2. LOCAL DO ESTUDO, PARTICIPANTES E RECRUTAMENTO	12
2.3. RECOLHA DE DADOS	12
2.4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	12
2.5. ANÁLISE DE DADOS	13
3. Resultados	13
3.1. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	13
3.2. RESULTADOS DO ESTUDO	14
3.2.1. Representações Sociais Atuação Interdisciplinar	14
3.2.2. Competências Atuação Interdisciplinar	15
3.2.3. Desafios Atuação Interdisciplinar	18
4. Discussão	20
4.1. FORÇAS E LIMITAÇÕES	23
4.2. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS	23
5. Conclusões	24
Referências Bibliográficas	25
APÊNDICES	28
APÊNDICE A: Guião de Entrevista	29
APÊNDICE B: Artigo Traduzido Lingua Inglesa	30

INDICE DE TABELAS

Tabela 1-Caraterização Sociodemográfica da Amostra.....	13
---	----

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Árvore de codificação da análise temática sobre Atuação Interdisciplinar numa EIHS CP..... 14

INTRODUÇÃO

Uma equipa unida e preparada em torno de um objetivo comum ao prestar cuidados de saúde, pode ser bastante poderosa na superação dos desafios. Se a juntar ao mencionado, observarmos as equipas que no Sistema de Saúde adotam uma configuração interdisciplinar, reunindo profissionais de diferentes áreas que partilham experiências, conhecimentos e competências na prestação de cuidados de saúde, iremos por um lado observar uma imensa valorização e dinâmica dos processos, mas, por outro, reparar numa maior complexidade que carece de uma ótima gestão (Ashcroft *et al*, 2024; Buitrago *et al*, 2020; Nacarrow *et al*, 2013). 2020).

A atuação interdisciplinar traduz-se em infinitas vantagens na solução de inúmeros desafios atuais, na consecução de objetivos e ganhos em saúde, juntando profissionais tanto da área da saúde como da área social ou outras áreas que sejam competentes, em áreas profissionais específicas, mas também, na atuação interdisciplinar já que, os desafios da equipas nestes contextos são necessariamente diferentes daqueles vistos noutras equipas que não de saúde (Arden O'Donnell *et al*, 2024; Emanuel & Back, 2018; Kesonon *et al*, 2024; Vaseghi, *et al*, 2022;). Alguns aspetos facilitadores passam pelo estabelecimento de uma cultura colaborativa, uma boa e sólida comunicação, a interdependência de tarefas e de objetivos partilhados (Ashcroft *et al*, 2024; Lourenço *et al*, 2022). Também alguns fatores sociais, fazem prever uma crescente necessidade de equipas que devolvem cuidados de saúde interdisciplinares: (1) população envelhecida e um maior número de doentes com necessidades complexas e crónicas; (2) crescente complexidade de competências e conhecimentos para prestar cuidados; (3) aumento da especialização das profissões de saúde e uma correspondente fragmentação; (4) políticas centradas em equipas com várias profissionais e aprendizagem continua e (5) integração de cuidados centrados na pessoa e na comunidade (Arden O'Donnell *et al*, 2024; Emanuel & Back, 2018; Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental; 2018; Kesonon *et al*, 2024; Lourenço *et al*, 2022; Peeler *et al*, 2024; Vaseghi *et al*, 2022).

Ainda assim, e apesar das inúmeras mais-valias, a interdependência numa base multifatorial pode expor a equipa a prioridades e poderes conflituantes, a falhas na valorização dos membros, à inexperiência de trabalho em conjunto, a uma sobrecarga dos membros por falta de recursos ou de experiência, a uma liderança que não promove a colaboração, entre outros aspetos que, devem ser alvo de atenção (Ashcroft *et al*, 2024; Arden O'Donnell *et al*, 2024; Emanuel & Back, 2018; Lourenço, Encarnação & Lumini, 2022; Kesonon *et al*, 2024; Vaseghi, Yarmohammadian & Raeisi, 2022; Peeler *et al*, 2024; Tannenbaum *et al*, 2023; Xyrichis & Rose, 2024).

Alguns temas recorrentes que permitem lidar com os desafios são, o estar atento às barreiras, o evitar-se seguir o caminho de menor resistência, o encorajar e modelar a colaboração, o sustentar modelos mentais partilhados sobre papéis e prioridades, criar uma sensação de segurança psicológica e conduzir *debriefings* periódicos da equipa (Buitrago *et al*, 2020; Tannenbaum *et al*, 2023).

Face ao indicado, é decisiva a consciencialização de que, os cuidados de saúde devem ser coordenados e intersectoriais para que, as pessoas em situação de maior vulnerabilidade possam alcançar uma maior qualidade de vida e de segurança no momento certo (Peeler *et al*, 2024; Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

Para isso, a importância que é dada ao assunto e à sua investigação deve aumentar pois, o conhecimento ainda é pouco, tanto internacionalmente como no contexto português. Em perspetiva,

tem sido superior o avanço do conhecimento acerca da educação interdisciplinar em comparação com o avanço do conhecimento acerca das soluções interdisciplinares adequadas nas equipas de saúde (Arden O'Donnell *et al*, 2024; Kesonen *et al*, 2024; Mollman *et al*, 2023; Vaseghi *et al*, 2022; Peeler *et al*, 2024). No que concerne à educação, a integração de competências interprofissionais nos currículos dos cursos, onde se inclui a educação em contexto de trabalho, afiguram-se essenciais à consolidação de uma atuação interdisciplinar eficaz (Ashcroft *et al*, 2024; Mollman *et al*, 2023; Peeler *et al*, 2024; Vaseghi *et al*, 2022). A educação e a formação interdisciplinar contribuem para um melhor entendimento das responsabilidades, papéis e funções sobretudo: (1) apoiar adequadamente a transição de pessoas entre contextos; (2) incentivar o trabalho em equipa interdisciplinar; (3) definir responsabilidades de cada membro ao coordenar os cuidados; (4) fortalecer o papel de voluntários e (5) adequar os cuidados a necessidades específicas (Capelas, 2008; Gamondi *et al*, 2013 a); Gamondi *et al* 2013, b; Nancarrow *et al*, 2013; Radbruch *et al*, 2020; Warren & Warren, 2023).

Relativamente às práticas interdisciplinares no contexto da saúde, seja pela quantidade e tipologia de serviços, pela variabilidade de locais de prestação dos cuidados só por si, são aspetos que obrigam a uma boa definição de papéis e de responsabilidades entre membros da equipa, reconhecendo a contribuição de todos (incluindo doente a família) na equação. Devem descomplicar a compreensão e o respeito das fronteiras de atuação, os processos de referenciação e aconselhamento, bem como um fluxo comunicacional contínuo (Capelas, 2008; Kesonen *et al*, 2024; Krause *et al*, 2025; Lourenço *et al*, 2022; Nancarrow *et al*, 2013; Peeler *et al*, 2024; Radbruch, 2020; Vaseghi *et al*, 2022).

Perante o enquadramento, se observarmos os Cuidados Paliativos (CP) é clara, a importância destes serem por inerência, efetuados por uma equipa interdisciplinar que contribui para alcançar, as necessidades daqueles que, estando em situação de doença que ameaça a vida e de suas famílias precisam de um acompanhamento no momento certo, no alinhamento da definição de CP da *World Health Organization* (WHO), comumente aceite como a *Golden Standard* na Europa (Gilbert *et al*, 2010; Radbruch *et al*, 2007; Radbruch & Payne, 2009). De entre, as dez competências centrais em CP, salienta-se o quão importante é implementarem-se num formato de coordenação integral interdisciplinar, independentemente do local onde ocorram (Arden O'Donnell *et al*, 2024; Gilbert *et al*, 2010; *World Health Organization*, 2012). Estes cuidados, e de acordo com Twycross (2003) e Radbruch (2016) devem estabelecer-se num conjunto de valores e princípios mundialmente reconhecidos (autonomia, dignidade, relação entre o doente e o profissional de saúde, qualidade de vida, posição em relação à vida e à morte, comunicação, educação pública, trabalho em equipa interdisciplinar, apoio à família e controlo de sinais e sintomas). Destes, salienta-se a comunicação, decisiva na implementação de CP e para o funcionamento eficaz nas equipas interdisciplinares (Lagerin *et al*, 2025).

Neste alinhamento, e observando o modelo organizativo de prestação de CP em vigor no Sistema Nacional de Saúde (SNS) Português, sabe-se que, o mesmo se sustenta em equipas, unidades e serviços especializados, numa organização integrada que suporta as necessidades multidimensionais de doentes e famílias, numa estreita integração com os restantes serviços e níveis do SNS (República Portuguesa, s.d.). Estas poderão estar sediadas nos diferentes níveis do Sistema, numa articulação em rede de diferentes tipologias: Unidades de Cuidados Paliativos; Equipas Intra-Hospitalares de suporte de cuidados paliativos (EIHSCP) e Equipas Comunitárias de Suporte em cuidados paliativos (Afonso *et al*, 2015; Emanuel & Back, 2018; Capelas, 2008; Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2024;

Gamondi *et al*, a); Gamond *et al*, b); Nancarrow *et al*, 2013; Presidência do Conselho de Ministros, 2023; Radbruch, 2020).

E é, na tipologia de EIHSCP que se coloca o foco, numa equipa que se pressupõe altamente especializada na prestação de CP, assente numa base interdisciplinar em contexto hospitalar, a doentes (com elevada complexidade) e seus cuidadores (Afonso *et al*, 2015; Emanuel & Back, 2018; Gamondi *et al*, 2013 a); Gamondi *et al* 2013, b); Gilbert *et al*, 2010; Nancarrow *et al*, 2013; Radbruch *et al*, 2020; Xyrichis & Rose, 2024). Para além disso, disponibiliza formação e realiza a interligação com outros serviços na comunidade, disponibilizando consultadoria a profissionais dos outros níveis do SNS. Articula-se com Universidades, Escolas de Saúde e Centros de Investigação (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2024; Buitrago *et al*, 2020; Nancarrow *et al*, 2013; Silva *et al*, 20024).

O facto de os CP, no contexto hospitalar, se suportarem em CP interdisciplinares, liderados por um especialista em medicina paliativa, parecem beneficiar o alívio de sintomas, melhorar a qualidade de vida e viabilizar múltiplos indicadores de cuidado a pessoas em fim de vida e com doenças altamente complexas e, melhoram também os custos associados aos cuidados (Bruera, 2024; Morrison, 2019; Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2024; Presidência do Conselho de Ministros, 2023; Xyrichis & Rose, 2024). Em suma esta ação coordenada é cada vez mais decisiva para cuidar das pessoas mais vulneráveis, daquelas que mais sofrem, das que estão a morrer, das crianças com condições complexas ou incuráveis. Internacionalmente e sobre o contexto hospitalar e os CP o que sabe é realmente pouco, mas é menos ainda, no contexto português (Gilbert *et al*, 2010).

Neste cenário importa analisar em detalhe a proposta dos autores McLaney *et al* (2022) que mencionavam a levada complexidade do contexto hospitalar, que beneficia, e muito, de uma atuação interdisciplinar suportada em competências centrais e coletivas, aplicáveis a toda a equipa, destacando: Comunicação; Resolução de conflitos interprofissionais; Tomada de decisão compartilhada; Reflexão; Clarificação de papéis; Valores e ética interprofissionais. Noutra perspetiva Nancarrow *et al* (2013) sumariavam competências que suportam um trabalho interdisciplinar eficiente orientado para resultados: Liderança e gestão; Comunicação; Recompensas pessoais, formação e desenvolvimento; Recursos e processos adequados; Composição da equipa; Clima da equipa; Características Individuais; Visão Clara; Foco na qualidade e nos resultados do cuidado e Respeito e compreensão dos papéis.

Paralelamente, neste local, os CP também devem observar o binómio altas *versus* disponibilidade de camas hospitalares, um cuidado importante no que aos resultados clínicos e organizacionais diz respeito (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023; Peeler *et al*, 2024). Ou seja, devem-se observar os rácios previstos, bem como a tipologia/área dos profissionais que, habitualmente, integram as EIHSCP-Equipas em Hospitais Gerais (Adultos), a serem necessariamente constituídas por: médicos (1.5 ETC» mínimo 2 a 3 profissionais); enfermeiros (2 ETC» mínimo 2 ou 3 profissionais); psicólogos (0,5 ETC» Mínimo 2 profissionais); (0,5 ETC» mínimo 2 profissionais) (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023). Neste cenário, a intervenção é mais direcionada para sintomas imediatos, com o foco da equipa a ser mais voltado para a gestão das condições agudas e críticas (Almeida, 2024; Thompson & Lee; 2023).

Tendo por base o enquadramento teórico, o objetivo do estudo é explorar as perceções e práticas dos profissionais de CP em relação a sua atuação interdisciplinar numa EIHSCP. Será possível descrever os significados atribuídos à interdisciplinaridade; caracterizar as competências interdisciplinares mais

usadas; determinar os facilitadores e as barreiras que, os profissionais identificam na implementação da atuação interdisciplinar.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

O estudo com cariz qualitativo tem como objetivo investigar a dinâmica da atuação interdisciplinar em CP, no contexto hospitalar, explorando as perceções dos profissionais sobre a colaboração entre diferentes áreas, identificando facilitadores e desafios da prática interdisciplinar. Usou-se uma abordagem de análise temática para analisar os dados recolhidos, o material empírico tendo por base o método dedutivo (Braun & Clarke, 2006, 2022). O estudo seguiu os critérios da lista de verificação de critérios consolidados para reportar investigação qualitativa (COREQ) (Tong et al., 2007). Para o efeito realizaram-se entrevistas semiestruturadas (Apêndice I).

2.2. LOCAL DO ESTUDO, PARTICIPANTES E RECRUTAMENTO

Os participantes foram recrutados voluntariamente numa unidade intra-hospitalar de CP na região centro de Portugal (Médio Tejo), equipa que no contexto hospitalar presta CP interdisciplinares a doentes e famílias. A seleção da amostra, baseou-se numa base intencional. Os critérios de inclusão: (1) profissionais que trabalham numa unidade intra-hospitalar de CP, (2) prestam cuidado diretos doentes e às suas famílias e (3) assinaram o consentimento informado livre e esclarecido. No total, participaram na pesquisa 12 profissionais até à saturação dos dados temáticos.

