



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

## **O CUIDADO AO DOENTE PALIATIVO EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por,  
Marlene Espírito Santo

Lisboa, 2016





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## **O CUIDADO AO DOENTE PALIATIVO EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

THE CARE PROVIDED TO PALLIATIVE PATIENT IN CRITICAL STAGE

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por,

Marlene Espírito Santo

Sob a orientação de Professora Doutora Isabel Rábais

Lisboa, 2016



“... Viver um tempo limitado é um desafio grandioso, orienta os nossos desejos e as nossas escolhas, faz-nos correr para uma meta que não vemos mas que sabemos, de certeza certa, que está lá nesse ponto sem retorno, nessa fronteira invisível entre o estar vivo e o estar morto.”

Daniel Serrão



## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, em especial aos meus pais e irmãos, por se manterem simplesmente junto de mim, nesta que é mais uma etapa da minha vida, concretizada.

A ti, João, pelo teu apoio incondicional e pela compreensão que sempre foste capaz de ter, quando em momentos tive que estar ausente.

À Professora Doutora Isabel Rabiais pela confiança em mim depositada e pela disponibilidade sempre demonstrada.

A todos os outros Professores da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, um agradecimento pela exigência, dedicação e carinho.

Aos Enfermeiros que me orientaram, Sónia Lima, Ana Sofia Dias e Sandra Neves, um obrigada pela paciência e empenho tido para que eu conseguisse desenvolver-me não apenas enquanto profissional, mas enquanto pessoa.

Aos meus amigos, especialmente a ti Sara, pela tua amizade, pela força que sempre me transmitiste, pela ambição que ambas partilhamos.

E ainda, um obrigado à Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, respeitosamente agradeço a todos aqueles que sempre acreditaram que eu seria capaz.



## RESUMO

O presente Relatório de Atividades descreve, analisa criticamente e reflete o percurso realizado ao nível do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O plano curricular do Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP) assenta no desenvolvimento de competências, sendo estas descritas no Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional. No processo de desenvolvimento de competências, para além da componente teórica, esta teve também, uma componente prática – Estágio, incorporando três Módulos de Estágio – Módulo I Serviço de Urgência, Módulo II Unidade de Cuidados Intensivos e Módulo III Opcional, o qual foi realizado numa Unidade de Cuidados Paliativos – Unidade de Assistência Domiciliária.

Transversalmente ao longo da realização dos três Módulos de Estágio, a minha intervenção visou refletir e analisar a abordagem ao doente com *doença crónica*, progressiva e incurável, aquando em situação de agudização. Neste contexto, pretendo abordar os conceitos de *encarniçamento* e *obstinação terapêuticas*, a atitude dos Enfermeiros no processo de cuidados, respetivamente no processo de *tomada de decisão*, enquanto sujeito integrado numa equipa multidisciplinar, e por fim colocar em relevo o *agir intencional* e a *aceitação incondicional do outro*, tendo por princípio o desenvolvimento de uma relação de *confiança*. Ou seja, uma prática de cuidados com *sentido* com a intenção de diminuir o sofrimento e contribuir para o bem-estar e conforto da pessoa. Considerando os aspetos aqui enunciados, tomo por pertinente definir como tema central – O Cuidado ao Doente Paliativo em situação Crítica.

Neste Relatório é colocado, ainda, em evidência a responsabilidade do Enfermeiro Especialista para com a sociedade. Isto é, enquanto Enfermeiros Especialistas integrados numa sociedade, temos por isso a responsabilidade acrescida de *refletir* sobre as problemáticas sociais, com vista à melhoria da *qualidade dos cuidados em saúde*. Para tal, importa tomar a formação e a reflexão como recursos que visem a melhoria das práticas de cuidados com efeito nos indicadores de qualidade em saúde, respetivamente na identificação atempada das necessidades dos doentes e suas famílias.

**Palavras-chave:** Enfermeiro Especialista, Cuidados Paliativos, Competências, Obstinação Terapêuticas, Doente em situação Crítica



## **ABSTRACT**

This Activities Report describes, critically analyses and reflects the course of my Masters Degree in Nursing, specialising in Medical Surgical Nursing.

The curricular structure of the “Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP)” is about the development of the skills described in the general regulation of the Master’s Degree in Nursing. Apart from the theoretical side there was a practical side in the form of an Internship, split in to 3 Modules of Internship: Module I - Emergency Service; Module II Intensive Care Unit; Module III Optional, which I completed in the Palliative Care Unit and the Home Assistance Unit.

During the three Modules of Internship my main intervention focused on the reflection and analysis of the approach to the palliative patient in his/her critical stage. In this document I want to address the issue of patients with chronic, incurable diseases, in a situation of worsening. In this way I want to discuss the concepts of overtreatment, professional attitudes in the process of caring with respect to decision-making being integrated in a multidisciplinary team, and finally I will talk about the nurse’s intentions and unconditional acceptance of the patient, based on a trustful relationship. I.e, with the intent of decreasing pain and contributing to the welfare and comfort of the patient. Considering all the matters declared in this text, I think that’s important to establish the main subject as – The Care Provided to Palliative Patient in Critical Stage.

This report also makes clear the specialist nurse’s duty to general society and our important responsibilities relating to social & health problems so that we may improve the quality of our health care. In this way the reflection & formation of our training should be seen as a resource to improve the practice of care through the quality of health services, and also in identifying the patient and family’s needs in time.

**Key-words:** Specialist Nurs, Palliative care, Skills, Overtreatment, Patient in Critical Stage



## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

**a. C** - Antes de Cristo

**ANCP** - Associação Nacional de Cuidados Paliativos

**CDE** - Código Deontológico do Enfermeiro

**CIE** - Conselho Internacional de Enfermagem

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DAE** - Desfibrilhador Automático Externo

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**D.R** - Diário da República

**ERS** - Entidade Reguladora da Saúde

**ECTS** - Sistema Europeu de Transferência de Créditos

**EOE** - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

**FiO2** - Fração Inspirada de Oxigénio

**IPPV** - Ventilação Pressão Positiva Intermitente

**ICS** - Instituto de Ciências da Saúde

**Nº** - Número

**NUTS** - Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**p.** - Página

**PIB** - Produto Interno Bruto

**PBE** - Prática Baseada na Evidência

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros



**RSL** - Revisão Sistemática da Literatura

**SIEM** - Sistema Integrado de Emergência Médica

**TAC** - Tomografia Axial Computorizada

**UAD** - Unidade de Assistência Domiciliária

**UCI** - Unidade de Cuidados Intensivos

**UCP** - Universidade Católica Portuguesa

**Sec.** - Século

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

**SU** - Serviço de Urgência

**SUP** - Serviço de Urgência Polivalente

**VMI** - Ventilação Mecânica Invasiva



## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	21
1. O DOENTE PALIATIVO EM CONTEXTO FAMILIAR: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	29
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS....	43
2.1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	49
2.2. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	62
2.3. MÓDULO III – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	71
3. CONCLUSÃO.....	85
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	89

## APÊNDICES

APÊNDICE I: *Tapetes de Rato* - Via Subcutânea

APÊNDICE II: *Procedimento* - Administração por Via Subcutânea

APÊNDICE III: *Sessão de Formação Serviço de Urgência* - Via Subcutânea

APÊNDICE IV: *Sessão de Formação Unidade de Cuidados Intensivos* - Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)

APÊNDICE V: *Sessão de Formação Unidade de Cuidados Intensivos* - Cuidados de Enfermagem ao Doente com Ferida Maligna

APÊNDICE VI: *Sessão de Formação Unidade de Cuidados Paliativos* - O Doente Paliativo em Contexto Familiar: Intervenção do Enfermeiro - Uma Revisão Sistemática da Literatura

APÊNDICE VII: *Póster* - Publicação no VIII Congresso Nacional de Cuidados Paliativos

APÊNDICE VIII: *Artigo* submetido a publicação na Revista de Cuidados Paliativos - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.



## **INDÍCE FIGURAS**

<b>FIGURA 1:</b> Protocolo de pesquisa – Metodologia utilizada.....	35
---	----



## **ÍNDICE QUADROS**

<b>QUADRO 1: Sistematização da análise dos Estudos selecionados.....</b>	<b>36</b>
--	-----------



## INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Surge como resposta a uma exigência pedagógica no âmbito da Unidade Curricular: Relatório, constituindo também, um documento ilustrativo da aprendizagem adquirida durante o Estágio, visando transmitir e registar toda a experiência e aprendizagem, decorrente das atividades e experiências vivenciadas em determinados contextos da prática (CERQUEIRA, et al., 2014).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011- o Especialista é o enfermeiro que partilha com todos os outros especialistas em enfermagem um conjunto de competências comuns em diversas áreas, bem como competências específicas na sua área de especialização (D.R, 2ª SÉRIE – Nº 35, p. 8648). Por conseguinte, a Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011 - evidencia que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de uma forma contínua à pessoa com uma ou mais funções comprometidas, mantendo as suas funções básicas de vida, prevenindo complicações com vista à sua recuperação total. Devo contudo salientar que, segundo o documento, a pessoa em situação crítica é entendida como *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (D.R, 2ª SÉRIE – Nº 35, p. 8656).

Partindo daqueles que são os Objetivos Gerais propostos pelo Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (UCP-ICS, 2015) pretende-se que o estudante tenha conseguido demonstrar:

- 1) *Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução dos problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização;*

- 2) *Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*
- 3) *Ser capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (p.3)*

Deste modo, este relatório tem como Objetivos Gerais: dar a conhecer a capacidade de identificar e analisar problemas, desenvolver estratégias, implementar soluções, demonstrar a capacidade de refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais.

Enquanto Enfermeira de Cuidados Gerais, atualmente em funções numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (sendo também esta uma Unidade que admite doentes adultos de outras Especialidades Médicas, respetivamente Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Neurocirurgia, Urologia, Cirurgia Vasculuar e Neurologia), e não existindo no serviço nenhum Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi sentida a necessidade de aprofundar conhecimentos na área de especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica, não apenas enquanto necessidade do serviço, mas também pelo tempo de experiência profissional diminuído à data de início do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ou seja, o desejo de aquisição e desenvolvimento de competências com vista a uma prática de cuidados mais especializada, tornou-se num elemento motivador nesta que se constituiu numa importante tomada de decisão no meu percurso pessoal e profissional. Neste contexto, importa referir que esta motivação intrínseca aqui em realce vem, de algum modo, colocar em evidência a importância dos valores inerentes a cada um de nós, podendo eles constituir-se como orientadores da ação. Quer isto dizer que cada Enfermeiro guia-se no decurso da sua prática profissional por um quadro de referência que engloba princípios e valores próprios decorrentes do seu crescimento, inserido num dado grupo ou sociedade. Queirós (2001) acentua que *“para que cada pessoa possa reconhecer os seus valores, numa perspetiva pessoal e profissional, é necessário que desenvolva um pensamento ético. Ou seja, um pensamento reflexivo”* (QUEIRÓS, 2001, p.46). Deodato (2008) considera que uma prática reflexiva encontra-se associada a aprendizagem construtiva e, neste sentido, o enfermeiro especialista deve ser um profissional que, para a sua tomada de decisão, deve ter sentido crítico, tendo por base a melhor evidência científica e recorrendo a fundamentação teórica de enfermagem, de modo a fundamentar a sua prática.

De salientar que a Enfermagem em Portugal, enquanto profissão regulada pela OE, dispõe de autonomia própria para a tomada de decisão em contexto de cuidados, pelo que dispõe de um Código Deontológico. No Decreto-Lei N° 104/98, Secção II, do Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 78° - estão dispostos os princípios e os valores inerentes à profissão de enfermagem. A enfermagem, ao longo do seu processo de construção social, histórica e, também, profissional, veio a identificar os princípios e os valores inerentes à profissão, quase como se “*uma espécie de cristalização dos pensamentos sobre a experiência ética de ser enfermeiro*” (NUNES, 2008, p. 34). Seguindo esta linha de raciocínio, a ética e a deontologia em enfermagem surgem como guias da ação, que nos permitem tomar decisões em consciência e em responsabilidade. Entenda-se a responsabilidade como algo inerente ao papel assumido perante a sociedade, decorrente de um compromisso profissional de cuidado humano (NUNES, 2008).

A profissionalização do cuidar que Florence Nightingale foi pioneira no Séc. XIX, e que se veio a desenvolver durante o Séc. XX, foi de algum modo o momento impulsionador ao reconhecimento da enfermagem como disciplina académica com um considerável corpo de conhecimentos. Há que lembrar antes de mais que, apesar de enraizada num profissionalismo, os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa e subtil. Entenda-se assim que uma prática de cuidados de qualidade é aquela cujo “*os prestadores de cuidados são, pois responsáveis pela missão complexa e subtil que consiste em ajudar a existência das pessoas para que elas consigam, umas vezes por períodos curtos, outras por períodos longos, criar um modo de viver compatível com o estado do seu corpo*” (HESBEEN, 2001, p. 51-52). Considera-se por complexidade da prática, a atenção na ajuda que se presta ao outro e a procura de sentido que elas implicam (HESBEEN, 2001).

Por outro lado, importa compreender a diferença entre a *qualidade do cuidar* e *qualidade dos cuidados*, ou seja a *qualidade dos atos praticados*. A *qualidade dos atos praticados* pode ser entendida pelo reconhecimento das técnicas médicas de excelência, cuidados eficientes e um grande profissionalismo da equipa que os presta. A *qualidade do cuidar* pode ser avaliada através da disponibilidade para ouvir e acompanhar o doente, dar oportunidade para se exprimir e de compreender (HESBEEN, 2001, p. 31). Por seu turno, Fragata (2006) refere-se à qualidade em saúde como aquela cujo cuidado é prestado com um “*nível de acordo como estado de arte, no momento preciso e no doente certo*”, mas há que considerar, segundo o autor, outros aspetos como a satisfação de todas as partes envolvidas, especialmente o doente, bem como o acesso igual a esses cuidados, ou equidade, entre outros (FRAGATA, 2006, p. 25). Todos estes aspetos presumem que o doente preocupa-se mais com a atenção com que foi recebido, podendo ser entendido, sobre a perspetiva de Hesbeen (2001), como as “*pequenas coisas*”, ou seja, apesar dos

saberes de vária natureza que requer e do seu tecnicismo, a enfermagem abrange uma imensidão de coisas. Quer isto dizer que todas estas “*pequenas coisas*”, quando associadas com os diferentes elementos que constituem uma determinada situação, são sempre testemunho da grande atenção que estes profissionais podem prestar-lhe e, por conseguinte, do profissionalismo que ela exige (HESBEEN, 2001, p.34). Deste modo, poder-se-á afirmar que a qualidade dos cuidados dependerá das atitudes e dos comportamentos de quem cuida, ou seja, do desejo de cuidar dos outros para além dos atos que executam (HESBEEN, 2001).