2.3. RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, realizadas entre abril e junho de 2024. Realizou-se uma entrevista semiestruturada, da qual realizámos uma entrevista piloto e fizemos alguns pequenos ajustes, que permitiram a incorporação da entrevista piloto como parte dos nossos dados. Todas as entrevistas foram realizadas presencialmente gravadas em áudio. Apenas a participante e o primeiro autor estiveram presentes nas entrevistas. Todos os participantes foram entrevistados individualmente, num local calmo, da sua preferência, dentro do serviço (em data e hora combinada). No início de cada entrevista, os participantes preencheram um questionário sociodemográfico que questionava sobre a idade, o sexo, os anos de serviço, e anos de serviço em CP. Questionou-se também a formação em CP (avançada e outras). Após a entrevista, os participantes foram agradecidos e tiveram oportunidade de colocar questões. Após as entrevistas foram registadas notas de campo descrevendo as reflexões da investigadora sobre a conversa. As entrevistas tiveram uma duração ente 4 minutos e 2 segundos e 11 minutos e 43 segundos. As transcrições das entrevistas foram devolvidas aos participantes para comentários ou correções, antes de se avançar para a respetiva análise.

2.4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia e aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Médio Tejo (Despacho nº 67/PCA/CA do Conselho de

Administração). Todos os participantes forneceram o consentimento livre e esclarecido, e a identidade foi protegida com um código alfanumérico. Os participantes foram informados de que em qualquer fase do estudo poderiam não continuar a sua participação. Não receberam recompensas monetárias pela participação.

2.5. ANÁLISE DE DADOS

Recorrendo à análise temática reflexiva de *Braun e Clarke*, os dados foram analisados para definir o enquadramento conceptual dos principais tópicos que emergiram das entrevistas temática (Braun & Clark, 2006; Braun & Clark, 2022). Cada entrevista foi analisada, e o processo de codificação começou por utilizar frases que tinham o tamanho de uma frase do texto. Os códigos foram categorizados em temas e modificados após cada entrevista. Após a conclusão de cinco entrevistas, o processo de codificação passou a incluir frases mais longas, constituídas por múltiplas frases. Procurou-se fazer a transição de códigos descritivos para códigos interpretativos, de modo a discernir as relações mais amplas entre as experiências dos participantes. Após a conclusão de cada entrevista, a matriz de codificação foi submetida a uma avaliação completa para identificar os elementos proeminentes nas experiências dos participantes.

O software de análise de dados qualitativos MaxQDA (Versão 24.8.0_Portugal) foi utilizado para armazenamento e gestão de dados.

3. RESULTADOS

3.1. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

No total, foram realizadas 12 entrevistas aos profissionais da EIHS CP do Médio Tejo. Dez eram mulheres com uma média de 38 anos de idade (variação de 26 a 52 anos). Em relação à categoria profissional, participaram seis enfermeiros, dois médicos, dois assistentes sociais e dois psicólogos. Os participantes tiveram uma média de 14,3 anos de experiência profissional e 9,3 anos de trabalho em CP. Relativamente à formação avançada em CP (n=8) e outras formações em CP (n=10). Uma descrição da amostra é fornecida na Tabela 1.

Tabela 1- Caraterização Sociodemográfica da Amostra

Participante	Idade (anos)	Sexo	Profissão	Experiência Profissional (anos)	Experiência Profissional CP (anos)	Formação Avançada CP	Outras Formações CP
P1	41	Masculino	Médico	15	7	Sim	Não
P2	30	Feminino	Enfermeiro	15	6	Não	Sim
P3	41	Feminino	Enfermeiro	15	9	Sim	Sim
P4	36	Feminino	Psicóloga	11	6	Sim	Sim
P5	38	Feminino	Enfermeira	15	9	Sim	Sim
P6	28	Feminino	Psicóloga	1	1	Não	Sim
P7	26	Masculino	Enfermeiro	5	2	Não	Não
P8	47	Feminino	Assistente Social	17	14	Não	Sim
P9	52	Masculino	Médico	30	23	Sim	Sim
P10	39	Masculino	Assistente Social	15	13	Sim	Sim

P11	41	Feminino	Enfermeira	15	14	Sim	Sim
P12	47	Feminino	Enfermeira	17	7	Sim	Sim

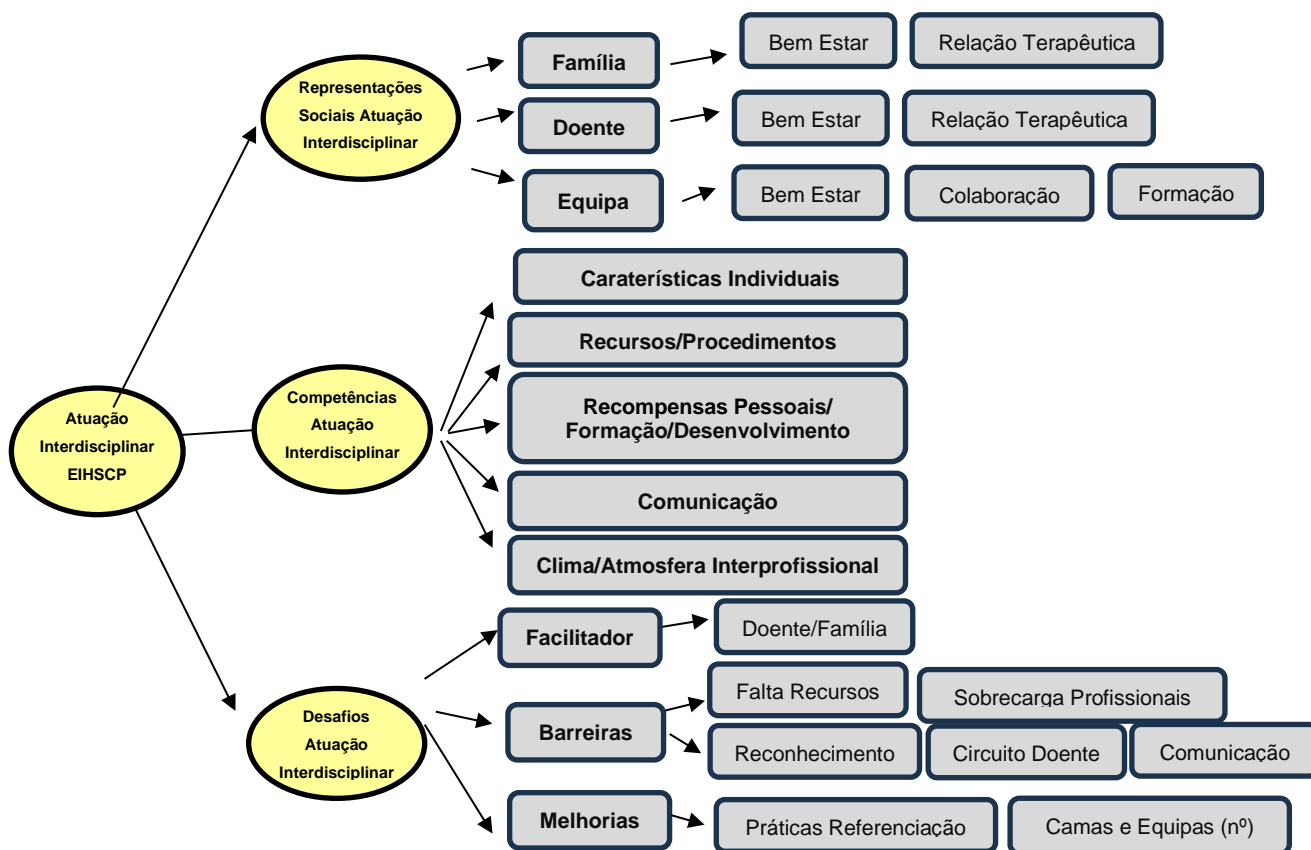
3.2. RESULTADOS DO ESTUDO

Os dados das entrevistas foram resumidos em três temas principais:

O primeiro tema “*Representações Sociais Atuação Interdisciplinar*”, o segundo tema “*Competências de atuação interdisciplinar*” e o terceiro “*Desafios atuação interdisciplinar*”. Dentro do primeiro tema foram identificados três subtemas: equipa; doente e família. No segundo tema foi subdividido em cinco subtemas: características individuais; recursos/ procedimentos; recompensas pessoais/ formação/ desenvolvimento; comunicação e clima/atmosfera interprofissional. Por fim, no terceiro tema, encontramos três subtemas: facilitadores; barreiras e sugestões de melhoria.

Na figura 1 é possível conhecer em detalhe a organização dos temas, subtemas e respetivos códigos.

Figura 1 - A árvore de codificação da análise temática sobre Atuação Interdisciplinar numa EIHS CP



3.2.1. Representações Sociais Atuação Interdisciplinar

As indicações dos participantes colocaram o foco em aspetos relacionados com: a equipa, o doente e subsequentemente a família/cuidadores.

‘Equipa’: No que à equipa interdisciplinar diz respeito, todos os profissionais indicaram a importância de uma efetiva ‘colaboração equipa’, o pensar e sistematicamente observar o ‘bem-estar

equipa'. Não só na perspectiva interna, mas também na interação com outras equipas de dentro do hospital. É preponderante, a formação, não só a base e avançada, mas também, aquela feita de forma contínua, a 'formação em CP 'que ajuda a que, a equipa consiga sustentar em uníssono uma 'visão holística da doença'.

(P9: Médico): *"Significa ver os vários grupos profissionais a trabalharem em conjunto, onde a soma das competências de cada um é superior as partes (...) interessante e difícil gerir as fronteiras, medico-enfermeiro (...) assistente social, psicólogo e outras profissões necessárias e outra das funções da equipa inter-hospitalar é no hospital, trabalhar nas enfermarias, outros profissionais recetores da equipa interdisciplinar"*.

(P10: Enfermeiro): *"O amplo conjunto de conhecimentos interdisciplinares permite cuidados mais abrangentes, promovendo melhor qualidade de vida, fortalecimento da relação profissional-doente, redução da ansiedade e stress"*.

(b) Doente: Faz parte do processo e da equipa interdisciplinar. Neste sentido, parece crucial que se observe o 'bem-estar do doente' a todo o momento, suportado numa 'relação terapêutica 'que se estabelece e fortifica, muito para lá (desejável) no após alta, sempre que o doente precisa, tal como ouvido.

(P1: médico): *"A atuação interdisciplinar, sendo ampla e completa, explora e responde á maioria das necessidades do doente de perfil paliativo (...) permite a alguns doentes espaço de partilha, para a escutar e para estratificar os sintomas e assim implementar o plano terapêutico farmacológico e não farmacológicos mais ajustado"*.

(P7: enfermeira): *"A parte social (...) o doente tem alta, e é exatamente importante que se consiga também comunicar tudo no pós-alta hospitalar"*.

(c) Família é igualmente parte integrante da atuação interdisciplinar na perspectiva dos participantes, e à semelhança do desejável e indicado na literatura de referência. Aqui pesa igualmente o 'bem-estar da família 'e a 'comunicação com família', aquela baseada em confiança, em processos claros, partilhados, em que todos contribuem para o mesmo fim, fazer CP de excelência.

(P6: psicóloga): *"Colaboração entre todos para proporcionar o bem-estar dos utente e família, não só de uma forma isolada, enquanto medico ou psicólogo, mas sim toda a abordagem que fazemos e a comunicação entre equipa, acho que é fundamental"*.

(P10: enfermeira): *"A atuação interdisciplinar em CP pode influenciar positivamente tanto a pessoa/família alvo de cuidados, o seu bem-estar"*.

(P11: enfermeira): *"De extrema importância a ativa em formação, de forma constante"*.

O segundo tema é sobre as *Competências Atuação Interdisciplinar*.

3.2.2. Competências Atuação Interdisciplinar

(a) Caraterísticas Individuais: Os participantes exploram diversos aspetos, nomeadamente, a experiência, a iniciativa e habilidades interpessoais adequadas ao trabalho em equipa. A atuação interdisciplinar integra aspetos individuais basilares como compaixão, humanidade, empatia, respeito pela dignidade e autonomia do doente, honestidade, assertividade, escuta ativa, sensibilidade ética e

cultural. Estes aspetos de cariz individual permitem que os profissionais de saúde compreendam as vulnerabilidades e necessidades do doente e da família, atuem de forma compassiva, respeitosa e ética, facilitando a tomada de decisões e a humanização do cuidado, norteado por princípios bioéticos: beneficência, não maleficência, justiça autonomia. Importa considerar-se o autocuidado e o autoconhecimento.

(P1; medico): “Capacidade empática permite ascender a atitudes compassivas ajustadas e não paternalistas (...) O rigor científico no método de trabalho e estratégias terapêuticas usadas (...) tomando conta de nós, conhecermo-nos, cuidarmo-nos”.

(P11; enfermeira): “Sensibilizarmo-nos para o sofrimento do outro sem julgamentos e honestamente (...) promovermos atitudes que os ajudem, sentindo sempre que tem uma equipa que não os abandona (...) que está disponível e envolvida”.

(P2; enfermeira): “Na atuação interdisciplinar eficaz (...) dar resposta a sintomas complexos, conduzir os processos com sensibilidade ética e cultural, conhecimentos de apoio emocional e espiritual (...) a capacidade de facilitar a tomada de decisões”.

(P4; psicóloga): “Mantendo a compaixão, a humanidade, a responsabilidade com o doente, a consideração pelas queixas, pelas vulnerabilidades, a nossa honestidade”.

(P10; enfermeira): “Para uma atuação interdisciplinar eficaz em CP é essencial a equipa desenvolver competências de autocuidado e autoconhecimento, só conseguimos cuidar do outro se nós próprios estivermos bem”.

(b) ‘Recursos e processos’: A infraestrutura e os procedimentos devem suportar o funcionamento eficaz e eficiente da equipa, o que foi mencionado por todos os participantes. Mesmo que, os médicos desempenhem um papel crucial na gestão de sintomas, planeamento avançado de cuidados e na preparação das famílias para possíveis cenários de evolução da doença, os enfermeiros na elaboração de planos de cuidados individualizados, gestão de sintomas, suporte emocional e psicológico a doentes e familiares, e coordenação de cuidados, os psicólogos no apoio psicológico tanto aos doentes como às suas famílias, incluindo no luto após falecimento, os assistentes sociais façam a avaliação das necessidades sociofamiliares, informando sobre os recursos disponíveis e articulando com a equipa que poderá variar em função das necessidades caso a caso todos, em conjunto devem sustentar a sua atuação em bem-estar e a qualidade de vida de doentes e famílias, numa abordagem centrada na pessoa. Foi reforçado pelos profissionais alguns processos importantes: elaboração de planos de cuidados individualizados; reuniões de equipa; conferências familiares; disponibilização de recursos dentro da equipa extra equipa (ainda no hospital) e fora (na comunidade). No que toca a recursos humanos foi mencionado pelos profissionais a articulação com a área da dietética e nutrição como vital para as pessoas com necessidade de CP (ainda no hospital, mas também na alta e na continuidade de cuidados, no domicílio). Foi mencionada a importância dos sistemas de informação, integrados e adjuvarem os registos e a passagem de informação.