Neste contexto, importa salientar que a enfermagem tem um campo de intervenção autónomo – *a prestação de cuidados ao Outro*. Cuidar é a essência da Enfermagem, sendo também transversal a toda a história da Enfermagem e ao seu processo de profissionalização. Para tal, exige-se que os profissionais de saúde sejam também eles pessoas dignas de valores e princípios. Independentemente do contexto cultural e das vivências tidas ao longo da vida, o enfermeiro deve constituir um corpo de valores e princípios que visem a capacidade de “*tomar conta*” da vida humana (DEODATO, 2014, p. 55). Considerando ainda que, quer os enfermeiros, quer as pessoas recetoras dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência. Segundo, ainda, Hesbeen (2000), se o enfermeiro se sentir obrigado “*a praticar a sua arte referindo-se a uma única teoria ou modelo pré-estabelecido, já não será arte*” (HESBEEN, 2000, p.106). Pelo que, convém realçar que uma única teoria, por si só, não fundamenta os cuidados de enfermagem na sua plenitude, pelo que há a necessidade de recorrer a outros autores, a experiências por forma a poder realizar uma prática mais refletida, mais aperfeiçoada e portadora de sentido (HESBEEN, 2001). Neste contexto decorrente da concretização do Estágio e do presente Relatório, houve a necessidade de recorrer a análise da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, uma vez que as situações vivenciadas colocaram em evidência o meu sentido crítico e reflexivo tomando o conforto como o alicerce na prestação de cuidados ao doente. Salientar que, enquanto teoria de enfermagem, reúne um conjunto de conceitos relacionados que provêm de modelos de enfermagem, por outro lado, sendo também uma teoria de médio alcance caracteriza-se como estando a um nível menos abstrato do conhecimento teórico, porque inclui pormenores característicos da prática de enfermagem (TOMEY; ALLIGOOD, 2002). Kolcaba (2003) citado por Sousa (2014) considerou “*o conforto de importância básica, sendo contextualizado ora como um objeto da enfermagem, ora como um estado relativo ao doente, destacando a importância de o compreender na multidimensionalidade do processo de cuidar*” (SOUSA, 2014, p. 38). Também Leninger (1988, 1990) citado por Sousa (2014) refere-se ao conforto como um constructo “*major*” da taxonomia do cuidar, tornando-se fundamental enquadrá-lo no

contexto cultural, isto é, ter em conta o significado que cada pessoa, família ou grupo lhe atribui para que se possam prestar cuidados holísticos, culturalmente congruentes, de acordo com as necessidades (SOUSA, 2014).

Outros autores, como Hesbeen (2001) tomam o conforto como o cuidado dito de “base”, ao mesmo nível dos cuidados de higiene e alimentação. O autor coloca em relevo que estes cuidados, bem como o que eles significam para a intimidade dessa pessoa, proporcionam à enfermagem uma relação privilegiada com o corpo que não pode ser negligenciada. Tal postulado pelo autor coloca em ênfase que, face à urgência e emergência de algumas das situações que colocam em risco a vida do doente, os enfermeiros mantenham a preocupação de manter este nível básico de cuidado.

Segundo Kolcaba (1994, 1999) o conforto é definido como *“a condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através de satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)”* (DOWD, 2002, p. 484). Assim, segundo a Teoria do Conforto, Kolcaba (2001), a Enfermagem *“é a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base”* (DOWD, 2002, p. 485). Nesta linha de raciocínio, os enfermeiros devem estar munidos de recursos que lhe possibilitam identificar as necessidades de conforto não satisfeitas dos doentes, conceber medidas de conforto para abordar essas necessidades e procurar melhorar o conforto dos seus doentes, que é o resultado imediato desejado (DOWD, 2002, p. 486).

Deste modo, poder-se à afirmar que a emergência de uma ciência de enfermagem tem permitido aos enfermeiros o desenvolvimento e utilização de modelos e teorias, nos quais as intervenções de enfermagem se devem basear. Progressivamente, os enfermeiros procuram definir com cada vez mais clareza o que são cuidados de enfermagem, por forma a autodesenvolverem as competências profissionais tanto no domínio colaborativo ou interdependente como no domínio autónomo ou independente, e assim que se consiga progredir de principiante a perito (QUEIRÓS, 2001). Neste contexto, supor-tei ainda o meu desenvolvimento profissional, fundamentada no Modelo Teórico de Patrícia Benner, modelo que teve por base o modelo de aquisição de competências de Dreyfus (1981) - o qual estabelece que a aquisição e o desenvolvimento de uma competência ocorre numa sequência de cinco níveis de proficiência, distinguidos em: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (BENNER, 2001). Assim, suportada neste modelo, explico o meu aperfeiçoamento como enfermeira na aquisição e desenvolvimento de competências fundamentadas numa prática baseada na evidência

(PBE) que se traduza na melhoria da qualidade e excelência dos cuidados de enfermagem. Porém, conforme lembra Hesbeen (2001) citando Giacometti (1992), a excelência e a perfeição são palavras aliantes que podem tornar-se perigosas quando normalizadas e didáticas. São perigosas porque significam a estabilidade, a perfeição, portanto, o limite. Acrescenta ainda que o melhor que podemos fazer é esforçarmo-nos por obter a qualidade considerando que a “*qualidade é um continuum que medeia a mediocridade e a excelência*” (HESBEEN, 2001, p.46).

Assim, identificadas as teorias, princípios e modelos de análise, com a elaboração deste Relatório, pretendo evidenciar o percurso desenvolvido ao longo dos Módulos I, II e III (Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos e Módulo III – Opcional), que integram a Unidade Curricular Estágio. De salientar que o Módulo III – Opcional, incidiu na área dos Cuidados Paliativos pois esta, sendo uma das áreas por mim privilegiadas, é ainda pouco valorizada, por parte dos elementos que compõem as equipas multidisciplinares em contextos onde a técnica e a ciência médica impera. Porém, alienada a esta realidade, é também, uma área que em muito perspetiva o conceito de cuidar na sua essência, tal como os autores atrás designados a colocam em destaque. Por seu turno, a particularidade do serviço em causa escolhido tomou uma dimensão ainda maior neste cuidar – um cuidar com sentido, ou seja, um cuidar intencional. Não querendo tornar-me redutora na análise realizada, mais adiante explicitarei os motivos que fundaram as minhas escolhas nos locais de estágio em causa (Capítulo 2). Neste contexto, transversalmente, ao longo da realização dos três Módulos de Estágio, a minha intervenção visou refletir e analisar a abordagem ao doente paliativo em situação “crítica”, tendo por interesse abordar no presente documento – o doente com *doença crónica*, progressiva e incurável, aquando em situação de agudização. Pretendo por isso abordar os conceitos de *encarniçamento* e *obstinação terapêutica*; a atitude dos profissionais de enfermagem no processo de cuidados, respetivamente no processo de *tomada de decisão*, enquanto sujeito integrado numa equipa multidisciplinar; e por fim colocar em relevo o *agir intencional* do enfermeiro e a *aceitação incondicional do outro*, com base numa relação de confiança com vista ao desenvolvimento de uma ação de cuidar com sentido, com a intenção de diminuir o sofrimento e contribuir para o bem-estar e conforto da pessoa. De salientar que, de forma implícita ou explícita, serão considerados os conceitos de *cuidado*, *pessoa*, *saúde* e *doença*, já que estes estiveram sempre vinculados a todas as correntes de pensamento. Boudon (1995) citado por Figueiredo (2004) designa por paradigmas “*os princípios fundamentais sobre os quais assenta uma comunidade científica*” (FIGUEIREDO, 2004, p.22). Não menosprezando a importância que tiveram os paradigmas da categorização e integração, na formalização da disciplina de enfermagem, devo contudo considerar o paradigma da transformação,

não apenas por ser aquele que prevalece nos nossos dias, como também aquele que assinala uma mudança de mentalidades, num constante desequilíbrio e interação de fenómenos complexos. Importa ainda referir que este paradigma é hoje o alicerce para a abertura da Enfermagem ao mundo (FIGUEIREDO, 2004). Assim, enquanto fenómeno complexo, podemos facilmente compreender as múltiplas influências que podemos encontrar na assistência à pessoa em situação crítica e sua família. O principal objetivo deste Relatório visa, por isso, descrever e analisar critico-reflexivamente as competências gerais e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tomando por análise os objetivos gerais e específicos por mim desenvolvidos em cada local de estágio, as experiências vivenciadas e as intervenções realizadas à pessoa em situação crítica. Pelo que, em termos estruturais, o presente documento encontra-se dividido em três capítulos: **Capítulo 1** - apresentação da revisão sistemática da literatura (RSL) denominada de “O Doente Paliativo em contexto familiar: Intervenção do Enfermeiro” tendo por objetivo identificar as necessidades dos familiares cuidadores da pessoa com doença oncológica em contexto domiciliário; **Capítulo 2** - descrição e análise crítica das competências desenvolvidas, esta análise é realizada de uma forma individualizada para cada Módulo de Estágio, pelo que este mesmo capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos (Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos, Módulo III – Unidade de Cuidados Paliativos); e por último **Capítulo 3** – apresentação das Considerações Finais.



# 1. O DOENTE PALIATIVO EM CONTEXTO FAMILIAR: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

## 1.1. INTRODUÇÃO

### 1.1.1. PESSOA EM PROCESSO DE DOENÇA CRÓNICA – ONCOLÓGICA

O cancro é provavelmente a patologia mais temida do mundo moderno. Etimologicamente, a palavra cancro deriva do latim e significa caranguejo. O uso da palavra remota ao Sec. V a.C., após Hipócrates ter verificado que as “veias” que irradiavam dos tumores da mama se assemelhavam a um caranguejo. Não sendo apenas um fator de mortalidade provoca sentimentos de angústia e desespero, mesmo quando é potencialmente curável. Barbosa (1997) citado por Pereira & Lopes (2005) refere ser *“consensual entre os profissionais de saúde e a população em geral que muita da carga negativa do cancro deriva precisamente do terror que o seu período terminal inspira”* (PEREIRA; LOPES 2005, p. 57). A doença oncológica reveste-se de características com grande carga emocional e social e assume uma representação social de elevada componente simbólica. Associado ao aumento do simbolismo social desta doença mantém-se o estigma associado ao cancro, provocando na maioria das situações dificuldades no processo de comunicação, tornando a informação ambígua e imprecisa (MATOS; PEREIRA, 2005).

A patologia oncológica é atualmente considerada a epidemia dos últimos anos e, sendo uma das principais causas de morte em Portugal, é igualmente responsável por uma elevada taxa de morbilidade (MACEDO et al, 2008), resultante quer da doença em si, quer dos tratamentos a que a pessoa está sujeita. A doença oncológica traduz-se assim numa situação crónica, muitas vezes debilitante e, outras tantas vezes fatal, que atinge cada vez mais um maior número de pessoas, constituindo-se uma das prioridades das políticas de saúde.

O Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da Direção Geral de Saúde (DGS) coloca em evidência:

*“ a evolução do panorama da Oncologia, em Portugal e no Mundo, tem colocado desafios crescentes aos sistemas de saúde. Por um lado, assistimos a um aumento muito significativo de novos casos, fruto de alterações significativas da estrutura da pirâmide*

*populacional e de alterações do estilo de vida; por outro lado vemos também um aumento da demanda, e para cada doente individual, de mais meios técnicos e humanos”.*

(DGS, 2014, p.9)

O aumento da incidência tem-se confirmando e, com isso, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tende a ajustar e a contornar as dificuldades relativas aos custos dificilmente comportáveis, de onde se destaca a necessidade de internamento. Importa realçar que em 2013 o número de episódios de internamento no SNS devido a doença oncológica foi 11,6% superior ao de 2009 e 1,0% superior ao de 2012 (DGS, 2014).

O debate deste problema tem sido não apenas assumido por Portugal, mas também por toda a Europa. Quer isto portanto dizer que, para além das estruturas de saúde, o cancro assume uma abordagem política e social sob uma abordagem clínica multidisciplinar.

Na última metade do Séc. XX, temos assistido a um imutável processo de transição demográfica, o envelhecimento da população, enquanto alteração demográfica, provoca na sociedade contemporânea alterações profundas, tanto a nível económico, como social – caracterizando-se a segunda metade do Séc. XX por aquilo a que os epidemiologistas designam por “transição demográfica” pelo declínio progressivo das taxas de mortalidade, com conseqüente aumento da esperança de vida, bem como, pelo declínio das taxas de natalidade. As modificações da estrutura da pirâmide etária da população portuguesa evidenciam a existência de um duplo envelhecimento: “*o envelhecimento na base (diminuição dos jovens na sociedade), e o envelhecimento no topo (aumento dos gerentes na sociedade)*” (MOURA, 2006, p. 27). De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), com base em projeções da evolução da população idosa, perspectiva-se que em Portugal, em 2025, a proporção da população idosa chegue perto dos 25% (ERS, 2015).

Concomitantemente ao aumento da esperança de vida, tem-se assistido a um acréscimo das doenças crónicas e incapacitantes, constituindo estas as patologias dominantes da nossa sociedade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crónicas representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças. Jong-Wook, antigo Director-Geral da OMS, declarou: “*The lives of far too many people in the world are being blighted and cut short by chronic diseases such as heart disease, stroke, cancer, chronic respiratory diseases and diabetes*” (OMS, 2005, p. 13).

O cancro, pelas suas características, enquadra-se na doença crónica, exigindo controlo a longo prazo – doença que tem como característica ser de longo curso e incurável, capaz de causar sequelas e limitações funcionais (ALVES, 2013). Apesar da singularidade de cada doente, Seligman (1996) identificou uma série de estádios previsíveis para os

doentes oncológicos – *Estádio 1: Até chegar ao diagnóstico, Estádio 2: Da aceitação do diagnóstico à integração nas suas vidas, Estádio 3: Dos tratamentos em diante* - os três estádios identificados mantêm uma grande proximidade com os cinco estádios apontados por Kübler-Ross (1998) – *negação, raiva, negociação, depressão e aceitação*. São estádios de duração variável que podem surgir simultaneamente, linearmente ou tendem a sofrer um retrocesso mas que depois seguem um processo de evolução psíquica de preparação para a morte (MATOS; PEREIRA 2005).

Decorrente da evolução e progressão da doença, o doente oncológico enfrenta alterações no seu estilo de vida, provocadas pela doença em si e pelos internamentos hospitalares recorrentes. Este facto é compartilhado pela família, que o segue no seu dia-a-dia, tanto no domicílio como durante as hospitalizações. Pelo que, tanto o doente, como os seus familiares, ao longo de toda a trajetória da doença, “*exibem comportamentos semelhantes, mecanismos de defesa e de luta que possibilitam, bem como à família, o confronto com situações de extrema dor psíquica*” (PEREIRA; LOPES, 2005, p. 60).

De acordo com Duro (2013), se pensarmos que esta crise pode atingir membros da família em diferentes etapas do seu ciclo vital, rapidamente deduzimos o grau de complexidade que este acompanhamento pode implicar. Contudo, o impacto da doença na família dependerá da fase de desenvolvimento em que a família se encontra aquando do diagnóstico da doença, da forma como a dinâmica familiar é afetada e do significado que é atribuído à doença em termos de identidade familiar (PEREIRA, 2001, 2002 citado por PEREIRA & LOPES, 2006). Enquanto nas doenças agudas os reajustamentos ocorrem num tempo muito curto, exigindo à família uma mobilização mais rápida da capacidade de gerir a crise nas doenças crónicas de curso progressivo, como é o caso do cancro, a adaptação e a mudança dos papéis no seio familiar são progressivas - pelo que a família está sujeita a uma crescente tensão, tanto pelo risco de exaustão, como pelo contínuo acréscimo de tarefas ao longo do tempo (MOREIRA, 2001).

### **1.1.2. FAMÍLIA RECEPTORA E PRESTADORA DE CUIDADOS**

Família é um conceito que comporta diversos significados que diferem consoante a pessoa ou grupo. No entanto, neste contexto de análise, deva depreender-se que o conceito de Família diz respeito a “*dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico*” (HANSON, 2005, p. 6). Também, nesta linha de pensamento, a recente Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012) considera família “*persona ou pessoas designadas pelo doente ou (...) em casos de pessoas sem capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem uma*

*relação próxima, podendo ter ou não laços de parentesco*". Assim, consideramos família, as pessoas significativas para o doente e que ao mesmo tempo, são uma importante rede de apoio. Assim, pode-se dizer que a família se comporta como um "*sistema aberto em que os seus elementos interagem entre si e com o meio, em permanente interação*" (JORGE, 2004, p. 17), o que nos permite entender que, enquanto sistema, qualquer mudança de comportamento, ou outra, verificada no seio familiar, provocará alterações no comportamento individual de cada um dos seus membros.

Segundo Vara (1996) citado por Jorge (2004), a capacidade da família para ultrapassar uma situação de crise provocada pela doença ou hospitalização de um dos seus membros, dependerá dos sistemas de suporte de que dispõe. Ou seja, as experiências anteriores, a coesão entre os membros da família e a capacidade de utilização dos recursos exteriores ao núcleo familiar.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) - Artigo 13º, nº 3 - enuncia que "*a família é o elemento natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção desta e do Estado*", indo ao encontro do aqui citado Minuchin (1982) citado por Moreira (2001), refere que, dentre as funções da família estas atendem a dois objetivos: 1) *a proteção psicossocial dos seus membros*; e 2) *a acomodação a uma cultura e transmissão dessa cultura* (MOREIRA, 2001, p. 23). Dando especial destaque por aquelas que dizem respeito às funções de saúde da família, ou seja, a de proteger a saúde dos seus membros e dar resposta às necessidades básicas durante os períodos de doença (NOGUEIRA, 2003).

Este aspeto ganha contornos relevantes quando considerada a particularidade do cuidado ao doente com doença crónica, isto é, não ficando a doença resolvida aquando uma situação de agudização, e considerando a evolução farmacológica, terapêutica e tecnológica, estão reunidas as condições para a "*devolução do doente ao seio familiar*". O hospital representa então um local de passagem, para estes doentes, pois resolvido o problema que o levou ao hospital, este pode continuar a "*manutenção do seu estado fora da instituição hospitalar*" (NOGUEIRA, 2003, p. 46).

O domicílio é sempre o "*serviço alternativo ao internamento hospitalar*" por este ser menos traumático e constituir uma estratégia importante para a diminuição dos custos com os internamentos (NOGUEIRA, 2003, pp. 46-47). Neste contexto, os membros da família assumem a função de "*cuidadores informais*", estando responsáveis não apenas pela prestação de cuidados à pessoa dependente, mas também envolvidos em toda a trajetória de cuidado, respetivamente nas fases de diagnóstico e tratamento (GIVEN et al, 2012). Este cuidador define-se por duas características essenciais: não ser remunerado e não possuir formação específica na área da prestação de cuidados (CASTRO, 2008). De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) o

prestador de cuidados “é aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente” (OE, 2011, p.115).

Convém, contudo, salientar que o ato de cuidar modifica-se ao longo da doença de acordo com as necessidades do doente, vindo a torna-se mais complexa com o passar do tempo, pois o doente fica mais dependente. Os cuidadores quando não têm suporte adequado e *equilíbrio emocional*, o processo de cuidar pode despoletar sintomas psicofisiológicos. Pelo que, convém considerar a forte relação entre a saúde do cuidador e o grau de sobrecarga, podendo estar relacionado em parte com o nível de preparação dos mesmos (SANCHEZ, 2010). Por outro lado, com o envelhecimento das populações, encontramos idosos a cuidarem de outros idosos doentes. E ainda, o aumento do emprego feminino, a fragilidade dos laços familiares e a diminuição da solidariedade entre as gerações devido aos movimentos migratórios, associados a uma sociedade de consumo, torna o processo de cuidar ainda mais complexo para as famílias (MOREIRA, 2001). Pelo que é crucial a necessidade de serem ajustadas as atuais políticas de saúde em vigor, de forma a que os outrora papéis designados às famílias não sejam tomados como descartáveis. Neste contexto, Tawycross (2003) refere que para que um bom serviço seja prestado no domicílio é necessário que haja alguém, familiar direto ou não, que tenha capacidade para o fazer, e que haja de retaguarda uma equipa atenta e completa a prestar apoio. Esta equipa deve ter a capacidade de responder prontamente aos problemas e deste modo, transmitir confiança ao doente e família, ao ponto de garantir um internamento rápido, se necessário.

Desta realidade, os Cuidados Paliativos, que emergiram no Séc. XX com Cicely Saunders, vêm possibilitar dar resposta aquelas que são as necessidades não apenas dos doentes, mas também dos familiares cuidadores. Segundo a OMS, no conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, esta abordagem visa:

*“melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida) e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”*

A Lei n.º 52/2012, de 5 de Setembro – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos – define cuidados paliativos como:

*“os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na*

*identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (D.R, 1ª Série – N.º 172, p. 5119).*

A tendência atual dá-se no sentido de considerar o domicílio como o lugar privilegiado para os cuidados paliativos, pois o meio familiar pode oferecer ao doente a continuidade da sua vida diária, estar rodeado das pessoas e objetos significantes e contribuir para que se sinta menos isolado, reconhecendo-se o hospital como o local de passagem transitória no decurso do processo de doença, só quando o doente necessite (NETO, 1993). Neste contexto, a assistência domiciliária tem como objetivo proporcionar cuidados de saúde globais (físicos, psíquicos e sociais) e não apenas responder às necessidades biológicas do doente. Para além da função curativa, a assistência domiciliária assume características de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, num contexto de responsabilização e cooperação do doente, da família e da equipa de cuidados prestados ao doente (MATOS; PEREIRA, 2005, p. 23). Assim, importa considerar a avaliação das necessidades dos cuidadores crucial à eficácia e qualidade dos cuidados prestados e desenvolver medidas de suporte que visem o acesso aos recursos disponíveis e à promoção da saúde do cuidador (LIMA, 2013).

## **1.2. METODOLOGIA**

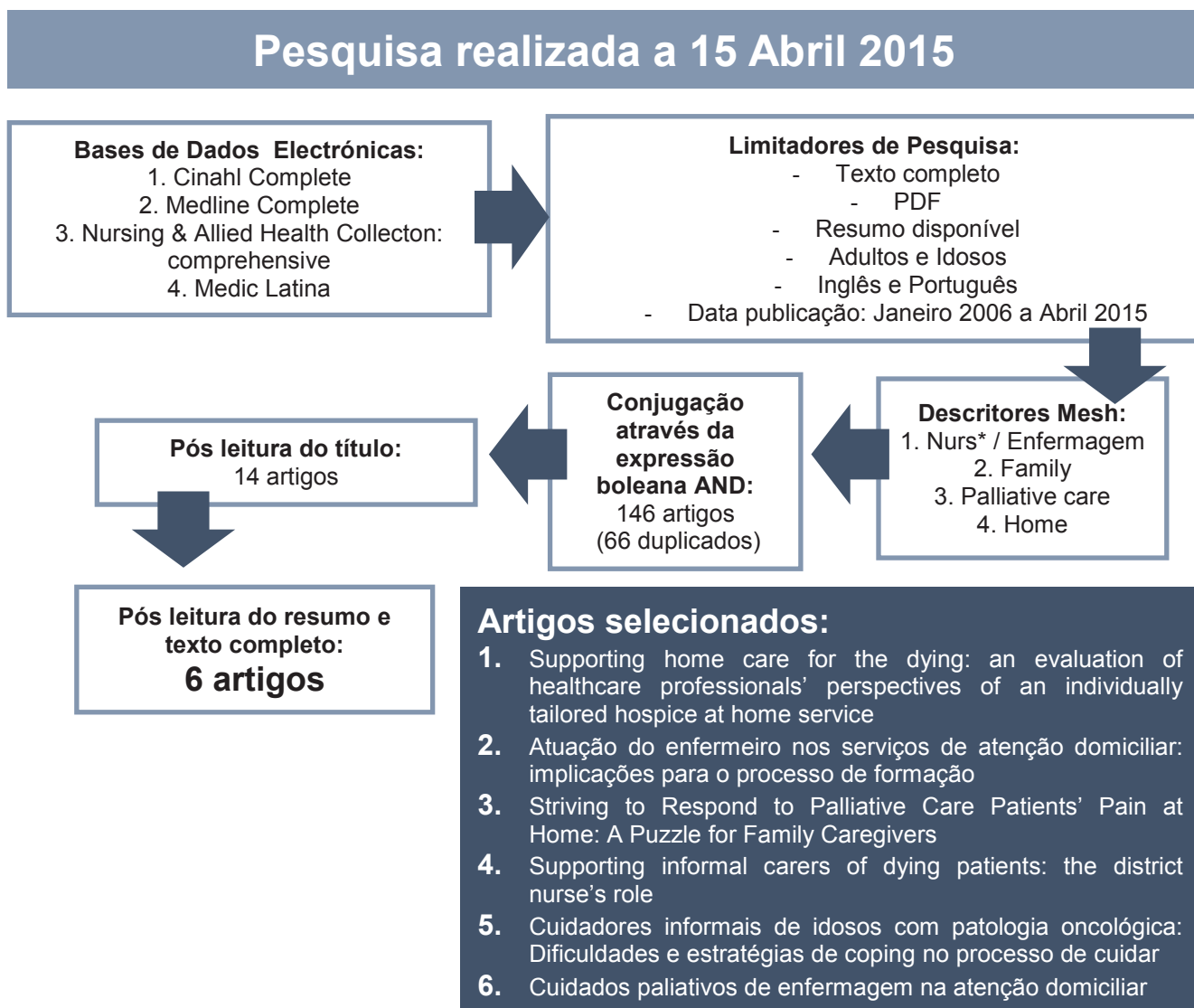
Em linguagem corrente, a necessidade reporta-nos para um desejo, uma aspiração, algo de que precisamos e que nos é imprescindível (MOREIRA, 2001). Contudo, a dificuldade de identificação das necessidades expressas pela família leva a que os enfermeiros tenham tendência de dar respostas “vagas” e por vezes “estandardizadas” em detrimento de respostas individualizadas e adequadas à situação. Partindo deste quadro de referência, emerge a seguinte questão: **Quais as necessidades dos familiares cuidadores da pessoa com doença oncológica avançada progressiva em contexto domiciliário?**

A partir desta questão central, foram formuladas outras questões de investigação de forma a orientar os passos a desenvolver ao longo do trabalho – 1) Quais os sentimentos e expectativas da família ao longo do curso da doença? 2) Será que a família sente que as suas necessidades são identificadas pelos enfermeiros? 3) Quais as estratégias de intervenção utilizadas pelos enfermeiros na resposta às necessidades da família?

Instaladas estas questões surge o esboço do tema – **O doente paliativo em contexto familiar: Intervenção do enfermeiro**. Neste contexto, o objetivo desta pesquisa centra-se em identificar as necessidades dos familiares cuidadores da pessoa com doença oncológica em contexto domiciliário.

A RSL foi a metodologia utilizada na pesquisa. Tendo sido selecionadas as seguintes palavras-chave, enquanto descritores Mesh – *nurs* \*, *family*, *palliative care* e *home*. A pesquisa foi efetuada com recurso à plataforma EBSCOhost no friso cronológico de Janeiro 2006 a Abril 2015 (Figura 1). Na conjugação das palavras-chave foi utilizado o carácter booleano *AND*. No cruzamento final emergiram 146 artigos (66 artigos eram duplicados), sendo selecionados 14 artigos pós leitura do título; e pós leitura do resumo e da leitura integral do artigo selecionados 6 artigos que foram incluídos enquanto corpus da análise. Para uma fácil compreensão da metodologia utilizada na análise dos artigos, encontra-se seguidamente uma sistematização das dimensões consideradas mais relevantes dos artigos selecionados (Quadro 1).

**FIGURA 1: PROTOCOLO DE PESQUISA - METODOLOGIA UTILIZADA**



QUADRO 1

SISTEMATIZAÇÃO DA ANÁLISE DOS ESTUDOS SELECIONADOS

<b>TÍTULO:</b>	<b>1. Supporting home care for the dying: an evaluation of healthcare professionals' perspectives of an individually tailored hospice at home service</b>
<b>Autor(res)/ano</b>	JACK, Barbara et al. (2013)
<b>Objetivos</b>	- Explorar as perspetivas dos profissionais de saúde do serviço hospitalar que tem diferentes componentes individualmente adaptados para responder às necessidades dos doentes.
<b>Metodologia</b>	- Estudo quantitativo - Estudo qualitativo <b>Instrumentos de colheita de dados:</b> - Focus Group - Entrevista semi-estruturada - Inquérito eletrónico
<b>Participantes</b>	75 profissionais de saúde
<b>Resultados</b>	- Sobre a “hospitalização domiciliária” como um dos componentes do serviço hospitalar, os profissionais de saúde relataram de forma geral um impacto positivo sobre os doentes e cuidadores - cuidados individualizados, respeito pela vontade do doente, internamentos hospitalares mais curtos e diminuição dos re-internamentos. - Este tipo de serviço especializado tem a capacidade de proporcionar cuidados de acordo com as necessidades do doente e dos prestadores de cuidados ao longo da trajetória de doença. Esta parece ser uma opção de escolha do doente para uma morte em casa.
<b>TÍTULO:</b>	<b>2. Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliária: implicações para o processo de formação</b>
<b>Autor(res)/ano:</b>	SILVA, Kênia et al (2014)
<b>Objetivos</b>	- Descrever os serviços de atenção domiciliária de Belo Horizonte - Analisar o papel da enfermagem nesse contexto, discutindo as implicações para a formação dos enfermeiros.
<b>Metodologia</b>	Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa <b>Instrumentos de colheita de dados:</b> - Entrevista com os coordenadores e enfermeiros dos programas de atenção domiciliária - Estudos de casos de pacientes assistidos no domicílio
<b>Participantes</b>	- 13 serviços de atenção domiciliária (SAD) públicos e privados - 10 coordenadores dos SAD - 9 enfermeiros
<b>Resultados</b>	- A preparação dos enfermeiros relativamente aos cuidados domiciliários, é um desafio para o ensino em enfermagem. Presume-se que, para além da prestação de cuidados, há necessidade de formação de uma nova equipa de trabalho que tenha como desafio cuidar das pessoas no seu contexto familiar, exigindo a aquisição de competências não apenas técnicas, mas também sociais humanas, e éticas (decidir nas distintas e imprevisíveis situações que se apresentam, implica lidar com a exposição das tensões e contradições das relações familiares, por exemplo) - Os enfermeiros desempenham papéis de gestão, supervisão, procedimentos, identificação de situações de risco ou vulnerabilidade, articulação dialógica com a família, etc. - A discussão do plano de cuidados com a família é fundamental, visto que um

	<p>dos pressupostos desta modalidade assistencial é tornar o cuidador e o doente corresponsáveis pelo cuidado. Deste modo, a família assume uma responsabilização nos processos de tomada de decisão associada aos cuidados prestados, com a permanência das decisões centradas na equipa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O contacto telefónico pode ser um meio de contacto para orientações pontuais quanto ao uso de medicamentos, sondas, cateteres ou em situações de agudização. Pós contacto telefónico, a situação clínica do doente é analisada.</li> <li>- A monitorização eletrónica é também utilizada como estratégia, uma ferramenta que pode ser ativada para garantir o acompanhamento dos pacientes clinicamente estáveis.</li> </ul>
<b>TÍTULO:</b>	<b>3. Striving to respond to palliative care patients' pain at home: a puzzle for family caregivers</b>
<b>Autor(es)/ano</b>	MEHTA, Anita et al. (2011)
<b>Objetivos</b>	Descrever os vários tipos de dor experienciados pelos pacientes em cuidados paliativos no domicílio, como os seus cuidadores e familiares avaliam a dor e como é que intervêm.
<b>Metodologia</b>	Estudo qualitativo - Grounded Theory <b>Instrumentos de recolha de dados:</b> - Entrevista semi-estruturadas
<b>Participantes</b>	24 cuidadores familiares de doentes com cancro avançado que recebem cuidados paliativos em casa
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os cuidadores familiares avaliaram diferentes tipos de dor e, por conseguinte, aplicaram diferentes tipos de intervenções. Nem todos os cuidadores familiares foram capazes de distinguir os diferentes tipos de dor que afligem os doentes e, conseqüentemente, não selecionaram as intervenções mais apropriadas. Isto muitas vezes, leva a uma gestão inadequada da dor e à frustração dos cuidadores familiares.</li> <li>- Um conhecimento aprofundado sobre a dor e os vários tipos de dor é primordial para uma melhor intervenção e conseqüentemente um melhor controlo da dor.</li> </ul>
<b>TÍTULO:</b>	<b>4. Supporting informal carers of dying patients: the district nurse's role</b>
<b>Autor(es)/ano</b>	EYRE, Sharon (2010)
<b>Objetivos</b>	- Explorar o papel do enfermeiro no apoio aos familiares e amigos, que assumem o papel de cuidadores informais para com os doentes que desejam morrer em casa
<b>Metodologia</b>	Revisão sistemática da literatura
<b>Participantes</b>	-----
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O enfermeiro pode apoiar os cuidadores, promover o conforto ao doente, encontrar as necessidades do cuidador, usando as suas competências de comunicação e aconselhamento, fornecendo informação em tempo útil, planeando e antecipando as necessidades e coordenar os serviços e profissionais adequados.</li> <li>- Através do uso de GSF (Gold Standards Framework) e da LCP (Liverpool Care Pathway) o enfermeiro e a equipa de cuidados primários podem estar aptos para ajudar os doentes e os seus cuidadores a experienciarem uma "boa morte".</li> <li>- Ferramentas de cuidado aos doentes: GSF (Gold Standards Framework), ferramenta criada para o cuidado paliativo em doentes com cancro. No Reino Unido, esta ferramenta tem sido usada no cuidado a doentes não oncológicos em regime de cuidados paliativos. Esta</li> </ul>