(P10; Médico): “as práticas interdisciplinares, podemos falar na importância das conferências familiares, (...) devem estar os profissionais mais relevantes naquela situação ou então chamar, (...) por exemplo, nutricionista, para um caso em concreto”.

(P8: Assistente Social): *“a abordagem nas primeiras consultas e apos fazer a avaliação das necessidades, é o diagnostico sociofamiliar, a abordagem á família, ao doente, explicar os recursos que existem na própria equipa (...) dos técnicos que eu aviso logo ou informo que esta ao dispor é a psicóloga (...) palavra (...) gatilho emocional”*

(P4: Psicóloga): *“(...) abrange a família, uma preocupação, quer no contexto do que é que esta a acontecer e quer no acompanhamento e na gestão do doente (...) tanto ainda no internamento como só nas consultas de suporte paliativo (...) quando o doente está no domicílio e vem as consultas. No apoio no luto (...) que já é uma sequência e a última resposta que podemos dar aos familiares, aquando da morte do doente”.*

(P2: Enfermeira): *“Colaboração na elaboração de planos de cuidados individualizados”.*

(P11: Enfermeira): *“As reuniões de equipa também são essenciais para em conjunto se conseguirem estratégias (...) mas também (...) conferencia familiares, coordenação de cuidados durante vários momentos, e para se concertarem, fazer-se a gestão de sintomas, dar suporte emocional e psicológico e fazer o plano avançado de cuidados”.*

(c) ‘Recompensas pessoais/formação/desenvolvimento’: As recompensas pessoais, a formação e o desenvolvimento numa base continua parecem favorecer o trabalho interdisciplinar. Igualmente as oportunidades de formação e desenvolvimento de carreira parecem ser decisivas, tanto no que à formação base diz respeito, como a formação avançada e, pontualmente formações sobre o tema, numa base de formação continua e evolução quer individual, quer no grupo.

(P5; Enfermeira): *“a formação teórica e muito importante”.*

(P3: Enfermeira): *“o desenvolver competências de autocuidados e autoconhecimento”.*

(P8: Médico): *“É obvio que alguém com formação básica não detém o mesmo nível de informação que alguém com uma pós-graduação, mas o básico permitiu-me as bases perceber que necessitava de mais informação, mais detalhada, mais conhecimento. Acho que quanto mais informação houver, mais facilita a prática”.*

(P1: Médico): *“Ajuda-me no rigor científico, no método de trabalho e estratégias terapêuticas (...) a medicina paliativa ajuda-me, bem como a constante atualização de farmacologia entre outras estratégias não farmacológicas”.*

(P12: Assistente Social): *“Conhecimentos e aptidões são importantes no controlo sintomático da dor total, no apoio e informação dos recursos da comunidade”.*

(P8: Assistente Social): *“Eu devo dizer que quando fizeram a proposta de eu fazer uma formação em CP, fui sem qualquer tipo de despreziosíssimo, fui sem saber muito bem ao que ia, não ia propriamente motivada e esta área acabou por ser uma agradável surpresa (...) ainda bem que cá estamos e que conseguimos de alguma forma fazer a diferença na vida de alguém ou de muitos alguém”.*

(d) ‘Comunicação’: O facto de, a equipa deter boas competências de comunicação, garantindo os meios e os sistemas apropriados para promover a comunicação dentro da equipa e fora da equipa, recorrendo a estratégias de comunicação que promovem a colaboração na tomada de decisão e processos de equipa eficazes é um fator decisivo. A comunicação é crucial com os doentes, com famílias, e entre os colegas de equipa. A comunicação facilita a interação e o trabalho em equipa e é crucial neste contexto de grande complexidade (o hospital). Saber comunicar com calma, assertivamente parece ser uma competência decisiva, crucial em equipas com pleno funcionamento interdisciplinar.

(P2: Enfermeira): *“a capacidade de comunicação, de trabalho em equipa e colaborar com outros profissionais de saúde, ajuda a dar resposta a sintomas complexos”*.

(P1: Médico): *“É crucial a comunicação ágil e assertiva, sem paternalismo (...) de qualidade com e em equipa (...) de qualidade com doentes e cuidadores”*

(P6: Psicólogo): *“A comunicação é essencial neste tipo de ação e trabalho (...) a comunicação tanto com os colegas como com os familiares e doentes, pois por vezes torna-se um pouco complicada e delicada”*.

(P12: Assistente Social): *“A Empatia, sinceridade, comunicação adaptada e ética”*.

(e) ‘Clima/atmosfera interdisciplinar’: A cultura de equipa baseada na confiança, a valorização do contributo de todos, numa atuação que cultiva o consenso e permite a criação de uma atmosfera interprofissional parecem ser temas muito importantes em equipas com elevada competência em funcionamento interdisciplinar, um clima que considera o doente e a família. O tema foi menos indicado que os anteriores, mais indicado pelos participantes que cumulativamente têm mais de seis anos de serviço e formação avançada em CP.

(P10: Enfermeira): *“Conseguirmo-nos colocar no lugar do outro, sensibilizarmo-nos com o sofrimento do outro sem julgamentos, e de forma honesta promovermos atitudes que os possam ajudar nesta fase da sua vida, sentindo sempre que tem uma equipa que não os abandona e que está disponível e envolvida com o percurso”*.

(P6: Psicóloga): *“Para além do internamento, do apoio que se faz no internamento ao doente também se abrange a família, portanto há sempre ali uma preocupação, quer no contexto do que é que está a acontecer, num clima de interajuda”*.

(P1: Médico): *“Tem de existir um cumprimento ético de elevada maturidade”*.

(P8: Assistente Social): *“Seremos uma verdadeira equipa interdisciplinar, o confiarmos uns nos outros, sérios desafios num contexto rápido e dentro de portas de um hospital”*.

O terceiro tema é relativo aos *Desafios Atuação Interdisciplinar*, organizado se em três subtemas: (1) facilitadores, (2) barreiras e (3) sugestões de melhoria.

3.2.3. Desafios Atuação Interdisciplinar

Os fatores facilitadores mencionados pela equipa comportam a *‘equipa inclui doente/ famílias’*. Já que, as equipas interdisciplinares de saúde enfrentam um conjunto de desafios que, e como sabemos, não se encontram noutra tipo de equipas, mais ainda, quando se analisam as equipas de CP, a atuação concertada entre todos (incluindo doente e família) é um fator facilitador. Estas são por inerência

equipas que incorporam desafios que abarcam a natureza contenciosa da partilha de funções e conhecimentos profissionais, planeamento e tomada de decisões, e prestam cuidados de qualidade ao doente em contextos complexos como é o caso do contexto intra-hospitalar (Centros Hospitalares). Como escutado:

(P8: Assistente Social): *“Acho que temos de ter humanidade suficiente para nos podermos moldar a outros profissionais, porque não estamos só a falar do tipo de profissão que cada um tem, porque cada um tem a sua abordagem como é obvio. Estamos a falar também das crenças dos profissionais, estamos a falar do feitio profissionais, da abertura ou menos abertura que cada profissional tem (...) moldar ao feitio e forma de trabalhar do outro, da maneira que a equipa esteja o mais automatizada possível em prol do doente”.*

(P3: Enfermeira): *“As equipas bem estruturadas (...) com respeito mútuo entre os membros da equipa”.*

(P2: Enfermeira): *“Facilita muito a participação ativa doentes e familiares”.*

Sobre as principais barreiras conheceram-se: ‘falta de recursos’; ‘stress/sobrecarga profissionais’; ‘reconhecimento profissionais/instituições’.

A falta de recursos é não só sobre a tipologia de profissionais, mas também, sobre o número de horas que eles dedicam às equipas, mais ainda aqueles que não fazem parte da equipa nuclear do Plano Estratégico Nacional, disso exemplo, os psicólogos, nutricionistas ou outros. Não se falou dos profissionais de terapia e reabilitação neste estudo. Sobre o assunto foi possível ouvir inúmeras vezes:

(P2: Enfermeira; P3: Enfermeira): *“Faltam Recursos”.*

(P9: Médico): *“Infelizmente, a barreira que toda a gente se lembra é a inexistência de recursos em quantidade e disponibilidade de tempo suficiente. Ainda temos situações de pessoas, de equipas, que têm psicólogo 10 horas (...) Assistentes sociais também 10 horas. Não funciona, mesmo que as pessoas trabalhem bem...”*

Claramente o desafio anterior está subjacente a um outro, que é o stress/sobrecarga dos profissionais. Sobre o assunto ouviram-se algumas indicações, nomeadamente:

(P5: Enfermeira): *“Em termos de barreiras, salientasse o desgaste emocional dos profissionais de cuidados paliativos, assim como a ausência de reconhecimento por outros profissionais de outras áreas”.*

(P9: Médico): *“Os profissionais trabalharem demasiado em stress, em sobrecarga emocional (...) são profissionais que estão permanentemente em risco de desenvolver... Enfim, situações de desespero e por aí adiante”.*

(P1: Médico): *“Reconhecimento da especialidade pelos superiores hierárquicos da administração e do Ministério da Saúde, bem como, pela sociedade civil. O reconhecimento do desgaste emocional e moral dos profissionais nesta área (...) Rácios de doentes desadequados face ao número de profissionais de saúde”.*

À semelhança daquilo que é encontrado na literatura, também se encontraram outro tipo de desafios, nomeadamente, o reconhecimento profissionais/instituições. As instituições tendem a colaborar menos, ou conseqüentemente menos com os CP talvez por algum desconhecimento do que é um

doente ou família com necessidades paliativas. Esta barreira pode condicionar a qualidade dos cuidados bem como, todo processo de referência e integração de cuidados nos diferentes patamares necessários ao circuito do doente.

(P2: Enfermeiro): *“Estigma associado aos Cuidados Paliativos”*.

(P3: Enfermeiro): *“Dificuldade na desmistificação para quem são os cuidados paliativos”*.

(P1: Médico): *“Reconhecimento da especialidade pelos superiores hierárquicos da administração e do Ministério da Saúde, bem como, pela sociedade civil”*.

Outras barreiras menores, mencionadas pelos profissionais de enfermagem são o circuito do doente e à comunicação (fora do hospital sobretudo). Ouviu-se sobre o assunto:

(P3: Enfermeira): *“Falta de respostas na comunidade para dar continuidade de resposta a estes doentes/famílias (...) é muito importante para o circuito doente”*.

(P2: Enfermeira): *“Diferenças de valores, perspetivas, barreiras culturais e linguísticas”*.

(P3: Enfermeira): *“Dificuldade de comunicação com outras equipas”*.

Por último os participantes deram, algumas sugestões de melhoria atuação Interdisciplinar em CP. No que a sugestões de melhoria diz respeito, as mesmas referem-se a boas práticas de referência, ao conhecimento e investigação e também o aumento de número de camas/equipas. Sobre o assunto parecem ser relevantes, melhorias nas práticas referência, mais e melhor conhecimento e investigação e um amento no número camas/equipas. Sobre o mencionado é possível selecionar algumas frases relevantes:

(P5: Enfermeira): *“Boas praticas para uma referenciação atempada”*. (antes do doente chegar à equipa e no planeamento das altas.

(P5: Enfermeira): *“A necessidade de partilhar os princípios dos cuidados paliativos”*.

(P9: Médico): *“Há muitas pessoas com ansiedades coletivas na população em geral. As pessoas estão no hospital, em casa, onde quiserem (...) com direito à escolha”*.

(P1: Médico): *“Essencial promover literacia em saúde na área dos Cuidados Paliativos (...) promover investigação de valor nesta área”*.

(P4: Psicóloga): *“Temos 6 camas de internamento temporário (...) não é um número suficiente para dar resposta aos pedidos e necessidade da população”*.

(P9: Médico): *“desde que a resposta exista, que é sempre outra limitação, esta lógica de pivô das equipas, entre si e com as outras, trabalhar em conjunto, nem sempre é fácil (...) com base numa comunicação muito intensiva entre todos”*.

4. DISCUSSÃO

O estudo qualitativo envolveu uma exploração aprofundada das perceções e experiências relativas às questões atuação interdisciplinar numa EIHSCP. A formação contínua da equipa é destacada como essencial para a eficácia da atuação interdisciplinar em CP pois, e neste caso oito dos doze participantes têm formação avançada e dez têm a formação inicial em CP. Claramente, este mapeamento da equipa, ditou o conhecimento sobre o tema em investigação (Arden O'Donnell *et al*, 2024; Kesonen *et al*, 2024; Krause *et al*, 2025; Mollman *et al*, 2023; Nancarrow *et al*, 2013; Peeler *et*

al, 2024; Presidência do Conselho de Ministros, 2023; Radbruch et al, 2020; Vaseghi *et al*, 2022; Peeler et al, 2024; Warren & Warren, 2023).

O maior *facilitador à atuação interdisciplinar da EIHSCP* neste contexto de grande complexidade é, a equipa envolver de modo estruturado o doente e a família, aspeto que vai ao encontro do preconizado na literatura nacional e internacional para a prática de CP. Parece que, mesmo para os profissionais com um ano de experiência e sem formação avançada em CP este é um ponto decisivo (Ashcroft et al, 2024; Capelas, 2008; Krause et al, 2025; Lourenço et al, 2022; Nancarrow et al, 2013; Radbruch, 2020). Já sobre as *barreiras*, os profissionais indicaram alguns aspetos que são externos à própria equipa, que não estão na dependência direta, sobretudo falta de recursos; *stress/sobrecarga* profissionais; reconhecimento profissionais/Instituições; circuito do doente e comunicação em equipa (sobretudo com outros serviços do hospital e fora do hospital). Claramente desafios crescentes das equipas de saúde, à medida que a população tende a envelhecer, exercendo sobre os serviços modo geral, e nos CP em concreto, uma pressão com tendência de crescimento (Arden O'Donnell et al, 2024; Emanuel & Back, 2018; Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental; 2018; Kesonen et al, 2024; Lourenço et al, 2022; Peeler et al, 2024; Vaseghi et al, 2022).