	<p>ferramenta é baseada nos sete C's (1) comunicação; 2) coordenação; 3) controlo sintomático; 4) continuidade; 5) aprendizagem continua; 6) apoio ao cuidador; 7) cuidar de quem está a morrer.</p> <p>LCP - Modelo com as melhores práticas para cuidar de doentes em fim de vida quer no hospital, quer no domicílio em equipas multidisciplinares. Impulsiona os profissionais a comunicarem com os cuidadores sobre a sua consciência e compreensão que o paciente está próximo da morte.</p> <p>Este modelo, pode ainda, ser usado para guiar os enfermeiros no seu papel de apoio aos cuidadores durante os últimos dias de vida dos doentes.</p>
<b>TÍTULO:</b>	<b>5. Cuidadores informais de idosos com patologia oncológica: Dificuldades e estratégias de coping no processo de cuidar</b>
<b>Autor(es)/ano</b>	PASCOINHO, Ana (2011)
<b>Objetivos</b>	- Identificar as necessidades dos cuidadores informais de idosos com patologia oncológica da área de abrangência do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE e as estratégias de coping que mobilizam para fazer face ao processo de cuidados ao idoso.
<b>Metodologia</b>	<p>Estudo descritivo-correlacional, quantitativo</p> <p><b>Instrumentos de recolha de dados:</b></p> <p>- Entrevistas semi-estruturadas tendo como base um instrumento de colheita de dados que inclui um questionário sócio-demográfico, as escalas CA DI e CAMI, que pretendem avaliar respetivamente as dificuldades sentidas pelo cuidador e as estratégias de coping utilizadas.</p>
<b>Participantes</b>	- 65 cuidadores informais de idosos seguidos em ambulatório o HDFF, EPE
<b>Resultados</b>	<p>- Os cuidadores, na sua maioria idosos, percecionam poucas dificuldades no âmbito do processo de cuidados. As mais evidenciadas são as relacionadas com: exigências físicas e financeiras (pensões de velhice baixas/baixos rendimentos dos cuidadores. A ausência de campanhas de divulgação de apoios sociais/financeiros junto da população idosa, limita o acesso a ajudas técnicas e financeiras); Deficiente apoio profissional (Deve tentar-se que haja uma melhor articulação entre a tríade cuidador informal/cuidador formal/idoso e deve fomentar-se uma maior interação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, promovendo a troca de informação entre hospitais e centros de saúde da área de residência destas famílias).</p> <p>- As estratégias de <i>coping</i> utilizadas não são muito eficazes, sendo as mais úteis as relacionadas com ações que visam lidar com os acontecimentos/resolver problemas.</p> <p>- Há relação entre a idade do cuidador informal e as dificuldades financeiras e as dificuldades relacionadas com o apoio profissional e há relação entre as dificuldades sentidas pelos cuidadores e o apoio profissional prestado. Também existe relação entre as dificuldades do cuidador e o grau de dependência percecionado pelo idoso.</p>
<b>TÍTULO:</b>	<b>6. Cuidados paliativos de enfermagem na atenção domiciliar</b>
<b>Autor(res)/Ano:</b>	SOUSA, Janaina; ALVES, Elíoenai (2015)
<b>Objetivos</b>	Identificar a produção científica em enfermagem sobre cuidados paliativos no cuidado domiciliário
<b>Metodologia</b>	Estudo exploratório, com análise bibliométrica
<b>Participantes</b>	13 resumos (2 teses e 11 dissertações)
<b>Resultados</b>	<p>- Subáreas temáticas observadas foram: cuidadores, neoplasias, família, morte, acolhimento, atenção primária à saúde, cuidados de enfermagem e Estratégia Saúde da Família.</p> <p>- Observa-se baixa produtividade na temática dos cuidados paliativos na atenção domiciliária, com crescimento descontínuo, mas incipiente se</p>

	<p>considerarmos que os cuidados paliativos passaram a ter maior visibilidade após 2002 com a publicação da Organização Mundial de Saúde sobre os conceitos e princípios norteadores desta prática.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perspetiva dos cuidadores: vantagens (liberdade e autonomia nos horários de refeições, higiene, sono, lazer e receção de visitas; desvantagens (sobrecarga, privação e maior responsabilização, decorrentes, por vezes, de situações de falta de apoio social)</li> <li>- Perspetiva da equipa: o convívio com pacientes com cancro em fase avançada, a conspiração do silêncio, e as emoções advindas do compartilhamento do sofrimento dos pacientes e dos seus familiares ao lidar com a morte são desafios a ser superados. Referem concretizar ações de interdisciplinaridade por meio de reuniões de equipa, na busca por um consenso sobre os cuidados ao doente e à família.</li> <li>- Ser cuidador em contexto domiciliário é uma difícil e desafiante experiência, na qual o cuidado ao paciente em fase final de uma doença no domicílio é percebido como um trabalho complexo e criativo que resulta em crescimento pessoal, às vezes marcado pelo cuidado solitário. Paralelamente, observa-se nos cuidadores uma capacidade de transcender as suas limitações pessoais e de adquirir conhecimento técnico para o cuidado.</li> </ul>
--	--

### 1.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No processo de cuidados, a avaliação das necessidades da pessoa, constitui-se a primeira e a mais importante etapa. Na medida em que se as necessidades do cuidador forem devidamente avaliadas, presume-se que as intervenções realizadas ao doente sejam também elas eficazes. Neste contexto Sharon Eyre (2010), refere-se à necessidade do enfermeiro fazer uso das suas competências de comunicação e aconselhamento, fornecendo informação em tempo útil, planeando e antecipando as necessidades e coordenando os serviços e profissionais adequados (EYRE, 2010). Através do uso GSF (Gold Standards Framework) e da LCP (Liverpool Care Pathway) o enfermeiro e a equipa de cuidados primários podem estar aptos para ajudar os seus pacientes e os seus cuidadores a experienciarem uma “boa morte”. A GSF (Gold Standards Framework) é uma ferramenta criada para o cuidado paliativo em doentes com cancro. Esta ferramenta é baseada nos sete C's *C1: Communication. C2: Co-ordination. C3: Control of symptoms. C4: Continuity. C5: Continued learning C6: Carer support. C7: Care of the dying.* O LCP é um modelo que tem por objetivo orientar os profissionais de saúde na adequação das melhores práticas para cuidar de doentes em fim de vida quer no hospital, quer no domicílio em equipas multidisciplinares (EYRE, 2010).

De referir, ainda, que um dos pressupostos dos cuidados domiciliários ao doente paliativo é tornar o cuidador e o doente co-responsáveis pelo cuidado, sendo por isso a discussão do plano de cuidados com a família fundamental. Deste modo, a família assume uma

responsabilização no processo de tomada de decisão associada aos cuidados prestados, com a permanência das decisões centradas na equipa (SILVA, et al., 2014).

Para além da baixa produção científica sobre a temática dos cuidados paliativos em contexto domiciliário, é também incipiente se considerarmos que os cuidados paliativos passaram a ter maior visibilidade após 2002 com a publicação da OMS sobre os conceitos e princípios norteadores desta prática (SOUSA; ALVES, 2015).

De forma geral verifica-se, pós análise dos artigos seleccionados, uma favorável opinião quer dos cuidadores quer dos profissionais de saúde sobre a prática de cuidados paliativos em contexto domiciliário. Na perspetiva dos cuidadores, as vantagens relacionam-se com a liberdade e autonomia nos horários de refeições, higiene, sono, lazer e receção de visitas.

Como desvantagens os cuidadores apontam: a sobrecarga, a privação e maior responsabilização, decorrentes, por vezes, de situações de falta de apoio social (SOUSA; ALVES, 2015). No âmbito do processo de cuidados as dificuldades sentidas pelos familiares são: exigências físicas, financeiras, deficiente apoio profissional - sobre esta última a autora refere que deve tentar-se que haja uma melhor articulação entre a tríade *cuidador informal/cuidador formal/idoso* e fomentar uma maior interação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados (PASCOINHO, 2011). Silva et al. (2014) referem ainda que o contacto telefónico pode ser uma estratégia a usar, com o objetivo de dar orientações pontuais ou mesmo o uso de monitorização eletrónica como estratégia de colmatar o défice de profissionais de saúde. Na análise da equipa, existem ainda desafios a serem superados como seja a conspiração do silêncio e as emoções advindas do compartilhamento do sofrimento dos pacientes e dos seus familiares ao lidar com a morte (SOUSA; ALVES, 2015). Contudo, ser cuidador em contexto domiciliário, apesar de difícil, torna-se numa desafiante experiência, na qual o cuidado ao doente em fase final de vida é percebido como um trabalho complexo e criativo que resulta em crescimento pessoal. Paralelamente, observa-se nos cuidadores uma capacidade de transcender as suas limitações pessoais e adquirir conhecimento técnico para o cuidado (SOUSA; ALVES, 2015). Um exemplo prático é aquele que vem descrito no estudo desenvolvido pelos autores Mehta et al. (2011) sobre a gestão da dor – um conhecimento aprofundado sobre a dor e os vários tipos de dor é primordial para uma melhor intervenção e conseqüentemente um melhor controlo de dor (MEHTA et al., 2011). De entre as intervenções realizadas pelos enfermeiros em busca de colmatar algumas destas problemáticas, destaca-se a necessidade de comunicação entre os membros que compõem a equipa multidisciplinar (SOUSA; ALVES, 2015). Por parte da equipa pressupõe-se que esta tenha desenvolvidas competências não apenas técnicas, sociais humanas, mas também éticas (decidir nas distintas e imprevisíveis situações que se

apresentam, implica lidar com a exposição das tensões e contradições das relações familiares) (SILVA et al., 2014).

#### **1.4. CONCLUSÃO**

Considerando a Família, um dos pilares dos Cuidados Paliativos, o desenvolvimento da investigação na área da avaliação das necessidades psicossociais do doente e da família é importante no favorecimento do bem-estar destes. Os resultados encontrados destacam o importante papel do enfermeiro em conhecer as experiências e expectativas da família, para que se possam compreender as necessidades sentidas e, como tal, a definição de estratégias que forneçam o suporte adequado nestas situações, bem como um maior aconselhamento por parte dos profissionais de saúde às pessoas que cuidam.

O avançar da doença e a deterioração do estado de saúde do doente, exige ao cuidador a aprendizagem de habilidades e competências necessárias para a sua nova tarefa de cuidar. Deste modo, importa reestruturar as instituições e organizações já existentes com equipas especializadas na abordagem ao doente e família ao longo da trajetória de doença, com vista à definição de um plano de intervenção, de orientação, suporte e apoio para toda a família, especialmente para o cuidador. Neste contexto, o Decreto-lei n.º 136/2015, de 28 de Julho, no Programa do XIX Governo Constitucional, definiu como medida “*o aproveitamento dos meios já existentes, com o reforço dos cuidados continuados, por metas faseadas, e o desenvolvimento de uma rede de âmbito nacional de cuidados paliativos*”.

As Unidades de Cuidados Paliativos, e respetivamente os Serviços de Apoio Domiciliário, poderão ser uma importante estratégia a desenvolver com vista a alcançar este fim. Em Portugal é defendido que “*o modelo de cuidados continuados deve ser misto, isto é, deve compreender cuidados residenciais flexíveis de apoio aos cuidados domiciliários*” (ERS, 2015, p. 10). Nesta área, os dados encontrados apontam para a necessidade de 133 equipas de cuidados paliativos domiciliários em Portugal (CAPELAS, 2009). Até Fevereiro 2016, são conhecidas 22 equipas de cuidados paliativos domiciliários. Sendo 15 dessas equipas de gestão pública (com base em hospitais ou serviços de saúde primários). De acordo com a codificação das unidades territoriais – NUTS III de Portugal, das 30 regiões apenas 9 regiões têm equipas que prestam cuidados domiciliários. De salientar que nos Açores existe apenas uma equipa com base na Ilha Terceira, bem como na Madeira existe apenas uma equipa sediada no Funchal que dá resposta a toda a ilha (OPCP, 2016). Segundo a ERS (2015) no âmbito de um estudo com o objetivo de analisar o acesso, a qualidade e a concorrência dos cuidados oferecidos pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), englobando as unidades e

equipas em cuidados paliativos, em Portugal, os cuidadores informais “*representam uma componente importante, e mesmo central, da prestação social de cuidados continuados*” (ERS, 2015, p. 22). Por outro lado, Portugal, relativamente a outros países como a Noruega, Suécia e Holanda, “*encontra-se na posição mais baixa, quer no que se refere à distribuição de recursos por 1000 habitantes, quer face à percentagem da população com idade igual ou superior a 65 anos*” (ERS, 2015, p.11). Quer isto portanto dizer que “*mais de 90% da população com 65 ou mais anos sem acesso a cuidados continuados de qualidade, devido a lacunas na dotação de recursos humanos dedicados a estes cuidados*” (ERS, 2015, p. 11) e as situações mais graves estão no Norte e na grande Lisboa. Convém, ainda, referir os custos associados a este tipo de abordagem, visto que Portugal está entre os países com menor despesa, 0,31% do PIB (ERS, 2015).

O Serviço de Apoio Domiciliário em Cuidados Paliativos enquanto estratégia alternativa aqui enunciada deve constituir, por isso, uma prioridade em termos de implementação, pois segundo Capelas (2009) são o suporte de toda a rede, sem a qual o doente não deixará de estar institucionalizado e, por sua vez, não se conseguirá demonstrar redução de custos na abordagem destes doentes e consequentemente critérios de efetividade e eficiência, assim como a redução da mortalidade institucional destes doentes.

Por fim, e em jeito de sugestão, articulando os resultados obtidos da RSL aqui em análise, com a reflexão da e na prática clínica durante a prestação de cuidados paliativos a doentes e famílias em contexto domiciliário, propõe-se que no planeamento das intervenções o enfermeiro atenda aos seguintes aspetos – organização e dinâmica familiar, dimensão afetivo-relacional, recursos económicos e sociais, rede social e familiar de apoio, condições habitacionais, capacidade instrumental e cognitiva do cuidador. Assim, pretende-se a formação de um plano assistencial baseado em ações e decisões alicerçadas no conhecimento real das vivências familiares, para que se possa concorrer para a melhoria dos cuidados ao doente e família nesta fase do ciclo de vida.

## 2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O Enfermeiro Especialista é reconhecido pela competência científica, técnica e relacional para prestar, além de Cuidados de Enfermagem Gerais, Cuidados de Enfermagem Especializados na área da sua especialidade – Artigo 8.º dos Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. Assim, pressupõe-se que o Enfermeiro Especialista seja detentor de um conjunto de competências que lhe permitam cuidar de forma especializada (cuidar que resulta de uma relação interpessoal, concretizando-se numa parceria de cuidados, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu contributo, tornando a pessoa proactiva (OE, 2002 p. 10).

Neste contexto, e de acordo com Boterf (1995), a competência do indivíduo é uma encruzilhada com três eixos formados pela pessoa, pela sua formação educacional e pela sua experiência profissional. Ainda segundo este autor, podemos definir competência como “*um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo*” (FLEURY; FLEURY, 2001, p.188).

Partindo do princípio da formação ao longo da vida, que, segundo Canário (1999), se inicia desde o nascimento até o fim da vida, destacando a importância da experiência para a aprendizagem, pode-se dizer que a experiência é um importante instrumento promotor da reflexão e do desenvolvimento não apenas profissional, mas também, pessoal de cada um. Isto significa que a formação contínua permite, não apenas a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de novas técnicas, como também uma maior abertura do profissional devido à sua experiência, permitindo-lhe o exercício de uma prática mais refletida, mais aperfeiçoada e portadora de maior sentido (HESBBEN, 2001).

Neste contexto, considerando o conceito de *experiências formadoras* de Josso (2002), esta análise pressupõe que tomemos consciência da particularidade que algumas vivências tomam, pela intensidade que refletem, fazendo-nos refletir e extrair informações úteis para a aquisição e desenvolvimento de competências. De acordo com Paul Morrison “*a vivência é o mundo da experiência, tal como é vivida*” (MORRISON, 2001, p. 32), o que significa, segundo o autor, colocar em evidência os aspetos vivenciais, uma vez que eles proporcionam uma forma de estruturar significativamente as experiências

peçoais e de as pôr em relação com outras. Constituem, por isso, uma base para comunicar com as pessoas e compreendê-las (MORRISON, 2001). Na perspectiva de aprendizagem pela experiência de Josso (2002) a narrativa da experiência revela-se formadora porque, ao falar da sua aprendizagem, a pessoa “*simboliza atitudes, comportamentos, pensamentos, saber-fazer, sentimentos que caracterizam uma subjectividade e identidades*” (JOSSO, 2002, p. 34).

No contexto de prática de cuidados, o enfermeiro vivência e experiência situações que se tornam experiências formadoras e conseqüentemente promotoras do desenvolvimento de competências. Por isso, a competência baseia-se na ligação entre o conhecimento e a ação, tendo por base a mobilização de recursos. São estes recursos que pretendo dar ênfase no decorrer deste capítulo, respetivamente com descrição, análise e reflexão das respetivas atividades desenvolvidas no decorrer dos Módulos I, II e III do Estágio.

Tal como anteriormente referi, procuro, igualmente, fundamentar o meu percurso desenvolvido, de aquisição e desenvolvimento de competências segundo o Modelo Teórico de Patrícia Benner (2001), a qual por influência do Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus (1981) estabelece que a aquisição e o desenvolvimento de uma competência ocorre numa sequência de cinco níveis de proficiência, distinguidos em: **iniciado**, **iniciado avançado**, **competente**, **proficiente** e **perito**. Na fase de **iniciado**, o profissional caracteriza-se pela falta de experiência. Independentemente do contexto, são ensinadas regras e normas, para guiar os seus atos. Estas regras e normas impõem ao iniciado um comportamento rígido e limitado (BENNER, 2001, p.49). O comportamento dos **iniciados avançados** é aquele que pode ser aceitável, pois já enfrentaram um número considerável de situações reais para fazer sobressair “aspetos da situação”, segundo a qualificação do modelo Dreyfus. Contudo, não conseguem ainda estabelecer prioridades de ação pela incapacidade de diferenciar a importância desses “aspetos”. Deste modo, quer as iniciadas quer as iniciadas avançadas necessitam ainda de supervisão, pela insuficiente capacidade de selecionar as ações importantes e menos importantes (BENNER, 2001, p. 50-52). O enfermeiro torna-se **competente** quando está consciente dos seus atos e dos planos a longo prazo. O enfermeiro competente não tem a rapidez nem a destreza do enfermeiro proficiente, mas de uma forma organizada consegue realizar um plano de trabalho eficiente, definindo os “aspetos de situação” presentes ou previstos que devem ser considerados como importantes ou ignorados. Os enfermeiros podem, nesta fase, tirar benefícios dos exercícios das tomadas de decisões e da presença de situações similares para planear e coordenar os múltiplos e diversos cuidados (BENNER, 2001, pp. 53-54). Na fase de **proficiência**, o enfermeiro apercebe-se das situações no seu todo, não como aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas. A perceção é aqui a palavra-chave. Através da experiência o enfermeiro

proficiente orienta-se diretamente sobre o problema, isto é, sabe identificar quais os acontecimentos típicos que ocorrem numa determinada situação e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar. Esta compreensão global melhora o seu processo de decisão que se torna cada vez menos difícil. Deste modo, aprende melhor por um método indutivo, através da análise de estudos de casos (BENNER, 2001, pp.54-57). O enfermeiro **perito**, pela enorme experiência que tem, compreende de forma intuitiva cada situação, agindo a partir de uma compreensão profunda da situação. Já não se apoia sobre um princípio analítico para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. Contudo, não podemos descartar a hipótese do perito nunca utilizar instrumentos analíticos, uma vez que estes são igualmente necessários quando a situação não é avaliada corretamente (BENNER, 2001, pp. 58-59). Deste modo, podemos concluir que a “experiência” não é apenas o passar do tempo, mas a aquisição de um conjunto de saberes que permitem a transformação da competência para além disto, permite o melhoramento de teorias e noções pré-concebidas.

De acordo com Serrano et al. (2011), a profissionalização dos cuidados de enfermagem, a especificidade do saber e a resposta aos desafios dos modelos de gestão, têm colocado o conceito de competência na centralidade das novas lógicas das organizações. Neste contexto, e considerando o perfil de competências do enfermeiro especialista, a busca pelas competências que diferenciam um enfermeiro de cuidados gerais de um enfermeiro de cuidados especializados torna-se necessária e fulcral no processo de aprendizagem.

Assim, importa considerar as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista inscritas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica – Regulamento 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011:

**1) *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;*** **2) *Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção;*** **3) *Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas e tempo útil e adequadas*** (OE, 2010, p. 3).

Ao analisar o descritivo de cada uma das competências, unidades de competência e critérios de avaliação ao longo da concretização do Módulos I, II e III do Estágio, centrei-me naquela que é a competência 1) “*Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*”, uma vez que é aquela que incorpora as unidades de competência necessárias à prestação de cuidados cujo foco é responder em tempo útil e de forma holística às situações de saúde, em situação de doença crítica e/ou

falência orgânica e sua família. Não descurando as competências 2) e 3), considerei que qualquer uma delas não seriam passíveis de ser executadas no período de Estágio preconizado ao cumprimento do total de 540 horas de contacto, conforme descrito no Guia Orientador de Estágio (UCP-ICS, 2015 p. 5).

Importa ainda referir que, para cada um dos estágios, foi construído um Projeto de Aprendizagem no qual foram contemplados os Objetivos Gerais e Objetivos Específicos para cada um dos Módulos, bem como a descrição das Atividades a desenvolver com vista a atingir os Objetivos a que me propunha. De salientar que os Objetivos Específicos delimitados resultaram na encruzilhada de dois documentos – 1) os Objetivos Gerais e Específicos enumerados no Plano de Estudos do Curso; e também 2) as Competências descritas pela OE no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Contudo, devo salientar que considerei o Projeto de Aprendizagem um instrumento de trabalho importante na definição daqueles que seriam os objetivos e atividades a desenvolver no decurso do Estágio, tendo também facilitado uma melhor estruturação do pensamento e à tomada de consciência que não seria exequível atingir todas as competências preconizadas no Plano de Estudos do Curso. Deste modo, tal estruturação foi importante, não apenas para conseguir centrar-me na concretização efetiva dos objetivos específicos considerados, tendo em conta o tempo disponível à concretização dos mesmos, bem como aqueles que seriam os Objetivos Gerais definidos no Plano de Estudos do Curso (UCP-ICS, 2015, p.3).

Tal como foi feita referência anteriormente, o Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional prevê no seu plano de estudos para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a realização de um Estágio, no qual se incluem os Módulos: Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos e Módulo III - Opcional. A cada um dos Módulos correspondem 10 ECTS, ou seja 250 horas de trabalho total, das quais 180 horas de contacto e as restantes 70 horas de trabalho individual.

Considerando novamente os objetivos inscritos no Plano de Estudos do Curso Mestrado Profissional na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estes tomaram a pertinência de orientar globalmente as competências a desenvolver. Tal foi preponderante na seleção dos locais de estágio a frequentar. Encontrando-me, à data de seleção dos locais de estágio, a exercer funções numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, a seleção dos locais de estágio não foi realizada ao acaso, foi antecipadamente pensada com o intuito de poder assistir a uma maior variabilidade de situações, com o objetivo de induzirem em mim estímulo e motivação, de modo a constituírem-se não apenas como vivências ou simples experiências, mas antes

experiências formadoras, promotoras não apenas do meu crescimento profissional, mas também, pessoal. De qualquer forma, tudo dependente do que se fez, do que se aproveitou dessa experiência porque *“a experiência só é formadora se for trabalhada como processo de conhecimento”* (JOSSO, 2002, p. 30). Neste contexto, Fernandes (2007) refere-se ao conhecimento como resultado do contacto com o mundo, com a realidade prática, com a experiência e *“se nem todos precisamos de experiência todos necessitamos do fruto da experiência”* (FERNANDES, 2007, p. 75). Ao encontro daquele que é o principal objetivo deste Relatório, ou seja, analisar critico-reflexivamente as competências gerais e específicas adquiridas ou desenvolvidas no decurso deste processo de especialização, Schön (1993) defende que a experiência refletida gera conhecimento sobre o fenómeno e mudança, afirmando que o processo de reflexão será a forma através da qual se pode entender a complexa construção epistemológica da prática (FERNANDES, 2007). Por conseguinte, a prática é definida por Paulo Freire (1972) como *“a acção e reflexão das pessoas acerca do seu mundo de trabalho no sentido de o transformar”* (FERNANDES, 2007, p. 77).

Considerando que o Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, engloba um total de 2250 horas de trabalho, das quais 903 horas englobam uma componente teórica e 540 horas de componente prática, destinadas ao Estágio, convém colocar em evidência a importância de cada uma das componentes no contexto em causa. Ou seja, da teoria derivam os princípios e mesmo as regras para a realização de algo. A teoria é considerada o verdadeiro conhecimento, enquanto que a prática consiste na aplicação desse mesmo conhecimento capaz de resolver os problemas (FERNANDES, 2007). O termo prática tem origem no latim *practica* (proveniente do grego *pratiké*) que significa ato ou efeito de praticar, atividade voluntária que tem por objetivo a alteração do mundo envolvente, realização material de princípios restritos a uma área específica, experiência. (FERNANDES, 2007, p. 77).

Dando decurso a este Capítulo 2., respetivamente designado por “Descrição e Análise Crítica das competências Desenvolvidas”, importa tal como anteriormente referi, fundamentar a escolha dos respetivos locais de Estágio, para concretização de cada um dos Módulos – Módulo I, Módulo II e Módulo III, como também referir em que se baseou em termos gerais a minha intervenção.

O Estágio referente ao **Módulo I** realizou-se entre os dias 13 de Abril e 06 de Junho 2015 num Serviço de Urgência Central de Lisboa. A opção por este serviço deveu-se não apenas ao facto de já anteriormente ter realizado Ensino Clínico no âmbito da Licenciatura em Enfermagem no Hospital em causa, e tendo sido essa uma experiência positiva e enriquecedora, considerei que esse seria um local capaz de me proporcionar

um conjunto de situações, anteriormente não experienciadas, respetivamente na prestação de cuidados ao doente politraumatizado. Por outro lado, a escolha de um Serviço de Urgência Central, se por um lado aliciante, por outra promissora, considerando desde o início que a dimensão da mesma seria fator de alguma ansiedade, face à dificuldade que poderia sentir em me inteirar da dinâmica e organização do serviço, não pela dimensão em si, mas por considerar que pudesse não estar ao nível daqueles que ali trabalhavam face ao tecnicismo que habitualmente está conferido aos Enfermeiros que trabalham num Serviço de Urgência.

Considerando esta linha de raciocínio, com vista à diversidade de situações, como não poderia deixar de ser, os restantes Módulos – Módulo II e Módulo III, foram igualmente realizados em locais distintos. O **Módulo II** decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital privado no período compreendido de 01 de Setembro a 24 de Outubro de 2015. A opção por este serviço teve como objetivo compreender não apenas a dinâmica da Unidade de Cuidados Intensivos no cuidado ao doente em situação crítica mas também compreender a dinâmica de cuidados de um serviço que é vulgarmente conhecido como sendo um local “hostil” e “mecanizado”. Por outro lado, o facto de me encontrar a exercer funções naquele Hospital tomou um simbolismo maior, pela responsabilidade de enquanto enfermeira de um outro serviço daquele hospital, querer pôr em relevo a competência, a responsabilidade e o rigor de quem trabalhava num outro serviço, aparentemente com abordagens de cuidado totalmente opostas. Tal sentimento fez tornar esta experiência não apenas exigente, aliciante, mas dia-a-dia motivante.

O Estágio referente ao **Módulo III** decorreu entre os dias 26 de Outubro a 19 de Dezembro numa Unidade de Cuidados Paliativos (Equipa Intra-Hospitalar de Assistência em Cuidados Paliativos e Equipa de Assistência Domiciliária). A passagem por este campo de estágio teve como objetivo *major* alcançar um “novo olhar” sobre o cuidado à pessoa com doença crónica, progressiva e incurável, e de algum modo enriquecer e tornar a minha abordagem mais sensível às necessidades dos doentes e famílias que vivenciam o cuidado ao doente paliativo naquele que é o seu espaço, o domicílio. Apesar de diferente, este campo de estágio, não tão direcionado para o “saber fazer”, permitiu-me crescer, não apenas profissionalmente, mas enquanto pessoa.

Assim, nos subcapítulos 2.1., 2.2., 2.3., baseando-me no método descritivo e analítico, terei como intuito realçar o que foi realizado durante a concretização de cada um dos Estágios, através da reflexão crítica relativamente aos objetivos gerais e específicos traçados, e também, dar visibilidade às atividades desenvolvidas para a concretização dos referidos objetivos, relatar as situações encontradas, referir as estratégias sugeridas e respetiva implementação para a sua resolução, assim como, mencionar as competências adquiridas, respeitando impreterivelmente os princípios Éticos e

Deontológicos inscritos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE). Para além dos objetivos enumerados (1 a 29) no Plano de Estudos do Curso de Mestrado Profissional, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considere aqueles que constituem os meus objetivos pessoais e profissionais. Como tal, pareceu-me igualmente pertinente a concretização de um projeto formativo em serviço, tomando como objetivo a aquisição de algumas das competências no Domínio da Qualidade descritas no **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010)**, são elas: “*B1.2.3. Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados; B.2.2.3. Seleciona estratégias de melhoria; B.2.2.4 Elabora guias orientadores de boa prática*” (OE, 2010, p.6).

Contudo, deva salvaguardar que para efeitos de análise das competências inscritas no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, não irão ser consideradas as competências 18), 23) e 29) **“18) Lidera equipas de prestação de cuidados especializados na sua área de especialização; 23) Exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização; 29) Colaborar na integração de novos profissionais”**, uma vez que não me encontrava previamente integrada nos respetivos serviços onde realizei os Módulos de Estágio (Módulo I- Serviço de Urgência, Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos, Módulo III – Opcional), pelo que a realização de atividades de Liderança, Supervisão e Colaboração na integração de novos profissionais, não foi concretizada.