Sobre a *Representação Social sobre a Atuação Interdisciplinar* foi possível confirmar que, o foco dos participantes é (com base nas respostas) a equipa, o doente, seguindo-se a família/cuidadores. O que não será de estranhar pois, o contexto de uma EIHSCP (contexto hospitalar) dita que assim seja. O acesso às famílias neste contexto pode tornar-se mais limitado, feito em momentos acordados. O doente, estando em internamento transitório, a cargo da equipa, este é o foco permanente, em todas as 24 horas (Almeida, 2024; Thompson & Lee; 2023). À semelhança do indicado na literatura, a colaboração entre profissionais contribui para o bem-estar do doente e da família, garantindo cuidados de excelência tanto ao doente quanto a família, aspetos essenciais da atuação interdisciplinar em CP. O bem-estar do doente deve ser garantido continuamente através de uma relação terapêutica sólida, que se deve planear longa e preparada, muito além da alta hospitalar (Arden O'Donnell *et al*, 2024; Capelas, 2008; Gamondi *et al*, 2013 a); Gamondi *et al* 2013, b); Kesonen *et al*, 2024; Krause *et al*, 2025; Mollman *et al*, 2023; Nancarrow *et al*, 2013; Peeler *et al*, 2024; Presidência do Conselho de Ministros, 2023; Radbruch et al, 2020; Vaseghi *et al*, 2022; Peeler et al, 2024; Warren & Warren, 2023).

Sobre as *Competências de Atuação Interdisciplinar* que parecem suportar as equipas com exercício interdisciplinar no contexto intra-hospitalar de CP, vão além do conhecimento técnico-científico das profissionais. Os achados confirmam que, as equipas de saúde com atuação interdisciplinar em CP enfrentam um conjunto de desafios que não são necessariamente encontrados por outro tipo de equipas, enquanto prestam cuidados de qualidade ao doente complexo, num contexto de complexidade, como aquele que existe num contexto intra-hospitalar (num centro hospitalar) (Gilbert et al, 2010; Lagerin et al, 2025; McLaney et al, 2022; Nancarrow et al, 2013).

De entre as competências que a literatura indica basilares à atuação em equipa interdisciplinar de CP todos participantes destacaram na dianteira as caraterísticas individuais, a serem demonstradas no exercício diário de atuação interdisciplinar numa EIHSCP. Foi um assunto muito expressado sobretudo por quem, detém mais anos de experiência e formação avançada em CP, exprimindo a importância de cada profissional (nível micro), enquanto mantém o foco na excelência estratégica institucional (nível meso). Validou-se o quão importante é deter conhecimento, experiência, iniciativa, conhecimento de pontos fortes, mas também de pontos fracos, de competências de escuta e de prática reflexiva, bem

como vontade de trabalhar sob os mesmos objetivos. Falou-se sobre o autocuidado e o autoconhecimento (McLaney *et al*, 2022; Nancarrow *et al*, 2013). Mencionaram também significativamente, os procedimentos e processos, o garante de que, estão em vigor processos e infraestruturas apropriadas para defender a visão do serviço. Disso exemplo, as reuniões de equipa, o local de trabalho, os sistemas de comunicação integrados; os critérios de referência apropriados, as conferências familiares (Ashcroft *et al*, 2024; McLaney *et al*, 2022; Nancarrow *et al*, 2013). Outro nível de competências deve-se aquelas ligadas a recompensas pessoais/formação/desenvolvimento. Validou-se que, deter ou não deter formação avançada em CP traz uma maior perceção e valorização da importância da formação e do desenvolvimento ao longo do tempo. Os profissionais com mais anos de experiência e formação avançada em CP mencionam este assunto de formação sistemática, ao passo que aqueles com menos anos de experiência e sem formação avançada, nem falam sobre o assunto, ou tendem a falar pontualmente, sem desenvolverem muito o tema, o que per si valida a importância dar estrutural e institucionalmente ao assunto, não só na formação base, mas também na formação contínua, ao longo da vida, e em contexto de trabalho. É importante o desenvolvimento da carreira, dos Curriculum Vitae, mas também recompensas e oportunidades que suportam a motivação individual e coletiva. Sintetizando, deter ou não deter formação avançada em CP traz uma maior perceção e valorização da importância da formação e do desenvolvimento ao longo do tempo (Ashcroft *et al*, 2024; McLaney *et al*, 2022; Nancarrow *et al*, 2013). Outra das competências mais referidas, é a comunicação. Esta situação vai ao encontro do indicado na literatura, onde a comunicação é basilar ao trabalho interdisciplinar em CP, facilitando a interação entre equipa, doentes e famílias. Estratégias de comunicação assertiva, empática e adaptada promovem a colaboração na tomada de decisões e melhoram a resposta a sintomas complexos. Sobre o clima/atmosfera interprofissional, os participantes validaram a importância de um ambiente de trabalho baseado na confiança, colaboração e valorização de todos os profissionais, como essencial para uma atuação interdisciplinar eficaz. A criação de um clima de interajuda e respeito mútuo favorece o bem-estar da equipa, dos doentes e das famílias (Afonso *et al*, 2015; Almeida, 2024; Emanuel & Back, 2018; Gamondi *et al*, 2013 a); Gamondi *et al* 2013, b; Gilbert *et al*, 2010; Nancarrow *et al*, 2013; Radbruch *et al*, 2020; Thompson & Lee; 2023; Xyrichis & Rose, 2024). Validou-se que, no ambiente hospitalar, onde os desafios são constantes, a comunicação clara e sem paternalismo fortalece a relação terapêutica e otimiza os cuidados prestados. Também a maturidade ética e a coesão entre os profissionais são especialmente relevantes em contextos hospitalares desafiadores, garantindo um cuidado integral e humanizado (Afonso *et al*, 2015; Almeida, 2024; Emanuel & Back, 2018; Gamondi *et al*, 2013 a); Gamondi *et al* 2013, b; Gilbert *et al*, 2010; Nancarrow *et al*, 2013; Radbruch *et al*, 2020; Thompson & Lee; 2023; Xyrichis & Rose, 2024).

Sobre o mencionado, foi possível conhecer dos participantes, algumas sugestões de melhoria para a atuação interdisciplinar em CP, na equipa intra-hospitalares, especialmente, boas práticas referênciação; maior conhecimento e investigação e também um possível aumento do número camas/equipas. Claramente, a sugestões, poderão ser repensadas aquando da revisão do modelo organizativo de prestação de CP em vigor no SNS Português que, ainda carece de melhorias estruturais nos diferentes níveis do sistema para trazer efeitos concretos no nível micro, no atendimento que é feito pelas equipas. A integração de cuidados em CP também deve ser alvo de uma maior reflexão estratégica nos diferentes níveis do Sistema para que, o atendimento ao doente seja um contínuo que o observe como um elemento ativo (Afonso *et al*, 2015; Emanuel & Back, 2018; Capelas, 2008;

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2024; Gamondi *et al*, a); Gamond *et al*, b); Nancarrow *et al*, 2013; Presidência do Conselho de Ministros, 2023; Radbruch, 2020).

4.1. FORÇAS E LIMITAÇÕES

Uma das maiores forças foi a possibilidade de entrevistar a totalidade dos profissionais da EIHS CP do Médio Tejo. Ainda assim, uma força associada a uma limitação pois, a realidade desta equipa poderá não refletir a de outras a nível regional ou nacional. Nesse sentido, urge realizar investigações que incorporem as EIHS CP de cariz nacional, onde se integre também a realidade das ilhas. Também será interessante poder realizar investigação que neste sentido integre a perspetiva do doente e família pois, parece claro à equipa a sua integração na interdisciplinaridade. A família e o doente parecem integrados no trabalho interdisciplinar da equipa, mas, é importante recolher também a sua perceção sobre o tema. O que ocorre para lá da equipa, no circuito e na alta, carece igualmente de investigação pois, a integração com outros serviços e com a comunidade é uma preocupação dos participantes no que, à manutenção da interdisciplinaridade diz respeito.

4.2. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

É possível e face conhecido, sumariar algumas forças e também limitações.

No que às forças diz respeito, foi validado que a colaboração entre profissionais permite a abordagem prevista nos CP, abarcando e considerando o doente a família (uma prioridade). Sai reforçado que a equipa funciona (independente dos nos de serviço e serviço efetivo em CP), um aspeto importante, quem sabe mais acolhe quem possa saber menos. A formação ajuda no processo, e ajuda a compreender a importância da interdisciplinaridade não só na equipa, mas também, na necessidade de esta ser continuada para lá das portas da equipa. Deverá fazer-se mais e melhor formação de modo a nivelar saberes e conhecimentos, de forma continuada, avançada, e que garanta a qualidade dos cuidados e reforce a perceção da importância da atuação interdisciplinar.

Deve-se apostar muito e cada vez mais em comunicação assertiva e na cultura de interajuda pois, favorecem um ambiente de trabalho baseado na interdisciplinaridade. Maior conhecimento, maior alinhamento com a realidade necessária à implementação dos CP. No que a limitações diz respeito, fica claro que a equipa nuclear funciona, mas que, há falta de recursos (materiais e humanos) que podem comprometer eficiência e qualidade dos cuidados. Esta carência conduz à sobrecarga e *stress* profissional, dificuldades de comunicação interinstitucional, sobretudo na comunicação entre equipas dentro e fora do hospital dificultam a continuidade dos cuidados (competências a serem pensadas e melhoradas).

Claramente, o desconhecimento sobre o que são CP não facilitam as competências interdisciplinares da organização pois, o modelo de referência e integração de CP no SNS ainda carece de melhorias estruturais para otimizar a prestação de cuidados.

Será interessante repensar as formações de cariz contínuo integrando conteúdos sobre interdisciplinaridade em CP.

5. CONCLUSÕES

Provavelmente, esta será uma das primeiras tentativas realizadas em Portugal para explorar as perceções e práticas de atuação interdisciplinar em equipas de CP no contexto Intra-Hospitalar, o local de transição entre equipas de internamento e comunidade.

É o local onde os CP precisam de maior consciencialização para que sejam uma realidade com frutos e provas dadas. Apesar do forte compromisso das equipas e da valorização da formação contínua, desafios estruturais e organizacionais ainda limitam a atuação da EIHSCP em CP, sobretudo quando a equipa nuclear necessita de se articular com outras áreas profissionais que, não aquelas obrigatórias, inscritas na lei, aquelas que encontramos. Ou mesmo com as equipas de outros de outros serviços do hospital ou fora de portas, já na comunidade.

A interdisciplinaridade é mais real para as equipas que atuam centradas na prestação de cuidados que sistematicamente envolvem o doente e a família, mesmo que este acesso per si também traga inúmeros desafios. O clima interprofissional positivo, centrado em confiança, colaboração e respeito mútuo sustenta a prática. Também a formação contínua parece ser decisiva, no garante de comunicação eficaz, compromissos éticos, sensibilidade cultural. Mesmo ainda com potencial de crescimento e maturação, pareceram decisivos a implementação sistemática de reuniões de equipa e de conferências familiares, sistemas de comunicação e critérios de referenciação maturados.

Em síntese, a melhoria dos recursos, a otimização da comunicação e a revisão do modelo organizativo parecem ser um garante essencial para uma base interdisciplinar em CP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, R., Novo, A., & Martins, P. (2015). *Fisioterapia em cuidados paliativos: Da evidência à prática*. Lusodidacta;
- Almeida, D. V. L. (2024). *A fisioterapia em cuidados paliativos no doente idoso em contexto domiciliário: uma revisão scoping* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Ciência-UCP.
- Arden O'Donnell, Judith Gonyea, Taylor Wensley & Megan Nizza (2024) High-quality patient-centered palliative care: interprofessional team members' perceptions of social workers' roles and contribution, *Journal of Interprofessional Care*, 38:1, 1-9, DOI: 10.1080/13561820.2023.2238783;
- Ashcroft, R., Bobbette, N., Moodie, S., Miller, J., Adamson, K., Smith, M. A., & Donnelly, C. (2024). Strengthening collaboration for interprofessional primary care teams: Insights and key learnings from six disciplinary perspectives. *Healthcare Management Forum*, 37(Suppl. 1), S68–S75. <https://doi.org/10.1177/08404704241266763>;
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>;
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>;
- Bruera E. (2024). Palliative Care Interdisciplinary Teams in Acute Care Hospitals and Cancer Centers: A Job for Sisyphus. *Journal of palliative medicine*, 27(8), 976–978. <https://doi.org/10.1089/jpm.2024.0190>;
- Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., Gomez-Garcia, W., ... 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>;
- Capelas, M. L. V. (2008). Dor Total nos doentes com metastização óssea. *Cadernos de Saúde*, 1(1), 9–24. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2008.2552>
- Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental. (2018). Guia sobre desenvolvimento sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo. <https://www.unric.org/pt>;
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal Continental: Biénio 2023-2024. Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde;
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2024). Serviços Integrados de Cuidados Paliativos nas Unidades Locais de Saúde. Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde;
- Emanuel, L. L., & Back, A. L. (Eds.). (2018). *Palliative Care: Core Skills and Clinical Competencies* (2ª ed.). Oxford University Press;
- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013). Competências centrais em cuidados paliativos: Um guia orientador da EAPC sobre educação em cuidados paliativos – parte 2 (P. Encarnação, E. Macedo, J. Macedo, & C. Simões, Trad.). *European Journal of Palliative Care*, 20(2), 86-91; 20(3), 140-145.
- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on palliative care education - Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 20(2), 86–91;

- Gilbert, J. H., Yan, J., & Hoffman, S. J. (2010). A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *Journal of allied health, 39 Suppl 1*, 196–197.
- Kesonen, P., Salminen, L., Kero, J., Aappola, J., & Haavisto, E. (2024). An Integrative Review of Interprofessional Teamwork and Required Competence in Specialized Palliative Care. *Omega, 89(3)*, 1047–1073. <https://doi.org/10.1177/00302228221085468>;
- Krause, K., Weber, M., & Schneider, N. (2025). Utilization and quality of primary and specialized palliative homecare in nursing home residents vs. community dwellers: A claims data analysis. *BMC Palliative Care, 24(1)*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-00987-4>;
- Lagerin, A., Melin-Johansson, C., Holmberg, B., Godskesen, T., Hjorth, E., Junehag, L., Lundh Hagelin, C., Ozanne, A., Sundelöf, J., & Udo, C. (2025). Interdisciplinary strategies for establishing a trusting relation as a pre-requisite for existential conversations in palliative care: a grounded theory study. *BMC Palliative Care, 24(1)*, 47. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01681-x>;
- Lourenço, M., Encarnação, P., & Lumini, M. J. (2022). Cuidados paliativos, conforto e espiritualidade. Em *Escola Superior de Enfermagem do Porto (Eds.), Autocuidado: Um foco central da enfermagem* (pp. 85-98). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- McLaney, E., Morassaei, S., Hughes, L., Davies, R., Campbell, M., & Di Prospero, L. (2022). A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. *Healthcare Management Forum, 35(2)*, 112–117. <https://doi.org/10.1177/08404704211063584>;
- Mollman, M. E., Gierach, M., & Kelechi, T. (2023). Palliative care knowledge following an interdisciplinary palliative care seminar. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 40(8)*, 1002–1009. <https://doi.org/10.1177/10499091231184623>;
- Morrison, R. S. (Ed.). (2019). *Palliative Care: A Guide for the Interdisciplinary Team*. Routledge.
- Naeem, M., Ozuem, W., Howell, K., & Ranfagni, S. (2023). A Step-by-Step Process of Thematic Analysis to Develop a Conceptual Model in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods, 22*. <https://doi.org/10.1177/16094069231205789>;
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten Principles of Good Interdisciplinary Teamwork. *Human Resources for Health, 11(1)*. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>;
- Peeler, A., Afolabi, O., & Harding, R. (2024). Palliative care is an overlooked global health priority: Improving access and tackling inequities in palliative care globally would help to reduce preventable suffering. *BMJ, 387*, q2387. <https://doi.org/10.1136/bmj.q2387>;
- Presidência do Conselho de Ministros. (2023, 7 de novembro). Decreto-Lei n.º 102/2023: Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. *Diário da República, 1.ª série, N.º 215*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/102-2023-217386782>;
- Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe : part 1. *European Journal of Palliative Care, 16(6)*, 278-289. <http://www.ejpc.eu.com/ejpc/ejpcissue.asp?Z=688305&IssueID=100>;
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaut, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, 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., Gomez-Garcia, W., ... 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>;

- Radbruch, L., De Lima, L., Lohmann, D., Gwyther, E., & Payne, S. (2013). The Prague Charter: Urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care. *Palliative Medicine*, 27(2), 101-102. <https://doi.org/10.1177/0269216312473058>;
- Radbruch, L., De Lima, L., Lohmann, D., Gwyther, E., & Payne, S. (2013). The Prague Charter: Urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care. *Palliative Medicine*, 27(2), 101-102. <https://doi.org/10.1177/0269216312473058>;
- Radbruch, L., Foley, K., De Lima, L., Prail, D., & Fürst, C. J. (2007). The Budapest Commitments: setting the goals a joint initiative by the European Association for Palliative Care, the International Association for Hospice and Palliative Care and Help the Hospices. *Palliative medicine*, 21(4), 269–271. <https://doi.org/10.1177/0269216307080189>;
- República portuguesa. (s.d.). Relatório sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>;
- Silva, W. C. da, Dias, A. A. S., Amorim, J., Silva, C. M. A. da, Silva, J. A. da, Justa, J. W. O. dos S., Silva, G. B. da, Santos, G. A., Santos, E. O., Oliveira, M. E. L. de, Carvalho, D. M., & Fernandes, I. T. G. P. (2024). Cuidados paliativos: Abordagem multidisciplinar na promoção da qualidade de vida para pacientes em sofrimento. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(8), 2735-2746. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p-2735-2746>
- Tannenbaum, S., Castillo, G. F., & Salas, E. (2023). How to overcome the nine most common teamwork barriers. *Organizational Dynamics*, 52(4), 101006. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2023.101006>;
- Thompson, A., & Lee, M. (2023). *Contemporary advances in palliative rehabilitation*. Springer;
- 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 of Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>;
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores;
- Vaseghi, F., Yarmohammadian, M. H., & Raeisi, A. (2022). Interprofessional collaboration competencies in the health system: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(6), 496-504. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_476_21;
- Virginia Braun & Victoria Clarke (2021) One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18:3, 328-352, DOI: 10.1080/14780887.2020.1769238: <http://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>;
- Warren, J. L., & Warren, J. S. (2023). The Case for Understanding Interdisciplinary Relationships in Health Care. *Ochsner journal*, 23(2), 94–97. <https://doi.org/10.31486/toj.22.0111>;
- World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (last accessed 12/12/2012);
- Xyrichis, A., & Rose, L. (2024). Interprofessional collaboration in the intensive care unit: Power sharing is key (but are we up to it?). *Intensive & critical care nursing*, 80, 103536. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103536>.

APÊNDICES

APÊNDICE A: GUIÃO DE ENTREVISTA

D1: O que é para si uma atuação interdisciplinar em CP numa EIHSCP?
D2: De que forma, a formação em CP contribui para uma prática interdisciplinar centrada nas necessidades dos doentes e famílias numa EIHSCP?
D3: De que forma a atuação interdisciplinar em CP influencia a pessoa alvo de cuidado bem como a relação profissional-doente? Pode dar alguns exemplos?
D4: Qual(ais) o(s) conhecimento(s) e aptidões que considera essenciais à atuação interdisciplinar em CP?
D5: Que práticas/atividades interdisciplinares desenvolve na prática profissional? Pode dar alguns exemplos?
D6: Que atitudes e valores considera necessários à atuação interdisciplinar em CP? Pode dar alguns exemplos?
D7: Que barreiras identifica para a atuação interdisciplinar em CP?
D8: Que facilitadores identifica para a atuação interdisciplinar em CP?
D9: Gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre o tema?

APÊNDICE B: ARTIGO TRADUZIDO PARA SUBMISSÃO

Tese em Processo Adequação para submissão ao *Special Issue*:

https://www.mdpi.com/journal/healthcare/special_issues/9698DY4XT1

(Traduzido em Formato APA-1ª Versão)

Perceptions and Practices of Interdisciplinary Action in an Intra-Hospital Support Team for Palliative

Care: A Qualitative Study

^{1, 2, 3}

¹ Afiliação do autor 1

² Afiliação da autora 2

³ Afiliação da autora 3

*Corresponding author: Nome do(a) autor(a) correspondente; Email: xxx@ipleiria.pt; Address:

Morada institucional completa; Telephone: +351 XXX XXX XXX

Abstract

The quality of palliative care (PC) services is closely linked to the effectiveness of interdisciplinary collaboration. A coordinated approach among professionals from different fields fosters holistic, person-centered care, ensuring comprehensive support for patients with complex conditions and their families. In hospital settings, Inpatient Palliative Care Support Teams (IPCSTs) play a key role in delivering specialized care, enhancing interdepartmental communication, training other healthcare professionals, and optimizing resources. Strong leadership by PC specialists, combined with effective team management, contributes to symptom relief, improved quality of life, and cost reduction.

However, interdisciplinary collaboration presents challenges, including competing priorities, resource constraints, and communication barriers. Despite its recognized benefits, research on its implementation in PC, particularly in Portugal, remains scarce. This study explores the perspectives and practices of professionals within an IPCST, examining team dynamics, interprofessional collaboration, and key facilitators and barriers.

Twelve semi-structured interviews were conducted with physicians, nurses, psychologists, and social workers from the IPCST in the Médio Tejo region. Data were analyzed using Braun and Clarke's Reflexive Thematic Analysis.

Interdisciplinary collaboration enhances communication between services and improves care quality. While teamwork is central, patient- and family-centered care remains the priority. Key competencies include empathy, ethics, active listening, and cultural sensitivity, alongside structural and procedural elements such as team meetings, integrated communication, and clear referral criteria. Continuous education and professional development are essential.

Challenges primarily stem from limited human and material resources, staff workload and stress, communication gaps between hospital and community teams, and insufficient institutional recognition. Suggested improvements focus on investing in ongoing training, strengthening communication and interinstitutional collaboration, and revising the organizational model of PC within Portugal's National Health Service.

Interdisciplinary collaboration in PC is fundamental for holistic, patient-centered care but is hindered by structural and organizational barriers.

Keywords: Palliative Care; Interdisciplinarity; Teams.

1. Introduction

A united and well-prepared team working toward a common goal in healthcare delivery can be highly effective in overcoming challenges. When teams within the healthcare system adopt an interdisciplinary approach, bringing together professionals from different fields who share experiences, knowledge, and skills in patient care, there is, on the one hand, significant enhancement and increased dynamism in processes. On the other hand, this

approach also introduces greater complexity, requiring highly efficient management (Ashcroft et al., 2024; Nancarrow et al., 2013; Radbruch et al., 2020).

Interdisciplinary collaboration offers countless advantages in addressing contemporary challenges, achieving objectives, and improving health outcomes. It brings together professionals not only from the healthcare sector but also from social and other relevant fields, fostering expertise in specific professional domains while also enhancing interdisciplinary practice. The challenges faced by teams in these settings are inherently different from those encountered by non-healthcare teams (Emanuel & Back, 2018; Kesonen et al., 2024; O'Donnell et al., 2024; Vaseghi et al., 2022).

Several facilitating factors contribute to effective interdisciplinary teamwork, including the establishment of a collaborative culture, strong and solid communication, task interdependence, and shared objectives (Ashcroft et al., 2024; Lourenço et al., 2022). Additionally, various societal factors indicate a growing need for interdisciplinary healthcare teams: (1) an aging population and an increasing number of patients with complex and chronic conditions; (2) the rising complexity of competencies and knowledge required for healthcare delivery; (3) the increasing specialization of healthcare professions, leading to greater fragmentation; (4) policies promoting multiprofessional teams and continuous learning; and (5) the integration of person- and community-centered care (Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental; 2018; Emanuel & Back, 2018; Kesonen et al., 2024; Lourenço et al., 2022; O'Donnell et al., 2024; Peeler et al., 2024; Vaseghi et al., 2022).

Nevertheless, despite its numerous advantages, multifactorial interdependence can expose teams to conflicting priorities and power dynamics, a lack of recognition for team members, inexperience in collaborative work, member overload due to insufficient resources or expertise, and leadership that fails to foster collaboration, among other challenges that require careful attention (Ashcroft et al., 2024; Emanuel & Back, 2018; Lourenço et al., 2022; Kesonen et al., 2024; O'Donnell et al., 2024; Peeler et al., 2024; Tannenbaum et al., 2023; Vaseghi et al., 2022; Xyrichis & Rose, 2024).

Some recurring themes that help address these challenges include recognizing barriers, avoiding the path of least resistance, encouraging and modeling collaboration, supporting shared mental models regarding roles and priorities, fostering a sense of psychological safety, and conducting regular team debriefings (Radbruch et al., 2020; Tannenbaum et al., 2023).

Considering this, it is crucial to recognize that healthcare must be coordinated and intersectoral to ensure that individuals in situations of greater vulnerability achieve improved quality of life and safety at the right time (Peeler et al., 2024; Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

To achieve this, greater emphasis must be placed on the topic and its research, as current knowledge remains limited, both internationally and within the Portuguese context. Notably, the advancement of knowledge on interdisciplinary education has outpaced the

development of effective interdisciplinary solutions within healthcare teams (Kesonen et al., 2024; Mollman et al., 2023; O'Donnell et al., 2024; Peeler et al., 2024; Vaseghi et al., 2022).

Regarding education, the integration of interprofessional competencies into curricula, including workplace-based learning, is essential for consolidating effective interdisciplinary practice (Ashcroft et al., 2024; Mollman et al., 2023; Peeler et al., 2024; Vaseghi et al., 2022). Interdisciplinary education and training contribute to a better understanding of responsibilities, roles, and functions, particularly in the following areas: (1) ensuring appropriate support for individuals transitioning between care settings; (2) encouraging interdisciplinary teamwork; (3) defining each member's responsibilities in care coordination; (4) strengthening the role of volunteers; and (5) tailoring care to specific needs (Capelas, 2008; Gamondi et al., 2013a, 2013b; Nancarrow et al., 2013; Radbruch et al., 2020; Warren & Warren, 2023).

In the context of healthcare, interdisciplinary practices, whether influenced by the range and type of services or the variability of care delivery settings, necessitate a clear definition of roles and responsibilities among team members. This includes recognizing the contributions of all involved, including the patient and their family. It is essential to simplify the understanding and respect of professional boundaries, streamline referral and consultation processes, and ensure a continuous flow of communication (Capelas, 2008; Kesonen et al., 2024; Lourenço et al., 2022; Nancarrow et al., 2013; Peeler et al., 2024; Poeck et al., 2025; Radbruch et al., 2020; Vaseghi et al., 2022).

Considering this framework, when analyzing palliative care (PC), it becomes evident that these services must inherently be provided by an interdisciplinary team. Such an approach is crucial to meeting the needs of individuals facing life-threatening illnesses and their families, ensuring timely support in alignment with the World Health Organization (WHO) definition of PC, widely recognized as the gold standard across Europe (Gilbert et al., 2010; Radbruch et al., 2007; Radbruch & Payne, 2009; Radbruch et al., 2016).

Among the ten core competencies in PC, particular emphasis is placed on their implementation through a fully integrated interdisciplinary coordination model, regardless of the setting in which care is delivered (Gilbert et al., 2010; O'Donnell et al., 2024; World Health Organization, 2012). According to Twycross (2003) and Radbruch (2016), these services should be grounded in a set of globally acknowledged values and principles, including autonomy, dignity, the patient–healthcare professional relationship, quality of life, perspectives on life and death, communication, public education, interdisciplinary teamwork, family support, and symptom management. Among these principles, communication stands out as a decisive factor in the implementation of PC and in ensuring the effective functioning of interdisciplinary teams (Lagerin et al., 2025).

In this context, analyzing the organizational model for the provision of PC within the Portuguese National Health System (SNS), it is evident that it is structured around specialized teams, units, and services. This integrated organization is designed to address the

multidimensional needs of patients and families while ensuring close coordination with other healthcare services and levels within the SNS (Republica Portuguesa, s.d.).

These PC services may be established at different levels of the system, operating within a network-based framework that includes various types of structures: Palliative Care Units, In-Hospital Palliative Care Support Teams (EIHSCP), and Community Palliative Care Support Teams (Afonso et al., 2015; Capelas, 2008; Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2024; Emanuel & Back, 2018; Gamondi et al., 2013a, 2013b; Nancarrow et al., 2013; Presidência do Conselho de Ministros, 2023; Radbruch et al., 2020).

The focus is placed on the EIHSCPs, which are expected to be highly specialized in delivering PC within a hospital setting. These teams operate on an interdisciplinary basis, providing care to patients with high levels of complexity and support to their caregivers (Afonso et al., 2015; Emanuel & Back, 2018; Gamondi et al., 2013a, 2013b; Gilbert et al., 2010; Nancarrow et al., 2013; Radbruch et al., 2020; Xyrichis & Rose, 2024).