De acordo com Rabiais (2013) a formação em enfermagem baseada em competências, assume-se nos nossos dias, como o novo paradigma de aprendizagem. Ou seja, “*a pedra basilar à obtenção de determinados resultados, definidos previamente e considerados como essenciais ao desempenho da profissão*” (RABIAIS, 2013, p. 76)

Deste modo, este relatório de estágio, e particularmente este Capítulo 2., visa ilustrar a aprendizagem adquirida ao longo dos três módulos de estágios realizados, buscando através da reflexão crítica e análise das problemáticas vivenciadas, demonstrar de uma forma global as competências adquiridas, a sua importância e relevância para o desempenho de funções de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## **2.1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA**

O Estágio Módulo I decorreu num Serviço de Urgência Central, tal como anteriormente referi, tomando a particularidade de não apenas ser o primeiro estágio realizado do total dos três estágios preconizados, mas também face à inexperiência neste contexto de prática de cuidados, foi sentida a necessidade de mais tempo para me inteirar da

dinâmica e das particularidades dos cuidados prestados ao doente em situação crítica e sua família, em contexto de Urgência e Emergência. Devo por isso, considerar o Modelo Teórico de Patrícia Benner (2001) a qual coloca em relevo o facto de o enfermeiro voltar ao nível de iniciado quando não integrado num dado serviço. Devo ainda aqui referir o medo e a ansiedade sentida, força da exigência e responsabilidade enquanto estudante. Neste contexto, Benner (2001) refere que tal como quando enquanto estudante de enfermagem entram num serviço novo, com o estatuto de iniciadas, também *“todas as enfermeiras que integram um novo serviço em que não conhecem os doente podem encontrar-se a este nível, se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares”* (BENNER, 2001, p. 50), quer isto portanto significar que a aquisição de competências está dependente da situação e não relativa à inteligência ou aos dons de uma pessoa.

De notar que um serviço de urgência é caracterizado *“[como] serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica”* (Artigo 1º, n.º 2 do Despacho Normativo n.º 11/2002 do Ministério da Saúde). Posteriormente definido pelo Despacho n.º 18 459/2006 do Ministério da Saúde, de 30 de Julho de 2006, definiu Artigo 1º, alínea a) "Emergência e urgência médica" como *“a situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais”*. Tendo sido constituída a rede de serviços de urgência do SNS, com três níveis de resposta diferenciada em função das concretas necessidades – Artigo 1º, alínea b) do Despacho n.º 18 459/2006 - urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica e urgência básica.

O Serviço de Urgência Central onde realizei o Módulo I do Estágio colocava-se ao nível de diferenciação de um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), quer isto portanto dizer nos termos do Despacho do Ministro da Saúde n.º 18 459/2006, de 30 de Julho de 2006, com a redação resultante da alteração introduzida pelo Despacho n.º 727/2007, de 18 de Dezembro de 2006 - *“(...) o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital geral central/centro hospitalar”* (ERS, 2009, p. 26).

Considerarei para este Módulo I – Serviço de Urgência (SU), contemplar no **Projeto de Aprendizagem** realizado os seguintes **Objetivos Específicos**: **1)** Prestar cuidados de enfermagem que requeiram conhecimentos especializados à pessoa e sua família em situação crítica – urgente e emergente, admitidos no Serviço de Urgência; **2)** Gerir a intervenção relacional terapêutica com a pessoa e sua família em contexto de urgência e emergência; **3)** Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados através da promoção, discussão e reflexão sobre a aplicação prática, quer em contexto hospitalar

como a nível comunitário, do uso da via subcutânea na administração de fluidos e fármacos.

A concretização do Projeto de Aprendizagem permitiu-me delimitar os Objetivos Específicos e Atividades a desenvolver, tendo sempre por princípio cada um dos Objetivos Específicos delimitados no Plano de Estudos do Curso. Assim, irei analisar cada um dos 29 itens descritos no Plano de Estudos do Curso, enquanto competências e atividades desenvolvidas.

Considerando que este estágio decorre no âmbito da formação pós-graduada, um conjunto de competências e conhecimentos já adquiridos e apreendidos, foram mobilizados no contexto da prática de cuidados pelo que relativamente à competência **1) “Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”**, foi na minha perspetiva o alicerce de toda a aprendizagem, constituindo-se como eixo fulcral ao processo natural de aprendizagem e desenvolvimento de competências. De acordo com Benner (2001) a palavra “*experiência*” tal como é utilizada não faz só referência ao tempo, mas antes ao encontro com determinadas situações reais que melhoram as teorias e as noções pré-concebidas (BENNER, 2001, p. 61). Por outro lado, e uma vez integrado no seio de uma equipa, ainda que por um curto período de tempo, compete a cada um justificar a sua presença na equipa, dando a conhecer, e implementando as suas competências, uma vez que ao delimitar a sua esfera de competências o enfermeiro evidencia a sua contribuição na partilha de responsabilidades (ADAM, 1994).

Torna-se difícil nomear uma única intervenção realizada, uma vez que este foi sendo sempre um objetivo transversal no decurso da minha prestação de cuidados, devo contudo descrever uma situação que pode de algum modo ilustrar o desenvolvimento desta competência. A situação é referente a uma jovem de aproximadamente 25 anos de idade, que deu entrada no SU acompanhada pelos bombeiros com um quadro de intoxicação por benzodiazepinas, o uso do fármaco flumazenil enquanto antídoto das benzodiazepinas e a lavagem gástrica foram intervenções de primeira linha a serem realizadas. De salientar que o facto de esta ser já uma técnica por mim realizada permitiu-me estar atenta a alguns “aspectos de situação” ou diria mais sensível a outros pormenores, que possivelmente, num outro nível de desenvolvimento pessoal e profissional, não o faria. Ora, na minha perspetiva, esta situação tomou contornos importantes, pela necessidade que houve na adequação de estratégias de comunicação da situação em causa, respetivamente adequar a comunicação à mãe da jovem, que se intitulava como médica, querendo de alguma forma participar nos cuidados prestados, ou de algum modo querer apenas estar por perto da sua filha. Neste contexto, parece-me

importante refletir sobre a problemática das necessidades dos familiares em contexto de urgência, considerando que as necessidades experimentadas pela família do doente são muitas vezes colocadas para segundo plano já que, em contexto de cuidados críticos, os enfermeiros tendem a valorizar as necessidades da pessoa que cuidam (FULBROOK et al, 2007 citado por SÁ; BOTELHO; HENRIQUES, 2015). Contudo, o contexto de urgência e emergência imprime características únicas ao cuidado de enfermagem à família da pessoa em situação crítica, exigindo do enfermeiro competências especializadas para ultrapassar os desafios emergentes da prática, pelo que a satisfação das necessidades dos familiares, em contextos críticos, são frequentemente um desafio para os enfermeiros (SÁ; BOTELHO; HENRIQUES, 2015).

No estudo realizado por Florinda Sá (2015), esta destaca que os enfermeiros descrevem o apoio emocional como a estratégia mais usada e o recurso à linguagem não-verbal, como o olhar e o toque, para substituir a linguagem verbal escassa. Importa, contudo, salientar que estas foram intervenções realizadas no contexto em causa.

Relativamente às competências 2), 3), e 4), **2) “Comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; 3) Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; 4) Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento profissional e pessoal”** penso estarem inteiramente relacionados, uma vez que eu, ao formular e analisar questões/problemas de maior complexidade tive que, em algumas situações, as comunicar não apenas aos enfermeiros, como também ao público em geral, conforme vem descrito. Para tal, e de forma a promover o meu próprio processo de autodesenvolvimento profissional e pessoal, desenvolvi consciência crítica para os problemas da prática profissional através da reflexão não apenas em contexto de prática clínica com a Enfermeira Orientadora e restante equipa multidisciplinar, mas também através da realização de uma Reflexão escrita, com recurso ao Ciclo Reflexivo de Gibbs, sobre uma temática por mim escolhida, centrada na aquisição e desenvolvimento de competências, a qual vim a denominar de “*Perícia: O Cuidado Intuitivo*”. Tal reflexão escrita surgiu no âmbito da minha observação, após terem sido presenciadas múltiplas situações que davam conta do sentido de intuição dos enfermeiros que ali trabalhavam, especialmente aqueles que trabalhavam há mais de 4-5 anos. Questionei-me múltiplas vezes, apesar de já verificado no decurso da minha experiência profissional, a existência de enfermeiros mais intuitivos que outros. Contudo, sendo a enfermagem uma ciência, como poderá esta ser uma ciência, também, intuitiva? Na verdade, ao longo da minha prática clínica tenho constatado que mais que o saber ser, o saber estar e o saber fazer, existe também a utilização de um saber intuitivo. Ao contrário do saber fazer, este é um

dos saberes que não se adquire nos livros, mas decorrente da prática clínica, da experiência profissional. Pela inexperiência de trabalhar num SU, e tendo conhecimento de outras realidades, fica presente que trabalhar em SU toma a particularidade do agir não apenas sob o imprevisível, mas também sob a necessidade de realizar intervenções eficazes, isto é, bem executadas e num menor tempo possível. Dei por mim a questionar-me: em que fase estou eu? Quando estarei ao nível daqueles que considero como peritos? Isto é, aqueles que agem não apenas mobilizando os conhecimentos teóricos, técnicos e relacionais, mas também o sentido intuitivo.

Considero que em termos de experiência profissional, apesar de curta, tive a sorte não apenas de vivenciar um conjunto de situações a meu ver, ricas e cheias de interesse, como por outro lado o facto de ter tido sempre orientadores modelos das boas práticas, permitiram-me que, hoje, mantenha a motivação, o empenho e o brio na profissão de enfermagem, e com isso, a melhoria constante das práticas de cuidados prestados. Segundo os princípios apontados por Nightingale, o cuidado de enfermagem tem um movimento para além do corpo físico. O cuidado envolve conhecimento, sensibilidade e criatividade no movimento da relação entre quem cuida e quem é cuidado. Emerge assim um outro modo de pensar o cuidado de enfermagem, agora com “ (...) *outros ingredientes chamados sentidos, intuição, sensualidade e sensibilidade (...) Acreditamos que esses ingredientes possam ser capazes de criar modos de viver o cuidado, de organizar e reorganizar o cuidado*” (ESPÍRITO SANTO; PORTO, 2006, p. 545).

São quatro os padrões de conhecimento em enfermagem – o estético, o ético, o pessoal e o saber empírico (CARPER, 1978). Há contudo um outro elemento que surge como pré-condição para esses padrões de conhecimento – a experiência (WALDOW, 1998 citado por ESPÍRITO SANTO; PORTO, 2006). De acordo com Benner (2001) é através da experiência que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado. Segundo ainda a autora, só os enfermeiros que participam na prática dos cuidados têm noção da complexidade e da perícia exigida numa determinada intervenção – “*os enfermeiros serão considerados tanto melhores profissionais quanto mais próximos dos padrões de excelência definidos estiver o seu desempenho e a excelência no exercício da prática só se consegue participando dela*” (BENNER, 2001, p. 61). Tal como atrás foi mencionado, Benner (2001) considera que o enfermeiro nunca começa como perito, passando sempre por cinco níveis de experiência – principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Neste contexto a experiência na enfermagem formará a “*proficiência*” que para a autora é a autoridade intelectual e científica que pode ser entendida como a associação entre o conhecimento teórico e da prática (BENNER, 2001).

De referir, ainda, que sendo o ato de cuidar a unidade básica da enfermagem, isto é o ideal moral cujo fim é a proteção, a promoção e a preservação da dignidade humana. Este ideal moral é também uma atitude que tem de se tomar, um desejo, uma intenção, um compromisso que se manifesta em atos concretos. Assim, pode dizer-se que o cuidar é contextual, relacional, existencial e, dessa forma, é construído entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. O foco no cuidado em nenhuma hipótese rejeita alguns aspetos da ciência, apenas pretende desmistificar o facto de que o que contém emoção, sensibilidade e intuição não é conhecimento (MARQUES DA SILVA; BATOCA, 2003).

Tomando por análise a pesquisa bibliográfica realizada com o objetivo de melhor compreender os sentimentos e pensamentos vivenciados e com isso melhorar os cuidados prestados, parece-me importante, mais uma vez, referir que face ao facto de não ter experiência em Serviço de Urgência o sentimento de impotência de ineficácia face às intervenções que realizei poderá ser segundo os autores um sentimento esperado nesta fase. Uma vez que sendo este um contexto diferente daquele a que estou familiarizada, é também um ambiente com o qual deva conseguir adaptar a atuação e integrar os conhecimentos necessários à prestação de cuidados aos doentes neste contexto.

Deste modo, também neste Módulo I de Estágio, penso ter atingido as competências 9) e 11), **9) “Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização; 11) Reflete na sua prática, de forma crítica”**.

Tal como enuncia Sheehy (2001) os cuidados de enfermagem em contexto de urgência são sistemáticos, pois incluem “o processo e o diagnóstico de enfermagem, bem como a tomada de decisão, reflexão e investigação analíticas e científicas” (SHEEHY, 2001, p.4). Ou seja as intervenções são planeadas, estamos assim no campo da tomada de decisão clínica através da utilização do “Processo de Enfermagem”. Ora sendo o “Processo de Enfermagem” um contínuo – avaliação inicial, diagnóstico, planeamento de resultados e das intervenções, prestação de cuidados e avaliação final – a decisão ética interrompe este processo ao interrogar a intervenção.

De acordo com Deodato (2014) estamos assim a considerar “o cuidado como a acção que o enfermeiro realiza, inserido num método científico a decidir” (DEODATO, 2014, p.44). No seguimento da construção da decisão ética, os atos decididos são então executados. Depois de realizados são avaliados, de modo a verificar se os resultados esperados foram ou não atingidos (DEODATO, 2014). Esta identificação do problema ético constitui uma manifestação da autonomia individual do enfermeiro, enquanto sujeito capaz. Ora segundo Ricoeur (1997), a capacidade pessoal, habitualmente ligada ao *poder para agir*, é aqui ampliada ao início de uma construção da decisão com vista a um

ato. Assim, pode dizer-se que estamos situados no domínio da autonomia do enfermeiro, enquanto pessoa capaz para determinar as suas ações (DEODATO, 2014, p.51). Desta forma, se situado num contexto multiprofissional, esta identificação constitui-se como “*uma actividade profissional independente dos outros profissionais, exatamente por revestir essa natureza autónoma*” (DEODATO, 2014, p. 52). Ou seja, a identificação de um problema ético de enfermagem é uma atividade essencialmente autónoma e, por isso, independente, quando o enfermeiro se articula em complementaridade com outros profissionais (DEODATO, 2014).

Face ao aqui disposto e em análise às competências aqui apresentadas 2), 3), 4), 9) e 11) apresento igualmente uma situação que de algum modo vem dar ênfase ao desenvolvimento e aquisição das competências supracitadas no contexto de Estágio aqui em análise. Sendo apenas uma situação, comporta, contudo, no meu entendimento, um grau de complexidade elevado, sendo passível de ser analisado do ponto de vista ético-deontológico, colocando em questão as competências necessárias ao exercício de profissões na área da saúde. A situação retrata a admissão no SU de uma doente de 98 anos de idade, sendo classificada segundo a Triagem de Manchester de Emergente com pulseira vermelha, ou seja a “*necessitar de atendimento imediato*” (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM). Hoje, olhando para trás, a situação propriamente dita é alusiva à situação retratada na curta-metragem de animação “La Dama y La Muerte”. Pós admissão da doente no SU, respetivamente no sector vermelho, foi dado o toque da sirene, a assistência de médicos e internos de estetoscópio na mão a correr pelo corredor foi imediata. Ora, a situação devia-se à presença da já referida idosa de 98 anos de idade, a residir num Lar, segundo informação colhida junto dos bombeiros, terão sido chamados ao local pois as auxiliares do lar verificaram uma “respiração estranha”, denominando os próprios por dificuldade respiratória. Na verdade, aquando à entrada da doente no SU Sector Vermelho, esta apresentava-se em fase agónica ou seja, a doente encontrava-se nas “*últimas horas ou dias de vida*” (ANCP, 2006, p. 6). Contudo, apesar de apresentar um conjunto de características fisiológicas comuns que permitem definir a fase agónica, a idosa apresentava, ainda, aplicado um desfibrilhador automático externo (DAE). Pós avaliação médica, foi realizada uma Gasimetria tendo-se ponderado a necessidade de reposição iónica, tendo sido por insistência da equipa de enfermagem não realizada tal intervenção.