In addition to direct patient care, these teams also provide training, establish connections with other community services, and offer consultation to professionals across different levels of the SNS. Furthermore, they collaborate with universities, health schools, and research centers (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2024; Nancarrow et al., 2013; Radbruch et al., 2020; Silva et al., 2024).

The fact that hospital-based PC is delivered by interdisciplinary teams led by a specialist in palliative medicine appears to enhance symptom relief, improve quality of life, and optimize multiple care indicators for individuals at the end of life and those with highly complex illnesses. Additionally, this approach contributes to reducing healthcare costs (Bruera, 2024; Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2024; Morrison, 2019; Presidência do Conselho de Ministros, 2023; Xyrichis & Rose, 2024).

In summary, this coordinated action is increasingly crucial in caring for the most vulnerable individuals, those who suffer the most, those who are dying, and children with complex or incurable conditions. On an international level, knowledge about hospital-based PC remains limited, and in the Portuguese context, it is even more scarce (Gilbert et al., 2010).

In this context, it is essential to examine in detail the proposal by McLaney et al. (2022), who highlighted the high complexity of the hospital setting and the significant benefits of an interdisciplinary approach based on core and collective competencies applicable to the entire team. These include communication, resolution of interprofessional conflicts, shared decision-making, reflection, role clarification, and interprofessional values and ethics.

From another perspective, Nancarrow et al. (2013) summarized key competencies that support effective interdisciplinary work focused on outcomes, including: leadership and management, communication, personal rewards, training and development, appropriate resources and processes, team composition, team climate, individual characteristics, a clear vision, a focus on quality and care outcomes, and respect for and understanding of roles.

Simultaneously, within this setting, PC must also consider the balance between patient discharge and hospital bed availability, a crucial factor in both clinical and organizational

outcomes (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023; Peeler et al., 2024). In other words, adherence to established ratios and the specific composition of professionals within EIHSCP in general hospitals (adults) must be observed. These teams should necessarily include physicians (1.5 FTE, ideally two to three professionals), nurses (2 FTE, ideally two to three professionals), psychologists (0.5 FTE, minimum of two professionals), and social workers (0.5 FTE, minimum of two professionals) (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023). In this context, the intervention is primarily focused on managing immediate symptoms, with the team's efforts directed toward handling acute and critical conditions (Almeida, 2024; Martins & Silva, 2023; Thompson & Lee, 2023).

Based on the theoretical framework, the objective of this study is to explore the perceptions and practices of PC professionals regarding their interdisciplinary work within an EIHSCP. Specifically, the study aims to: describe the meanings attributed to interdisciplinarity, characterize the most commonly used interdisciplinary competencies, identify the facilitators and barriers professionals encounter in implementing interdisciplinary care.

2. Material and Methods

2.1. Experimental design

This qualitative study explores the dynamics of interdisciplinary collaboration in PC within a hospital setting, focusing on healthcare professionals' perspectives on teamwork across different specialties. It aims to identify key facilitators and challenges that shape interdisciplinary practice. Data were analyzed using a thematic approach, following a deductive framework (Braun & Clarke, 2006, 2022; Naeem, et al., 2023). The research adhered to the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) guidelines (Tong et al., 2007). Semi-structured interviews were conducted for data collection (Appendix I).

2.2. Study setting, participants, and recruitment

The participants were voluntarily recruited from an inpatient PC unit in the Médio Tejo region, central Portugal. This team provides interdisciplinary PC to patients and their families within a hospital setting. Sampling followed an intentional approach, with inclusion criteria as follows: (1) professionals working in an inpatient PC unit, (2) directly involved in patient and family care, and (3) having signed the informed consent form. A total of 12 professionals participated in the study, with data collection continuing until thematic saturation was reached.

2.3. Data collection

Data collection was conducted through semi-structured interviews between April and June 2024. A pilot interview was carried out initially, leading to minor adjustments in the interview guide, allowing its inclusion in the final dataset. All interviews were conducted in person and audio-recorded. Only the participant and the first author were present during the

interviews. Each participant was interviewed individually in a quiet location of their choice within the hospital unit, at a prearranged date and time.

At the start of each interview, participants completed a sociodemographic questionnaire covering age, gender, years of professional experience, years working in PC, and training in PC (advanced or other types). After the interview, participants were thanked and given the opportunity to ask questions. Following each interview, field notes were recorded to document the researcher's reflections on the conversation.

The duration of the interviews ranged from 4 minutes and 2 seconds to 11 minutes and 43 seconds. Transcripts were returned to participants for feedback or corrections before proceeding with data analysis.

2.4. Ethical procedures

The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki and was approved by the Ethics Committee of the Centro Hospitalar do Médio Tejo (Order No. 67/PCA/CA from the Board of Directors). All participants provided informed consent, and their identities were protected using an alphanumeric coding system. Participants were informed that they could withdraw from the study at any stage. No financial compensation was provided for participation.

2.5. Data analysis

Using Braun and Clarke's reflexive thematic analysis, the data were examined to establish the conceptual framework of key themes emerging from the interviews (Braun & Clarke, 2006, 2022). Each interview was analyzed individually, with the initial coding process applying sentence-length excerpts from the text. Codes were then categorized into themes and refined after each interview (Braun & Clark, 2021).

After five interviews, the coding process evolved to include longer excerpts spanning multiple sentences. The approach transitioned from descriptive to interpretative coding, aiming to uncover broader relationships within participants' experiences. Following the completion of each interview, the coding matrix underwent a comprehensive review to identify prominent elements in participants' narratives.

The qualitative data analysis software MaxQDA (Version 24.8.0_Portugal) was used for data storage and management.

3. Results

3.1. Sample description

A total of 12 interviews were conducted with professionals from the EIHS CP in Médio Tejo. Of these, 10 were women, with a mean age of 38 years (ranging from 26 to 52 years).

Regarding professional roles, the sample included six nurses, two physicians, two social workers, and two psychologists. Participants had an average of 14.3 years of professional experience and 9.3 years of work in PC.

In terms of training, eight participants had advanced training in PC, while ten had completed other types of PC education. A detailed sample description is provided in Table 1.

Table 1. Sociodemographic characterization of the sample.

Participant	Age	Gender	Profession	Professional experience (years)	Professional experience in PC (years)	Advanced training in PC	Other PC training
P1	41	Male	Physician	15	7	Yes	No
P2	30	Female	Nurse	15	6	No	Yes
P3	41	Female	Nurse	15	9	Yes	Yes
P4	36	Female	Psychologist	11	6	Yes	Yes
P5	38	Female	Nurse	15	9	Yes	Yes
P6	28	Female	Psychologist	1	1	No	Yes
P7	26	Male	Nurse	5	2	No	No
P8	47	Female	Social worker	17	14	No	Yes
P9	52	Male	Physician	30	23	Yes	Yes
P10	39	Male	Social worker	15	13	Yes	Yes
P11	41	Female	Nurse	15	14	Yes	Yes
P12	47	Female	Nurse	17	7	Yes	Yes

3.2. Study results

The interview data were summarized into three main themes:

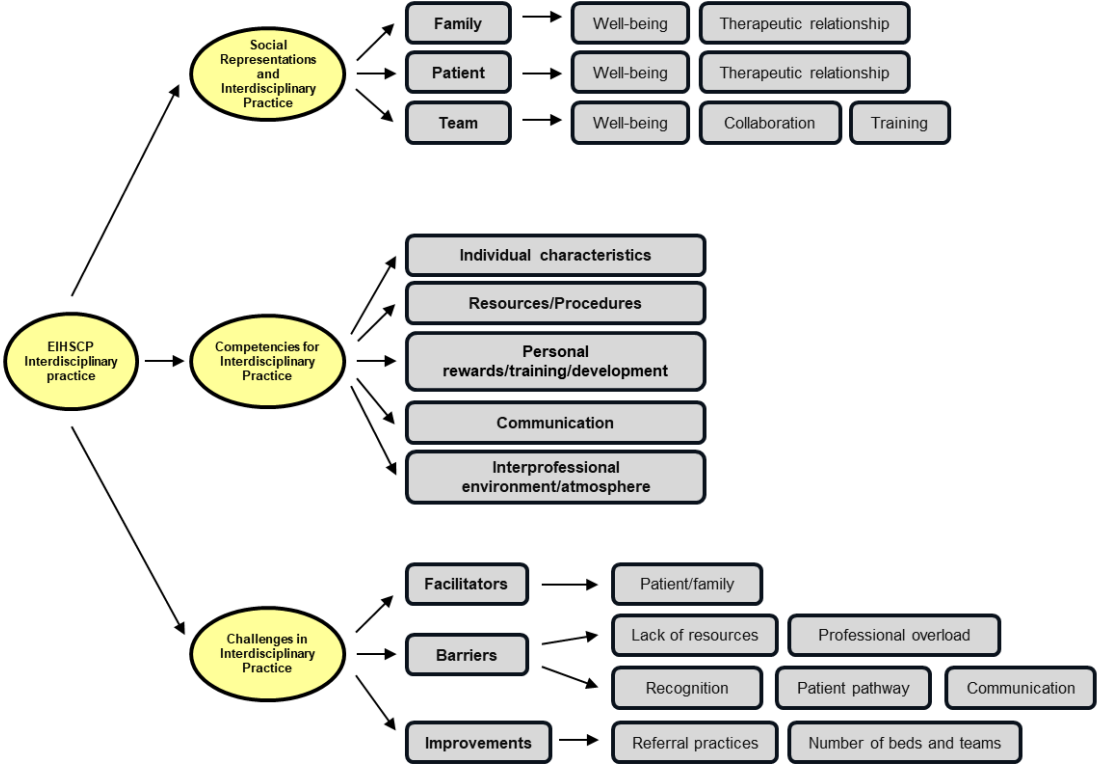
The first theme, "Social Representations and Interdisciplinary Practice," includes three subthemes: team, patient, and family.

The second theme, "Competencies for Interdisciplinary Practice," is divided into five subthemes: individual characteristics, resources/procedures, personal rewards/training/development, communication, and interprofessional environment/atmosphere.

The third theme, "Challenges in Interdisciplinary Practice," consists of three subthemes: facilitators, barriers, and suggestions for improvement.

Figure 1 provides a detailed overview of the organization of themes, subthemes, and corresponding codes.

Figure 1. The coding tree of the thematic analysis on Interdisciplinary Practice in an EIHS CP.



3.2.1. Social Representations and Interdisciplinary Practice

The participants’ responses highlighted key aspects related to the team, the patient, and, subsequently, the family/caregivers.

a) Team

Regarding the interdisciplinary team, all professionals emphasized the importance of effective ‘team collaboration’ and the need to consistently consider the well-being of the team. This concern extends not only to internal dynamics but also to interactions with other hospital teams. Training was identified as a crucial factor, not only foundational and advanced training but also continuous education in PC, which enables the team to maintain a ‘holistic view of the disease’ in a unified manner.

(P9: Physician): “It means seeing various professional groups working together, where the sum of each one's skills is greater than the individual parts (...) It is interesting and challenging to manage the boundaries between doctor and nurse (...) social worker, psychologist, and other necessary professions. Another role of the inter-hospital team within the hospital is to work in the wards, engaging with other professionals who receive support from the interdisciplinary team.”

(P10: Social Worker): “The broad range of interdisciplinary knowledge enables more comprehensive care, promoting better quality of life, strengthening the professional-patient relationship, and reducing anxiety and stress.”

b) Patient

The patient is a fundamental aspect of both the process and the interdisciplinary team. In this context, ensuring the patient's well-being at all times is essential, supported by a therapeutic relationship that develops and strengthens over time. Ideally, this bond should extend beyond discharge, remaining accessible whenever the patient needs support, as recognized and expressed by them.

(P1: Physician): "The interdisciplinary approach, being comprehensive and holistic, addresses most of the needs of patients requiring palliative care (...) it provides some patients with a space for sharing and being heard, allowing for the assessment and prioritization of symptoms and the implementation of the most appropriate pharmacological and non-pharmacological therapeutic plan."

(P7: Nurse): "The social aspect (...) the patient is discharged, and it is precisely important to also be able to communicate everything in the post-hospital discharge period."

c) Family

The family is also considered an integral part of the interdisciplinary approach, as highlighted by the participants and aligned with recommendations in the relevant literature. Equally important is the well-being of the family and communication with the family, which should be built on trust, clear and shared processes, and a collaborative effort toward a common goal: delivering excellence in PC.

(P6: Psychologist): "Collaboration among all is essential to ensuring the well-being of both the patient and their family, not in isolation, as a physician or psychologist alone, but through a comprehensive approach and effective team communication, which I believe is fundamental."

(P10: Social Worker): "The interdisciplinary approach in palliative care can have a positive impact on both the patient and their family, enhancing their overall well-being."

(P11: Nurse): "Ongoing and active training is of utmost importance."

The second topic focuses on Competencies for Interdisciplinary Practice.

3.2.2. Competencies for Interdisciplinary Practice

a) Individual characteristics

Participants explore various aspects, including experience, initiative, and interpersonal skills essential for teamwork. Interdisciplinary practice encompasses fundamental individual qualities such as compassion, humanity, empathy, respect for the patient's dignity and autonomy, honesty, assertiveness, active listening, and ethical and cultural sensitivity. These personal attributes enable healthcare professionals to understand the vulnerabilities and

needs of both the patient and their family, allowing them to act with compassion, respect, and ethical integrity. This approach facilitates decision-making and fosters the humanization of care, guided by bioethical principles: beneficence, non-maleficence, justice, and autonomy. Additionally, self-care and self-awareness are crucial considerations.

(P1: Physician): “Empathic capacity allows for appropriately adjusted compassionate attitudes without paternalism (...) Scientific rigor in both the working method and therapeutic strategies used (...) taking care of ourselves, knowing ourselves, and practicing self-care.”

(P11: Nurse): “Becoming aware of others’ suffering without judgment and with honesty (...) fostering attitudes that provide genuine support, ensuring that patients always feel they have a team that does not abandon them (...) a team that is present, available, and fully engaged.”

(P2: Nurse): “In effective interdisciplinary practice (...) addressing complex symptoms, guiding processes with ethical and cultural sensitivity, applying knowledge of emotional and spiritual support (...) and the ability to facilitate decision-making.”

(P4: Psychologist): “Maintaining compassion, humanity, and responsibility toward the patient, while acknowledging their concerns, vulnerabilities, and upholding our honesty.”