Neste contexto, possibilitou-me refletir não apenas sobre a futilidade das medidas instituídas, como também, sobre a autonomia do enfermeiro, enquanto sujeito integrado numa equipa multidisciplinar, e compreender os efeitos que a tomada de decisão, entenda-se, autónoma, tem sobre a pessoa alvo dos cuidados e, também, sobre o enfermeiro sujeito da decisão e da ação.

No momento, senti a necessidade de discutir com o médico as medidas instituídas, por outro lado, uma vez acompanhada pela Enfermeira Orientadora, considerei que esta teria uma voz mais ativa, uma vez sendo elemento da equipa, que perante a situação conseguiria persuadir o médico à não realização da intervenção. No entanto pós saída do médico da sala, foi possível discutir quer com a Enfermeira Orientadora quer com restantes elementos a não necessidade de realização de tais medidas, respetivamente a não necessidade de uso de morfina no momento uma vez que a doente não apresentava sinais de desconforto sugestivos de dor e além disso, mantendo a respiração do tipo Cheyne Stokes apresentava-se já bradipneica. Deste modo, o foco da nossa intervenção deveria centrar-se em proporcionar cuidados de conforto – os cuidados na agonia têm como objetivo central *“proporcionar o máximo conforto ao paciente, promovendo a máxima dignidade de vida, sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte”* (NETO, 2010, p. 389). Se por um lado, tal situação evidenciou o défice de formação dos profissionais de saúde, respetivamente, médicos e enfermeiros, na identificação de sinais e sintomas de morte iminente, por outro lado, coloca também em realce a necessidade de auxiliares e outros técnicos de saúde, a trabalharem em lares, centros de dia ou outras unidades residenciais, para estarem não apenas despertos à identificação de sinais e sintomas de morte iminente, mas também de se encontrarem devidamente treinados, para a adequação de estratégias promotoras de conforto naqueles que serão os últimas horas ou dias de vida da pessoa a quem prestam cuidados. De salientar, mais uma vez, que esta minha atitude é também fruto da experiência profissional, permitindo-me mobilizar conhecimentos já adquiridos e por outro lado podê-los comunicar com segurança aos meus pares.

A situação aqui relatada, permitiu-me, ainda, questionar sobre o sentido lato da palavra competência neste contexto. De acordo com Teixeira (2012) citando Beauchamp e Childress (1994) a *competência* é tida enquanto *“capacidade para compreender a informação disponibilizada, fazer um julgamento sobre essa informação à luz dos seus valores, pretender um determinado resultado, e comunicar livremente a sua vontade àqueles que estão implicados na sua decisão”* (TEIXEIRA, 2012, p. 57). O fim de vida compromete a competência para decidir. Ainda que existam *“diferentes graus de competência que vão desde a competência mais completa à inaptidão total”*, a competência é ainda aqui tida, no contexto específico do cuidar em saúde, à *capacidade do Outro para “compreender o procedimento que lhe é proposto, deliberar tendo em conta os principais riscos e benefícios, e tomar uma decisão à luz dessa mesma deliberação. Quando tal não se verifique, está-se perante uma situação de incompetência para decidir”* (TEIXEIRA, 2012, p. 58).

Por outro lado, tomo em relevo a importância de refletirmos, mais uma vez, sobre o envelhecimento da população, e consequente cronicidade e polipatologia da saúde dos idosos. Enquanto fenômeno social e, atualmente, fenômeno “*único e global, representa um desafio com repercussões no contexto político, socioeconômico e também de saúde*” (COMISSÃO EUROPEIA, 2011). Contudo este envelhecimento apesar de global, o tecnicismo e a ciência, fruto de um paradigma biomédico no passado, tornam o envelhecimento e o cuidar ao idoso como igualmente técnico, isto é, igualmente formatado, assistindo-se por parte dos profissionais de saúde uma não individualização dos cuidados.

Considerando a competência 13) “ ***Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas***” senti a necessidade de ter que melhorar não apenas do ponto de vista da tomada de decisão mas também na adequação de métodos de trabalho que consigam responder de forma eficaz à situação em causa, faltando-me a agilidade e a perícia necessárias à resolução de determinadas situações em tempo útil e de forma eficaz. Sheehy (2001) refere que, em contexto de urgência, não há tempo para o método de tentativas, pelo que o enfermeiro deve implementar os conhecimentos técnicos que foi adquirindo ao longo da sua experiência. Contudo, sempre participei nos procedimentos técnicos realizados, evidenciando capacidade na sua concretização, apesar de não possuir a rapidez estimada ou espectável na situação em causa. Por outro lado, no que respeita a abordagem ao doente e família na gestão de expectativas, transmissão de más notícias, gestão de conflitos, enquanto situação imprevista e complexa fui capaz de dar resposta às mesmas.

Tomo a pertinência deste documento para dar relevo às competências 8), 15) e 20), 8) “***Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização; 15) Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; 20) Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência***”, estas para além das restantes competências descritas, são na minha perspetiva aquelas que melhor demonstram a necessidade que enquanto enfermeiros especialistas temos de ser agentes proactivos na busca do conhecimento atualizado, e assim sermos promotores de cuidados de qualidade e fundados na evidência científica, considerando que mais que um dever esta é uma responsabilidade social e ética.

Significa isto que, apesar de inseridos num contexto multiprofissional e pluridisciplinar, os problemas de enfermagem classificados como éticos, serão igualmente específicos, pelo que, o enfermeiro lida com situações próprias do seu domínio de intervenção, que a pessoa cuidada e a sociedade esperam que ele resolva (DEODATO, 2014), ou seja uma responsabilidade social. Neste sentido, depreende-se que o enfermeiro em busca de

garantir a proteção da pessoa e/ou dos seus familiares, interroga-se sobre os atos a realizar. Tal como enuncia Ricoeur (1997) citado por Deodato (2014), “*é ao assumir a responsabilidade pelo Outro, que o enfermeiro se interroga sobre qual a ação a realizar, de modo a garantir essa proteção*” (DEODATO, 2014, p.33).

Para além disso, para além da incerteza e da eventual ameaça à dignidade da pessoa ou a outras dimensões que a integram, os enfermeiros têm também dúvidas quanto à ponderação dos fundamentos que vão justificar a decisão-ação. Em concreto, são dúvidas sobre “*a escolha dos princípios, normas, valores e direitos*“. Em função das dúvidas, o enfermeiro equaciona os diferentes fundamentos que podem ser chamados a suportar a decisão (DEODATO, 2014, pp.35-36). Por outro lado, na ponderação dos fundamentos para decidir, o enfermeiro confronta-se com o conflito de aplicação de princípios científicos com respeito pelos princípios éticos. Ou seja, numa determinada intervenção pode se adequar ao conhecimento científico de enfermagem, mas ao mesmo tempo, violar um determinado princípio ético ou vice-versa. Neste contexto e por considerá-la não apenas importante para o reconhecimento social da profissão, mas também por considerá-la necessária à prestação de cuidados, esta foi também uma preocupação constante. Pelo que ao longo do Estágio realizei não apenas pesquisa bibliográfica mas também revisão dos conteúdos lecionados em aula por forma a melhor avaliar e adequar as intervenções a realizar face a determinada situação.

Assim, e por forma a desenvolver um discurso pessoal fundamentado, entenda-se fundamentado na evidência científica, as competências 5) e 21), **5) “*Produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara; 21) Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências*”** vêm dar ênfase a isso mesmo, à necessidade que enquanto Enfermeira Especialista tenho de fazer uso dos conhecimentos fundamentados na evidência científica visando a melhoria contínua da prestação de cuidados. Diria que esta procura contínua pela melhoria dos cuidados prestados, pode mesmo ser encarada como uma atitude de zelo pelos cuidados prestados e brio na profissão, para tal torna-se necessário o tomar consciência das minhas necessidades formativas, e assim promover a formação contínua, como atrás foi mencionado. Por outro lado a incorporação na prática, de uma atitude de zelo pressupõe que seja transmitida informação entre os pares, bem como o registo das intervenções realizadas. De acordo com o CDE na alínea d) do Artigo 83.º Do Direito ao Cuidado, o enfermeiro deve “*assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as intervenções realizadas*” (NUNES; AMARAL; GONÇALVES, 2005 p. 105). Esta discussão de cuidados é realizada ao longo do turno, contudo, é fundamental para a continuidade dos cuidado que essa informação seja

passada ao colega, nomeadamente na passagem de turno, da forma mais fiel possível, pois a *“passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação e como finalidade promover a melhoria continua da qualidade dos cuidados”* (OE, 2001, p. 1)

Neste contexto, torna-se por isso, pertinente dar relevo às competências 24), 26) e 27), **24) “Zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização; 26) Realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização; 27) Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização”**.

Por outro lado, para que as minhas intervenções se revelem eficazes, torna-se crucial o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho, por forma a abordar questões de maior complexidade de modo sistemático e criativo, Sheehy (2001) refere que a utilização rigorosa e eficiente do processo de enfermagem por parte do enfermeiro em contexto de urgência é fundamental para garantir continuidade da qualidade dos cuidados. A articulação com outros serviços do hospital, seja via telefónica ou pessoalmente, entre transferências e passagem de informação, elaboração de registos concisos e objetivos no sentido da continuidade dos cuidados, é evidência da preocupação na garantia da qualidade dos cuidados.

Assim, considero ter também atingido as competências **“10) Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”** e **“14) Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”**.

Pelo que, as competências **7) “Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada”** e **12) “Avalia a adequação de diferentes métodos de análise das situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização”** tornam-se fundamentais neste processo de crescimento pessoal e profissional.

Foi igualmente uma mais-valia ter intervindo em outras áreas do serviço, nomeadamente na Sala de Tratamentos, Sala de Aerossóis e Sala de Observações, onde pude colaborar na prestação de cuidados, tendo-me assim sido permitido ter uma ideia global do percurso do cliente de acordo com o grau de gravidade da situação do mesmo. Quanto à minha passagem pela Triagem, ainda que breve, deu para perceber o quanto a mesma é exigente e importante para quem a executa, pois exige um domínio de saberes e uma mobilização de competências constante. A experiência e a intuição que Benner (2001) coloca em evidência relativamente ao enfermeiro perito são cruciais nesta situação, pois o enfermeiro consegue intuir em relação a determinadas alterações hemodinâmicas que ainda não são mensuráveis e que poderão fazer toda a diferença na implementação do

tratamento adequado ao doente, a autora refere, ainda, que as “*enfermeiras devem ser capazes de gerir e de prevenir crises*” (BENNER, 2001, p. 146). Apesar da minha experiência, em contexto de Triagem, apenas se ter cingido à avaliação dos sinais vitais e na interpretação da informação dada pelo doente em paralelo com a orientadora, permitiu-me compreender a complexidade da intervenção, colocando em relevo a capacidade de tomada de decisão e as repercussões que a mesma pode ter, quando não tomada adequadamente.

Contudo, importa referir, que face à proposta realizada sobre a concretização de um projeto formativo em serviço os objetivos “**6) Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas; 19) Toma iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização; 22) Participa e promover a investigação em serviço na sua área de especialização; 25) Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; 28) Promove a formação em serviço na sua área de especialização**”, encontram-se de algum modo relacionados pois eu ao promover iniciativas na resolução de problemas, pressupõe-se que consiga não apenas identificar o problema mas também que consiga dar respostas ou alternativas à resolução do mesmo. Desta forma, estou não apenas a promover a investigação e a formação em serviço, como também a promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Neste contexto, foi gratificante a oportunidade que me foi concedida por parte do Serviço de Urgência em causa, na concretização deste objetivo que, tal como referi anteriormente incidiu na realização de um projeto formativo sobre a administração de terapêutica por via-subcutânea com o objetivo central de sensibilizar os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) para as vantagens associadas à utilização da via-subcutânea. Para tal utilizei “tapetes de rato” (Apêndice I), alusivos à temática, tendo sido distribuídos pelos diferentes setores do Serviço de Urgência. Para além disso foi construído um Procedimento sobre a Via Subcutânea possível de ser usado por qualquer profissional de saúde (Apêndice II), e também uma apresentação em formato PowerPoint (Apêndice III), apesar de até então não ter realizado a apresentação formativa esta encontra-se construída e validada pela Enfermeira Orientadora, podendo vir a ser apresentada em qualquer momento conforme disponibilidade do serviço.

A escolha da temática em causa deve-se ao facto de esta ser uma via de administração com a qual lido diariamente em contexto de cuidados na Unidade Cuidados Paliativos onde exerço funções. Sendo, na minha perspetiva, um contributo importante para a melhoria da prestação de cuidados num Serviço de Urgência, uma vez que a população assistida é maioritariamente idosa e à qual é realizada a administração de terapêutica, preferencialmente por via endovenosa. De salientar que para a maioria dos idosos face à

diminuição da mobilidade e co-morbilidades associadas, puncionar uma veia torna-se às vezes num desafio para os enfermeiros. Inevitavelmente, para a pessoa, o desconforto e a dor ao procedimento estão aumentadas bem como os riscos associados ao uso da via endovenosa, tal como o risco de tromboflebitas.

Como competências transversais a todos os cuidados prestados, não menosprezando a transversalidade das restantes, dou especial destaque às competências de comunicação e do trabalho em equipa 16) e 17), **16) “*Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;* 17) *Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar*”**. Penso que a este nível de formação foram competências já desenvolvidas não apenas em contexto de Ensino Clínico no âmbito da Licenciatura de Enfermagem mas também nos vários contextos profissionais. Contudo, sob uma perspetiva de melhoria contínua, penso que neste contexto de estágio houve também a possibilidade de as mesmas serem trabalhadas.

No decurso do estágio, em variadas situações, sempre adequiei a minha comunicação à realidade vivenciada pelo doente e sua família, fazendo uso das estratégias de comunicação adquiridas no decurso dos Ensinos Clínicos no âmbito da Licenciatura de Enfermagem e, agora, consolidadas no decurso da prática profissional.

Segundo Phaneuf (2005) a comunicação assume-se como a principal ferramenta da qual o enfermeiro dispõe, uma vez que esta permite um conhecimento aprofundado da pessoa. Por outro lado, é de referir a importância da comunicação no seio da equipa inter e multidisciplinar, nomeadamente no serviço de urgência, uma vez que a prática de enfermagem num serviço de urgência é sistemática, ou seja, parte da identificação atempada das necessidades, seguindo-se uma tomada de decisão, refletida, analítica, científica, daí que os profissionais que trabalham em serviços de urgência tenham como objetivo *“a aquisição e aplicação de um conjunto de conhecimentos e técnicas especializadas, responsabilidade, comunicação, autonomia e relações de colaboração com os outros”* (SHEEHY, 2001, p. 4). Por outro lado, *“uma das características inerentes aos cuidados de urgência é a integração na equipa. Em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde são tão importantes o trabalho em equipa e o respeito mútuo* (SHEEHY, 2001, p. 5). Pelo que, quando existe boa comunicação no seio da equipa, prevalece a colaboração, a flexibilidade aumenta, e é o doente que beneficia (BENNER, 2001). Neste sentido, a comunicação entre os profissionais de saúde figura como um elemento essencial no cuidado.

## 2.2. MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O Módulo II do Estágio tal como referi anteriormente foi escolhido antecipadamente sobre o motivo deste se encontrar localizado no Hospital onde atualmente exerço funções, tornando-se vantajoso não apenas pela facilidade na gestão de horários como também pelo facto de permitir estar familiarizada com a visão e valores da instituição, bem como com o sistema informático SOARIAN ® presente. Por outro lado, o facto de vestir a mesma farda que os meus pares, permitiu-me ter um sentido de pertença e, conseqüentemente, um agir com maior segurança e confiança, sendo também um aspeto facilitador no processo de tomada de decisão e trabalho em equipa. Contudo, devo salientar que o método de trabalho preconizado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em causa é o individual o que, segundo Costa (2004), significa que a totalidade dos cuidados prestados é da responsabilidade de um enfermeiro em particular.