(P10: Social Worker): “For effective interdisciplinary practice in palliative care, it is essential for the team to develop self-care and self-awareness skills. We can only care for others if we ourselves are well.”

b) Resources and Procedures

The infrastructure and procedures must support the effective and efficient functioning of the team, a point emphasized by all participants. While physicians play a crucial role in symptom management, advance care planning, and preparing families for possible disease progression scenarios, nurses are responsible for developing individualized care plans, managing symptoms, providing emotional and psychological support to patients and families, and coordinating care. Psychologists offer psychological support to both patients and their families, including bereavement care, while social workers assess socio-family needs, inform patients and families about available resources, and coordinate with the team, which may vary depending on each case’s specific needs.

Together, all professionals must base their practice on promoting well-being and quality of life for both patients and their families, following a person-centered approach. Several key processes were highlighted by professionals, including the development of individualized care plans, team meetings, family conferences, and the availability of resources both within the team, within the hospital, and externally in the community.

Regarding human resources, professionals emphasized the importance of collaboration with dietetics and nutrition services as essential for individuals requiring PC,

both in the hospital and in post-discharge continuity of care at home. Additionally, the integration of information systems was highlighted as crucial to ensuring proper documentation and seamless communication across care transitions.

(P10: Social Worker): "Interdisciplinary practices highlight the importance of family conferences, (...) the most relevant professionals for that situation should be present, or others should be called in, (...) for example, a nutritionist for a specific case."

(P8: Social worker): "The approach in the first consultations, after assessing the needs, involves a socio-family diagnosis, engaging with the family and the patient, and explaining the available resources within the team (...) one of the professionals I immediately mention or inform as being available is the psychologist (...) seriously (...) it is an emotional trigger."

(P4: Psychologist): "(...) it extends to the family, addressing concerns both in terms of what is happening and in the ongoing support and management of the patient (...) whether during hospitalization or solely through palliative care consultations (...) when the patient is at home and comes in for follow-ups. In bereavement support (...) which is a natural continuation and the final form of care we can offer to the family after the patient's passing"

(P2: Nurse): "Collaboration in the development of individualized care plans."

(P11: Nurse): "Team meetings are also essential for jointly developing strategies (...) as well as (...) holding family conferences, coordinating care at different stages, aligning approaches, managing symptoms, providing emotional and psychological support, and establishing an advanced care plan."

c) Personal rewards/training/development

Personal rewards, ongoing training, and continuous professional development appear to enhance interdisciplinary work. Likewise, training and career development opportunities are seen as crucial, not only in terms of foundational education but also through advanced training and periodic courses on the subject. A continuous learning approach fosters both individual growth and collective progress within the team.

(P5: Nurse): "Theoretical training is highly important."

(P3: Nurse): "Developing self-care and self-awareness skills."

(P8: Social Worker): "It is obvious that someone with basic training does not have the same level of knowledge as someone with a postgraduate degree. However, the basics provided me with a foundation to realize that I needed more detailed information and deeper knowledge. I believe that the more information is available, the more it facilitates practice."

(P1: Physician): "It supports me in scientific rigor, the working methodology, and therapeutic strategies (...) Palliative medicine provides valuable guidance, along

with continuous updates in pharmacology and other non-pharmacological approaches.”

(P12: Nurse): “Knowledge and skills are essential for the symptomatic management of total pain, as well as for providing support and information about community resources.”

(P8: Social worker): “I must say that when I was invited to take part in palliative care training, I approached it without any particular expectations. I went without fully knowing what to expect and wasn’t particularly motivated at first. However, this field turned out to be a pleasant surprise (...) I’m grateful to be here, knowing that, in some way, we are able to make a difference in the lives of individuals, or even many.”

d) Communication

Effective communication skills within the team, supported by appropriate systems and strategies, are a decisive factor in fostering collaboration, guiding decision-making, and ensuring efficient teamwork. Communication is essential, not only among team members but also with patients and their families. In a complex environment such as the hospital setting, strong communication facilitates interaction and enhances interdisciplinary teamwork. The ability to communicate calmly and assertively stands out as a crucial skill for the optimal functioning of interdisciplinary teams.

(P2: Nurse): “The ability to communicate effectively, work as a team, and collaborate with other healthcare professionals plays a key role in addressing complex symptoms.”

(P1: Physician): “Agile and assertive communication is crucial, free from paternalism (...) ensuring high-quality interactions within the team (...) and meaningful communication with patients and caregivers.”

(P6: Psychologist): “Communication is essential in this type of work and intervention (...) whether with colleagues, families, or patients, as it can sometimes become complex and delicate.”

(P12: Social worker): “Empathy, sincerity, adapted communication, and ethics.”

e) Interprofessional environment/atmosphere

A team culture built on trust, recognition of each member’s contributions, and an approach that fosters consensus and interprofessional collaboration appears to be a key factor in highly competent interdisciplinary teams. This environment prioritizes both the patient and their family. While this theme was mentioned less frequently than others, it was highlighted primarily by participants with more than six years of experience and advanced training in PC.

(P10: Social Worker): “Being able to put ourselves in another’s place, recognizing their suffering without judgment, and honestly fostering attitudes that provide

meaningful support during this stage of their life, while ensuring they always feel surrounded by a team that is present, engaged, and never abandons them.”

(P6: Psychologist): “Beyond inpatient care and the support provided to hospitalized patients, the family is also included in this process. There is always a concern for their well-being, both in understanding what is happening and in fostering a climate of mutual support.”

(P1: Physician): “There must be a commitment to ethical conduct with a high level of maturity.”

(P8: Social worker): “Being a truly interdisciplinary team and trusting one another are serious challenges in the fast-paced environment of a hospital setting.”

The third theme focuses on Challenges in Interdisciplinary Practice and is organized into three subthemes: (1) Facilitators, (2) Barriers, and (3) Suggestions for Improvement.

3.2.3. Challenges in Interdisciplinary Practice

Among the facilitating factors mentioned by the team is the inclusion of the patient and family within the team itself. Interdisciplinary healthcare teams face a specific set of challenges that are not typically found in other types of teams. This is particularly evident in PC teams, where coordinated action among all members, including the patient and their family, is recognized as a key facilitating element. These teams inherently encounter challenges related to the often-contentious nature of shared professional roles and knowledge, collaborative planning, and joint decision-making. Nevertheless, they are committed to delivering high-quality care to patients in complex settings, such as the hospital environment (Hospital Centers). As one participant stated:

(P8: Social worker): “I believe we need to have enough humanity to adapt to other professionals, because it’s not just about each person’s profession, obviously, everyone has their own approach. We’re also talking about professionals’ personal beliefs, their temperament, and the degree of openness each one brings (...) it’s about adapting to one another’s temperament and working style, so that the team can function as seamlessly as possible, always in service of the patient.”

(P3: Nurse): “Well-structured teams (...) are characterized by mutual respect among team members.”

(P2: Nurse): “It greatly facilitates the active participation of patients and their families.”

The main barriers identified were: lack of resources; professional stress and overload; and lack of recognition from institutions and peers.

The lack of resources refers not only to the types of professionals available, but also to the amount of time they are able to dedicate to the teams, particularly those who are not part of the core team outlined in the National Strategic Plan, such as psychologists, nutritionists, and others. Professionals in therapy and rehabilitation were not addressed in this study. On this topic, the following sentiment was repeatedly expressed:

(P2 and P3: Nurses): “Resources are lacking.”

(P9: Physician): “Unfortunately, the barrier that everyone remembers is the insufficient availability of resources, both in terms of quantity and dedicated time. We still encounter situations where teams only have a psychologist for 10 hours a week (...) and the same goes for social workers. It doesn’t work, even if those professionals are highly competent.”

Clearly, the previously mentioned challenge is closely tied to another: professional stress and overload. Several insights were shared on this matter, including:

(P2: Nurse): “In terms of barriers, the emotional exhaustion of palliative care professionals is highlighted, as well as the absence of recognition by professionals from other areas.”

(P9: Physician): “The professionals work under too much stress, under emotional overload (...) they are professionals who are permanently at risk of developing... well, situations of despair and so on.”

(P1: Physician): “Recognition of the specialty by hierarchical superiors in administration and the Ministry of Health, as well as by civil society. Recognition of the emotional and moral exhaustion of professionals in this field (...) Inadequate patient-to-healthcare professional ratios.”

As reported in the literature, other challenges were also identified, particularly regarding the recognition of professionals and institutions. Institutions tend to engage less, or less consistently, with PC teams, possibly due to a lack of understanding about what it means for a patient or family to have PC needs. This barrier can compromise the quality of care and hinder the entire process of referral and integration across the different levels required within the patient care pathway.

(P2: Nurse): “Stigma associated with palliative care.”

(P3: Nurse): “Difficulty in demystifying who palliative care is intended for.”

(P1: Physician): “Recognition of the specialty by hierarchical superiors of the administration and the Ministry of Health, as well as by civil society.”

Other minor barriers, as mentioned by nursing professionals, include issues related to the patient care pathway and communication, particularly outside the hospital setting. On this topic, these were the testimonies noted:

(P3: Nurse): “There is a lack of community-based services to ensure continuity of care for these patients and their families (...) which is crucial for the patient care pathway.”

(P2: Nurse): “Differences in values, perspectives, as well as cultural and linguistic barriers.”

(P3: Nurse): “Difficulty in communication with other teams.”

Finally, participants offered several suggestions for improving interdisciplinary practice in PC. These suggestions focused on best practices in referral processes, the importance of knowledge and research, and the need to increase the number of beds and specialized teams.

In this regard, improvements in referral practices, enhanced knowledge and research, and the expansion of care capacity appear to be particularly relevant. A few key statements illustrate these points:

(P5: Nurse): “Good practices to ensure timely referral” (before the patient is admitted to the team and during discharge planning).”

(P5: Nurse): “The need to share and disseminate the core principles of palliative care.”

(P9: Physician): “There are many people experiencing collective anxieties within the general population. People are in the hospital, at home, wherever they choose (...) with the right to make that choice.”

(P1: Physician): “It is essential to promote health literacy in the field of palliative care (...) and to promote meaningful research in this area.”

(P4: Psychologist): “We have six temporary inpatient beds (...) which is not enough to meet the demand and needs of the population.”

(P9: Physician): “As long as a response is available, which is itself another limitation, the coordinating role of teams, both internally and with others, working together, is not always easy (...) it relies on highly intensive communication among all parties involved.”

4. Discussion

This qualitative study provided an in-depth exploration of perceptions and experiences related to interdisciplinary practice within a EIHSCP. Continuous training emerged as a key factor in ensuring the effectiveness of interdisciplinary work in PC. Notably, eight out of the 12 participants had advanced training, while ten had foundational education in PC. This team composition significantly influenced their expertise and perspectives on the subject under investigation (Kesonen et al., 2024; Mollman et al., 2023; Nancarrow et al., 2013; O’Donnell et al., 2024; Peeler et al., 2024; Poeck et al., 2025; Presidência do Conselho de Ministros, 2023; Radbruch et al., 2020; Vaseghi et al., 2022; Warren & Warren, 2023).

The main facilitator of interdisciplinary work within the EIHSCP in this highly complex context is the team’s structured involvement of both the patient and their family, an approach that aligns with national and international literature on best practices in PC. It appears that even professionals with only one year of experience and without advanced training in PC view this as a critical factor (Ashcroft et al., 2024; Capelas, 2008; Lourenço et al., 2022; Nancarrow et al., 2013; Poeck et al., 2025; Radbruch et al., 2020).

As for the barriers, professionals identified several external factors beyond the direct control of the team. These include a lack of resources; professional stress and overload; limited recognition of professionals and institutions; care pathway inefficiencies; and challenges in team communication, particularly with other hospital services and external providers. These are clearly escalating challenges for healthcare teams, especially as the population continues to age, placing increasing pressure on health services in general and on

PC services in particular (Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental, 2018; Emanuel & Back, 2018; Kesonen et al., 2024; Lourenço et al., 2022; O'Donnell et al., 2024; Peeler et al., 2024; Vaseghi et al., 2022).

Regarding the *social representation and interdisciplinary practice*, it was evident that participants' focus, based on their responses, centers primarily on the team, followed by the patient, and then the family or caregivers. This is unsurprising, given that the context of an EIHS CP within a hospital setting naturally shapes these priorities. In such environments, access to families can be more limited and often occurs at prearranged times. The patient, being in a temporary inpatient setting and under the continuous care of the team, remains the central focus 24 hours a day (Almeida, 2024; Thompson & Lee, 2023).

Consistent with the literature, collaboration among professionals contributes significantly to the well-being of both patients and their families, ensuring high-quality care for all involved, core elements of interdisciplinary PC. The patient's well-being must be consistently supported through a strong therapeutic relationship, which should be carefully planned, long-term, and extend well beyond hospital discharge (Capelas, 2008; Gamondi et al., 2013a, 2013b; Kesonen et al., 2024; Mollman et al., 2023; Nancarrow et al., 2013; O'Donnell et al., 2024; Peeler et al., 2024; Poeck et al., 2025; Presidência do Conselho de Ministros, 2023; Radbruch et al., 2020; Vaseghi et al., 2022; Warren & Warren, 2023).

Regarding the *competencies for interdisciplinary practice* within hospital-based PC teams, the findings suggest that these go well beyond the professionals' technical and scientific expertise. The data confirms that health teams engaged in interdisciplinary PC face a specific set of challenges that are not typically encountered by other types of healthcare teams. These challenges arise while delivering high-quality care to complex patients within a highly demanding and intricate environment, such as that of a hospital setting, particularly within a hospital center (Gilbert et al., 2010; Lagerin et al., 2025; McLaney et al., 2022; Nancarrow et al., 2013).

Among the core competencies identified in the literature as fundamental to interdisciplinary teamwork in PC, all participants placed individual characteristics at the forefront, attributes to be demonstrated in the daily practice of interdisciplinary care within an EIHS CP. This aspect was particularly emphasized by those with more years of experience and advanced training in PC, who highlighted the critical role of each professional at the micro level, while maintaining alignment with the institution's strategic goals at the meso level. The importance of possessing knowledge, experience, initiative, self-awareness regarding both strengths and weaknesses, active listening skills, and a capacity for reflective practice, as well as a genuine willingness to work toward shared goals, was strongly validated. Participants also spoke about self-care and self-knowledge as essential elements (McLaney et al., 2022; Nancarrow et al., 2013).

In addition, they significantly emphasized the role of procedures and processes, reinforcing the need for adequate systems and infrastructure to support the team's vision. Examples included regular team meetings, a conducive work environment, integrated

communication systems, appropriate referral criteria, and family conferences (Ashcroft et al., 2024; McLaney et al., 2022; Nancarrow et al., 2013).

Another important area of competency relates to personal rewards, training, and professional development. The findings confirmed that having advanced training in PC leads to a greater awareness of, and value placed on, ongoing education and development over time. Professionals with more experience and advanced training consistently emphasized the need for structured, systematic education, while those with less experience and no advanced training either did not mention the topic or addressed it only superficially. This underscores the importance of giving structural and institutional weight to education, not only in initial training but also in lifelong learning and workplace-based education. Career development, the enrichment of professional CVs, as well as the availability of rewards and opportunities that foster both individual and collective motivation, were seen as essential. In short, the presence or absence of advanced training in PC strongly influences how professionals perceive and value long-term education and development (Ashcroft et al., 2024; McLaney et al., 2022; Nancarrow et al., 2013).

Communication was another widely recognized competency. This aligns with the literature, which identifies communication as foundational to interdisciplinary work in PC. Assertive, empathetic, and context-sensitive communication strategies enhance collaborative decision-making and improve responses to complex symptoms. Regarding interprofessional atmosphere, participants validated the importance of a work environment grounded in trust, collaboration, and the appreciation of all professionals as essential for effective interdisciplinary practice. Fostering a climate of mutual support and respect benefits not only the team but also the patients and their families (Afonso et al., 2015; Almeida, 2024; Emanuel & Back, 2018; Gamondi et al., 2013a, 2013b; Gilbert et al., 2010; Nancarrow et al., 2013; Radbruch et al., 2020; Thompson & Lee, 2023; Xyrichis & Rose, 2024).

In the hospital setting, where challenges are constant, clear, non-paternalistic communication was seen as strengthening the therapeutic relationship and optimizing care delivery. Ethical maturity and professional cohesion were also viewed as especially relevant in such demanding environments, ensuring comprehensive and humanized care (Afonso et al., 2015; Almeida, 2024; Emanuel & Back, 2018; Gamondi et al., 2013a, 2013b; Gilbert et al., 2010; Martins & Silva, 2023; Nancarrow et al., 2013; Radbruch et al., 2020; Thompson & Lee, 2023; Xyrichis & Rose, 2024).

Based on the participants' input, several suggestions for improving interdisciplinary practice in hospital-based PC teams emerged. These included the implementation of best practices in referral processes, increased knowledge and research in the field, and the potential expansion of both the number of beds and the number of dedicated teams. These suggestions point to systemic issues that could be revisited during a future review of the current organizational model for PC delivery within the SNS, which still requires structural improvements across different levels of the system to yield tangible results at the micro level, namely, in the care delivered by frontline teams.

Participants also highlighted the need for a more strategic and integrated approach to PC across the system. The integration of care should be rethought at all levels, ensuring that the patient is not seen merely as a recipient of care, but as an active participant in a continuous and coordinated care journey (Afonso et al., 2015; Emanuel & Back, 2018; Capelas, 2008; Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2024; Gamondi et al., 2013a, 2013b; Nancarrow et al., 2013; Presidência do Conselho de Ministros, 2023; Radbruch et al., 2020).

4.1. Strengths and limitations

One of the major strengths of this study was the opportunity to interview all members of the EIHSCP team in the Médio Tejo region. However, this strength is also tied to a limitation, as the specific reality of this team may not reflect the experiences of other teams at the regional or national level. This highlights the need for further research involving EIHSCP teams across the country, including those in the autonomous regions of the Azores and Madeira.

It would also be valuable to conduct studies that incorporate the perspectives of patients and families, as their involvement in interdisciplinary practice is clearly recognized by the team. While the integration of patients and families into interdisciplinary work appears to be well established, it is essential to gather their own perceptions on this process.

Furthermore, what happens beyond the team, particularly in terms of care transitions and discharge pathways, also warrants deeper investigation. Participants expressed concern about the continuity of interdisciplinary care beyond the hospital setting, particularly regarding integration with other services and community-based care. This reinforces the need to examine how interdisciplinary practices are maintained across different levels and phases of care.

4.2. Practical implications

It is possible, based on the available findings, to summarize some strengths and limitations.

In terms of strengths, the study confirmed that collaboration among professionals enables the type of approach envisioned in PC, one that includes and prioritizes both the patient and their family. The findings reinforce that the team operates effectively regardless of individual service experience or the length of time working specifically in PC. A key strength lies in the team's inclusive dynamic, where those with more knowledge support those with less. Training plays a crucial role in this process, fostering an understanding of the value of interdisciplinarity, not only within the team itself but also in the need for it to extend beyond the team's immediate setting.

There is a clear need to invest in more and better training, aimed at levelling knowledge across professionals. This training should be continuous and advanced, to ensure the quality of care and strengthen awareness of the importance of interdisciplinary practice.

There is a strong and growing need to invest in assertive communication and a culture of mutual support, as these elements foster a work environment grounded in

interdisciplinarity. Greater knowledge and alignment with the practical realities of implementing PC also contribute to more effective and cohesive team functioning.

As for limitations, it is evident that while the core team functions well, a shortage of resources, both material and human, can compromise the efficiency and quality of care. This lack contributes to professional overload and stress, as well as to challenges in inter-institutional communication. In particular, communication between teams inside and outside the hospital remains problematic, hindering continuity of care. These are competencies that require further reflection and improvement.

Clearly, the lack of understanding about what PC truly entails does not support the development of interdisciplinary competencies within healthcare organizations. The current referral and integration model for PC within the SNS still requires structural improvements to optimize care delivery.

It would be valuable to reconsider the structure of continuing education programs by integrating content specifically focused on interdisciplinarity in PC.

5. Conclusions

This study is likely one of the first in Portugal to explore the perceptions and practices of interdisciplinary care within hospital-based PC teams a crucial transition point between inpatient services and community-based care. Ensuring greater awareness and integration of PC in this setting is essential for achieving meaningful and lasting impact.

Despite the dedication of teams and the emphasis on continuous training, structural and organizational challenges still limit the effectiveness of interdisciplinary hospital-based PC teams. These challenges are particularly evident when coordination is required beyond the core mandated professions, extending to other hospital services and community-based teams.

Interdisciplinary collaboration is most tangible in teams that prioritize patient- and family-centered care, although this approach also presents significant challenges. A positive interprofessional environment, built on trust, collaboration, and mutual respect, plays a key role in sustaining effective practice. Additionally, ongoing professional development is essential for fostering clear communication, ethical commitment, and cultural sensitivity. While there is still room for growth, critical factors such as structured team meetings, family conferences, efficient communication systems, and well-defined referral criteria were identified as fundamental.

In summary, strengthening interdisciplinary PC requires improving resources, enhancing communication, and refining the organizational model to ensure a more integrated and effective approach.

References

- Afonso, R., Novo, A., & Martins, P. (2015). *Fisioterapia em cuidados paliativos: Da evidência à prática*. Lusodidacta.
- Almeida, D. V. L. (2024). *A fisioterapia em cuidados paliativos no doente idoso em contexto domiciliário: uma revisão scoping* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Ciência-UCP.
- Ashcroft, R., Bobbette, N., Moodie, S., Miller, J., Adamson, K., Smith, M. A., & Donnelly, C. (2024). Strengthening collaboration for interprofessional primary care teams: Insights and key learnings from six disciplinary perspectives. *Healthcare Management Forum*, 37(Suppl. 1), S68–S75. <https://doi.org/10.1177/08404704241266763>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021) One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Bruera E. (2024). Palliative Care Interdisciplinary Teams in Acute Care Hospitals and Cancer Centers: A Job for Sisyphus. *Journal of Palliative Medicine*, 27(8), 976–978. <https://doi.org/10.1089/jpm.2024.0190>
- Capelas, M. L. V. (2008). Dor Total nos doentes com metastização óssea. *Cadernos de Saúde*, 1(1), 9–24. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2008.2552>
- Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental. (2018). *Guia sobre desenvolvimento sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo*. <https://www.unric.org/pt>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2023). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal Continental: Biénio 2023-2024*. Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2024). *Serviços Integrados de Cuidados Paliativos nas Unidades Locais de Saúde*. Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde.
- Emanuel, L. L., & Back, A. L. (Eds.). (2018). *Palliative Care: Core Skills and Clinical Competencies* (2ª ed.). Oxford University Press.
- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013a). Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on palliative care education - Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 20(2), 86–91.
- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013b). Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on palliative care education - Part 2. *European Journal of Palliative Care*, 20(3), 140–145.

- Gilbert, J. H., Yan, J., & Hoffman, S. J. (2010). A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *Journal of Allied Health*, 39(Suppl 1), 196–197.
- Kesonen, P., Salminen, L., Kero, J., Aappola, J., & Haavisto, E. (2024). An Integrative Review of Interprofessional Teamwork and Required Competence in Specialized *Palliative Care*. *Omega*, 89(3), 1047–1073. <https://doi.org/10.1177/00302228221085468>
- Lagerin, A., Melin-Johansson, C., Holmberg, B., Godskesen, T., Hjorth, E., Junehag, L., Lundh Hagelin, C., Ozanne, A., Sundelöf, J., & Udo, C. (2025). Interdisciplinary strategies for establishing a trusting relation as a pre-requisite for existential conversations in palliative care: a grounded theory study. *BMC Palliative Care*, 24(1), Artigo 47. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01681-x>
- Lourenço, M., Encarnação, P., & Lumini, M. J. (2022). Cuidados paliativos, conforto e espiritualidade. Em Escola Superior de Enfermagem do Porto (Eds.), *Autocuidado: Um foco central da enfermagem* (pp. 85–98). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- McLaney, E., Morassaei, S., Hughes, L., Davies, R., Campbell, M., & Di Prospero, L. (2022). A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. *Healthcare Management Forum*, 35(2), 112–117. <https://doi.org/10.1177/08404704211063584>
- Mollman, M. E., Gierach, M., & Sedlacek, A. (2023). Palliative care knowledge following an interdisciplinary palliative care seminar. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 41(5), 1002–1009. <https://doi.org/10.1177/10499091231184623>
- Morrison, R. S. (2019). *Palliative Care: A Guide for the Interdisciplinary Team*. Routledge.
- Naeem, M., Ozuem, W., Howell, K., & Ranfagni, S. (2023). A Step-by-Step Process of Thematic Analysis to Develop a Conceptual Model in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231205789>
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten Principles of Good Interdisciplinary Teamwork. *Human Resources for Health*, 11(1), Artigo 19. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- O'Donnell, A., Gonyea, J., Wensley, T., & Nizza, M. (2024). High-quality patient-centered palliative care: interprofessional team members' perceptions of social workers' roles and contribution. *Journal of Interprofessional Care*, 38(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2238783>
- Peeler, A., Afolabi, O., & Harding, R. (2024). Palliative care is an overlooked global health priority: Improving access and tackling inequities in palliative care globally would help to reduce preventable suffering. *BMJ*, 387, Artigo q2387. <https://doi.org/10.1136/bmj.q2387>
- Poeck, J., Meissner, F., Ditscheid, B., Krause, K., Wedding, U., Gebel, C., Marschall, Meyer, G., Schneider, W., & Freytag, A. (2025). Utilization and quality of primary and specialized palliative home care in nursing home residents vs. community dwellers: A claims data analysis. *BMC Palliative Care*, 24(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01631-z>

- Presidência do Conselho de Ministros. (2023, 7 de novembro). Decreto-Lei n.º 102/2023: Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 215. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/102-2023-217386782>
- Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., et al. (2015). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 30(2), 104–116. <https://doi.org/10.1177/0269216315616524>
- Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278–289.
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, 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., Gomez-Garcia, W., ... 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>
- Radbruch, L., De Lima, L., Lohmann, D., Gwyther, E., & Payne, S. (2013). The Prague Charter: Urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care. *Palliative Medicine*, 27(2), 101–102. <https://doi.org/10.1177/0269216312473058>
- Radbruch, L., Foley, K., De Lima, L., Prail, D., & Fürst, C. J. (2007). The Budapest Commitments: setting the goals a joint initiative by the European Association for Palliative Care, the International Association for Hospice and Palliative Care and Help the Hospices. *Palliative Medicine*, 21(4), 269–271. <https://doi.org/10.1177/0269216307080189>
- República Portuguesa. (s.d.). *Relatório sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>
- Silva, W. C. da, Dias, A. A. S., Amorim, J., Silva, C. M. A. da, Silva, J. A. da Justa, J. W. O. dos S., Silva, G. B. da, Santos, G. A., Santos, E. O., Oliveira, M. E. L. de, Carvalho, D. M., & Fernandes, I. T. G. P. (2024). Cuidados paliativos: Abordagem multidisciplinar na promoção da qualidade de vida para pacientes em sofrimento. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(8), 2735–2746. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p2735-2746>
- Tannenbaum, S., Castillo, G. F., & Salas, E. (2023). How to overcome the nine most common teamwork barriers. *Organizational Dynamics*, 52(4), Artigo 101006. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2023.101006>
- Thompson, A., & Lee, M. (2023). *Contemporary advances in palliative rehabilitation*. Springer.
- 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 of Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Climepsi Editores;

- Vaseghi, F., Yarmohammadian, M. H., & Raeisi, A. (2022). Interprofessional collaboration competencies in the health system: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(6), 496–504. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_476_21;
- Warren, J. L., & Warren, J. S. (2023). The Case for Understanding Interdisciplinary Relationships in Health Care. *Ochsner Journal*, 23(2), 94–97. <https://doi.org/10.31486/toj.22.0111>
- World Health Organization. *WHO Definition of Palliative Care*. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
- Xyrichis, A., & Rose, L. (2024). Interprofessional collaboration in the intensive care unit: Power sharing is key (but are we up to it?). *Intensive & critical care nursing*, 80, 103536. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103536>

Appendix A: Interview guide

Q1: What does interdisciplinary practice in palliative care within a hospital-based interdisciplinary team mean to you?

Q2: In what ways does training in palliative care contribute to an interdisciplinary practice centered on the needs of patients and families within a hospital-based interdisciplinary team?

Q3: How does interdisciplinary practice in palliative care influence the person receiving care, as well as the professional–patient relationship? Could you provide some examples?

Q4: What knowledge and skills do you consider essential for effective interdisciplinary practice in palliative care?

Q5: What interdisciplinary practices or activities do you engage in as part of your professional routine? Could you give some examples?

Q6: What attitudes and values do you believe are necessary for interdisciplinary work in palliative care? Can you share any examples?

Q7: What barriers do you identify to interdisciplinary practice in palliative care?

Q8: What facilitators do you recognize in supporting interdisciplinary practice in palliative care?

Q9: Is there anything else you would like to add regarding this topic?