A UCI caracteriza-se pela prestação de cuidados ao doente em estado crítico, o que pressupõe a existência de meios de monitorização, diagnóstico e tratamento de situações fisiopatológicas que apresentam risco ou mesmo falência de um ou mais órgãos vitais, contudo potencialmente reversíveis (DGS, 2003). A classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva refere três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar. Contudo, em Portugal, a designação de UCI, deve referir-se exclusivamente a Unidade de nível III, sendo esta caracterizada por apresentar equipas médicas e de enfermagem 24h/dia; possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos (DGS, 2003). Para tal, é necessário concentrar competências, saberes e tecnologias em áreas dotadas de modelos organizacionais e metodologias que as tornem capazes de cumprir aqueles objetivos. Assim, importa considerar que a presença do Enfermeiro Especialista nestas Unidades assume uma importância substancial, na medida em que se assume conforme disposto no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica a responsabilidade por mobilizar “*conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística*” (OE, 2010, p. 3) a situações de saúde complexas.

O internamento em UCI é, por definição, “*um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si*” (DGS, 2003, p. 6). Por outro lado, a envolvimento que é gerada numa UCI transmite ser um dos ambientes “*mais agressivos e invasivos, tensos e traumatizantes num hospital, isto porque causam stress nos doentes, nos seus familiares e nas equipas*” (OLIVEIRA, 2011, p. 23).

Se por um lado estar hospitalizado numa UCI pode significar “*estar entre a vida e a morte*”, por outro, os doentes e as suas famílias têm a perceção que a UCI é um local especializado no atendimento e recuperação de doentes graves, facto que oferece segurança e tranquilidade (OLIVEIRA, 2011, p. 26). Neste contexto, importa considerar mais uma vez as necessidades dos familiares, uma vez que durante o internamento surgem nos membros da família necessidades específicas e estas dependem de vários fatores: do nível de desenvolvimento em que se encontra a família, das expectativas quanto ao papel de cada membro, das crises, dos conflitos, bem como das experiências anteriores da família e satisfação familiar.

Vários autores realizaram estudos quantitativos com o objetivo de identificar as necessidades dos familiares dos doentes internados numa UCI. Num estudo quantitativo realizado por Hampe (1979) refere a existência de “*oito grupos de necessidades da família do indivíduo hospitalizado – entre elas a necessidade de o acompanhar, de o ajudar, de ser informada quanto ao seu estado de saúde, de saber se o doente está o mais confortável possível, necessidade de ser informada quando o doente está prestes a morrer, necessidade de expressar livremente as suas emoções, necessidade de ser apoiada pelos outros membros da família e necessidade de ser compreendida e apoiada pelos profissionais de saúde*” (MANLEY, 1989, p. 15).

Considerando, agora, os objetivos específicos enumerados (1 a 29) designados no Plano de Estudos do Curso de Mestrado, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, à semelhança do realizado no subcapítulo 2.1. considerarei os objetivos definidos no âmbito da realização do Projeto de Aprendizagem planeado no início do estágio, servindo como instrumento guia ao desenvolvimento e aquisição de algumas das competências definidas no Plano de Estudos.

Assim, de referir que no **Projeto de Aprendizagem** realizado defini os seguintes **Objetivos Específicos**: **1)** Prestar cuidados de enfermagem que requeiram conhecimentos especializados à pessoa e sua família em situação crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos; **2)** Gerir a intervenção relacional terapêutica com a pessoa e sua família em contexto de unidade de cuidados intensivos; **3)** Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados através da promoção, discussão e reflexão sobre as estratégias de intervenção farmacológicas e não farmacológicas no cuidado ao doente com Ferida Maligna. Este último objetivo, tal como anteriormente referido no subcapítulo 2.1., surge com vista à aquisição de algumas das competências no Domínio da Qualidade descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Para tal, mais à frente designarei a pertinência da temática Feridas Malignas em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, bem como o plano que tracei na execução do projeto formativo, tendo por objetivo central: promover a aprendizagem e a partilha de conhecimentos entre

a equipa de enfermagem sobre estratégias de intervenção farmacológicas e não farmacológicas no cuidado ao doente com ferida maligna.

De salientar que a experiência no contexto do Módulo I – SU, enquanto formação pós graduada, foi também importante no colmatar de algumas que eram as minhas lacunas, respetivamente no manejo de equipamento de ventilação invasiva e manejo de equipamento de substituição da função renal. Assim importa considerar a competência 1) **“Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”**, esta tomou mais uma vez relevância neste Módulo de Estágio, na medida em que permitiu não apenas fundamentar a intervenção realizada com base em práticas e experiências anteriores, como também a melhoria contínua das práticas realizadas, anteriormente apreendidas, pelo que permite inferir que o *“nosso grau de competência global depende da maneira como organizamos e integramos as nossas capacidades de modo a, numa circunstância particular, ser possível atuar da maneira mais adequada”* (SÁ-CHAVES, et al., 1997, p. 4).

Relativamente às competências 2), 3), e 4), 2) **“Comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; 3) Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; 4) Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento profissional e pessoal”**, considero que ao meu auto-desenvolvimento profissional e pessoal, enquanto processo deva ser entendido sob uma perspetiva construtivista-sistémica, isto é, a necessidade de associar a maturidade psicológica, enquanto sistema mental, aos aspetos determinantes da competência. Ou seja, a um conjunto de ações orientadas para uma certa finalidade (SÁ-CHAVES, et al., 1997). Neste contexto esta perspetiva admite que o referido processo de consubstancia numa verdadeira construção de saberes, no qual o agir profissional é entendido, como capacidade de tomar decisões (SÁ-CHAVES, et al., 1997). Por sua vez, este processo permitirá, não apenas formular e analisar questões complexas e comunicá-los aos enfermeiros e público em geral, com evidência nas atitudes e comportamentos adotados. Assim, e por forma a promover o meu próprio processo de autodesenvolvimento profissional e pessoal, desenvolvi consciência crítica para os problemas da prática profissional através da reflexão não apenas em contexto de prática clínica com a Enfermeira Orientadora, mas também através da realização de uma Reflexão escrita intitulada ao tema “Medicina Tecnológica: Condicionismos Éticos” e uma outra Reflexão escrita em que procurei analisar a temática “Orientação e Supervisão em Enfermagem”.

Na primeira reflexão procurei através da descrição de uma situação ocorrida refletir sobre a abordagem médica e de enfermagem em contexto de cuidados intensivos. Foi para mim pertinente abordar aquilo a que designamos de cuidados proporcionados e desproporcionados, ou mesmo aquilo a que designamos de futilidade terapêutica. Sumariamente, a situação em causa refere-se a um homem de 70 anos, admitido na UCI pós cirurgia (2ª cirurgia, última realizada há dez dias – cirurgia vascular para correção de aneurisma da aorta abdominal por via laparoscopia-laparotomia). A cirurgia realizada decorre na sequência da perfuração do cólon sigmoide esquerdo e cego (TAC abdominal a 31/08/2015 com pneumoperitoneu exuberante e distensão gástrica). Antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica com angioplastia em 2010, hipertensão arterial, litíase renal não obstrutiva e hipertrofia benigna da próstata.

Durante os cuidados prestados, o doente apresentava-se medicado com suporte de aminas, sob ventilação mecânica invasiva sob o modo ventilação com pressão positiva intermitente (IPPV) com um FiO2 a 80% e sob técnica dialítica contínua para correção de acidémia e hipercalemiemia.

Convém, ainda, realçar que o doente era pai de dois filhos, sendo um deles médico.

No dia 2 de Setembro o doente terá falecido.

Considerando que atualmente exerço funções numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (UCCP), não consegui ficar indiferente a este caso, fez-me sentido pensar se eventualmente este não seria um doente crítico em situação paliativa. E se a abordagem teria que ser crítica ou paliativa? Quando a equipa médica chega ao consenso - “investe-se” ou “não se investe”, se isso é o mesmo que dizer é um doente paliativo em situação crítica, ou se é simplesmente um doente em situação crítica em falência multiorgão. Se no Módulo I tive a perceção da abordagem que é feita ao doente idoso com pluripatologia avançada em situação de urgência, aqui tive a oportunidade de refletir sobre a abordagem do doente idoso, em situação crítica, em situação de falência multiorgânica.

Considerando a definição atrás mencionada de Unidade de Cuidados Intensivos, presume-se que nestas unidades encontremos uma grande concentração de meios tecnológicos, diagnósticos e terapêuticos, operados por equipas multidisciplinares treinadas para responderem eficazmente a estes doentes críticos (PONCE, 2002). Quer isto portanto dizer que, associado ao uso de maquinaria, materiais acessórios e humanos existe concomitantemente um aumento dos custos de internamento. Por outro lado tratando-se de uma vida humana coloca-se a questão até onde é que a nossa intervenção enquanto profissionais de saúde pode ir? Será que estamos a ir ao encontro da sua vontade e necessidades? Será que foi discutido previamente com o doente se era da sua vontade ser submetido a tais técnicas que prolongam a vida? Parece-me pertinente aqui abordar o conceito de obstinação terapêutica, que vem descrito na

literatura “o recurso a formas de tratamento cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos da doença, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor do que os inconvenientes previsíveis” (LIMA, 2005, p.81). Sendo, por tal, a obstinação terapêutica tida como má prática, o enfermeiro tem o dever de contrariá-la. De facto, o enfermeiro tem o dever de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (DECRETO-LEI n.º 104/98 – D.R I Série A, Artigo 79.º, c), bem como de “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante” (DECRETO-LEI n.º 104/98 – D.R I Série-A, art.º 82.º, d). Assim, e face à pessoa em fim de vida, tem ainda o dever acrescido de respeitar o direito a morrer, já que “morrer é bem mais do que um direito. É um facto universal, talvez o acontecimento mais universal na vida humana” (NUNES; AMARAL; GONÇALVES, 2005, p. 127) e, ao contrariar a obstinação terapêutica, tal poderá levar à abstenção ou suspensão terapêutica. Ainda que abstenção e suspensão sejam palavras com significados diferentes, importa aqui frisar que, do ponto de vista ético e face a clientes em fim de vida, as diferenças entre os termos suspensão e abstenção terapêuticas “tendem a esbater-se consideravelmente” (NUNES, 2008, p. 2). Isto porque a abstenção e suspensão terapêutica é tida como uma forma de “adequação do esforço terapêutico às reais necessidades do doente” (NUNES, 2008, p. 2). Ainda que tal possa levar a um encurtamento do tempo de vida, tal não remete para o polo oposto à distanásia mas sim para o princípio do duplo-efeito. Deste modo, há que ter bem presente que “a omissão de tratamento inúteis ou a interrupção dos «meios artificiais» não são eutanásia” (NUNES, 2008, p. 2). No caso particular do cliente em fim de vida, compete ao enfermeiro “respeitar o direito a uma morte com dignidade”, podendo para tal implicar, não submeter a pessoa a tratamentos ou a uso de terapia fútil, ou seja, inútil (NUNES; AMARAL; GONÇALVES, 2005, p. 127).

Neste contexto, Foucault (1975), citado por Collière (2003), refere existir um quarto período que marca a abordagem cultural dos cuidados – o da *bio-medicina, do bio-poder e da bio-política*, que vem perturbar os “desafios da bioética”, uma vez que se interroga sobre “a necessidade de encontrar o que os cuidados que acompanham a vida trazem ainda de insubstituível” (COLLIÈRE, 2003, p. 69). Nas Unidades de Cuidados Intensivos, o doente conectado a um aglomerado de tecnologia, que vigia ou mantém as funções dos seus órgãos vitais, perde o direito ao exercício de um princípio ético fundamental, o da autonomia, que lhe reconhecemos o direito de autodeterminar o tipo de assistência que vai receber e poder optar entre várias alternativas de exames diagnósticos ou de recusar tratamentos que são propostos (PONCE, 2002). Apesar de ser aceite por quase todos os profissionais de saúde, o princípio da autonomia só muito raramente é exercido pelo

doente, pois de um modo geral, o ato médico é exercido sob o princípio ético da beneficência, em que o médico escolhe, algo paternalisticamente, de entre as várias alternativas. Quando pontualmente sentimos que seria útil que o doente participasse no processo decisório, raramente este está em condições físicas ou mentais de o fazer. Habitualmente pedimos à família que sirva de representante do doente. Contudo, em estudos científicos sucessivos ficou demonstrado repetidamente que, quer o médico assistente, quer o familiar mais próximo, são, em geral, maus representantes da vontade do doente em decisões tão graves (PONCE, 2002). Tudo é feito em nome do respeito intransigente pela vida e, com a melhor das intenções, chegamos à chamada futilidade terapêutica atrás referida, em que tratamentos sem qualquer possibilidade de restituírem globalmente o doente a uma vida de relação com um mínimo de significado, sempre dispendiosos e muitas vezes dolorosos, são mantidos por ser mais fácil para o médico dar a resposta tecnológica e mais difícil para a família exprimir a resistência que o doente teria, se pudesse, em prosseguir este suporte de vida sem sentido. Outro conflito ético contrapõe o direito individual de cada doente em beneficiar da tecnologia mais sofisticada (PONCE, 2002).

Segundo Vieira (2008), os enfermeiros são confrontados diariamente com a necessidade de fazer escolhas morais e, conseqüentemente agir segundo as mesmas. Assim, *“lidar diariamente com problemas éticos requer de quem toma a decisão sensibilidade moral acentuada, saber ético, imaginação, experiência de vida, virtudes (...), informação (...) e um profundo compromisso pessoal para fazer o que “está certo”* (VIEIRA, 2008, p. 112). Por outro lado, sendo o enfermeiro, o profissional de saúde, que mais tempo permanece junto do doente-família, torna-se mais sensível na perceção das suas necessidades. Assim, assume o compromisso de incluir a família nos cuidados de saúde, devendo considerar a assistência centrada na família como parte integrante da prática de enfermagem, não só em contextos de cuidados intensivos como em todos aqueles onde assume um papel de cuidador. Em determinado momento, considere a possibilidade de serem avaliadas as expectativas da família, e avaliar se o doente em momentos anteriores terá manifestado interesse no uso de medidas que prolongassem a vida, como se trata do uso de técnicas de substituição à ventilação e à função renal.

Tomando por análise a pesquisa bibliográfica realizada com o objetivo de melhor compreender os sentimentos e pensamentos vivenciados e com isso melhorar os cuidados prestados, parece-me importante referir que apesar de este ser um contexto de estágio diferente daquele a que estou familiarizada, tornou-se numa esta experiência enriquecedora na medida em que possibilitou avaliar ao pormenor quais os critérios para inclusão de um doente crítico na abordagem paliativa e concomitantemente fazer uso das competências comunicacionais adquiridas ao longo da vida, e recentemente

aperfeiçoadas no cuidado ao doente paliativo e suas famílias, sendo passíveis de ser aplicadas em qualquer contexto de cuidados. Assim, fez-me sentido considerar a responsabilidade do enfermeiro enquanto elemento promotor de uma comunicação eficaz entre o doente, a família e a equipa multidisciplinar.

Assim sendo, atingi também as competências 9) e 11), **9) “Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização; 11) Reflete na sua prática, de forma crítica”**.

Considerando a competência **13) “ Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas”** apesar de em contexto de Urgência ter sentido a necessidade de melhoria não apenas do ponto de vista da tomada de decisão mas também na adequação de métodos de trabalho que consigam responder de forma eficaz à situação em causa, faltando-me a agilidade e a perícia técnica necessária à resolução de determinadas situações, neste contexto de estágio, face ao facto de este se apresentar como um ambiente “controlado”, fez-me sentir mais segura face à imprevisibilidade e complexidade das situações. Por outro lado, fez-me antes pensar sobre aquela que é a imprevisibilidade da morte e do agravamento súbito, que mesmo com uso de maquinaria avançada e a presença de profissionais devidamente treinados, é muitas das vezes inevitável. Exemplo disso é o caso de uma doente com idade aproximada de 65 anos que foi intervencionada cirurgicamente a uma isquemia da aorta ascendente, o que ao princípio parecia ter decorrido sem intercorrências, facilmente entrou fora do controlo dos profissionais de saúde, não se tendo conseguido evitar a isquemia total dos vasos, com conseqüente morte.

Tomo a pertinência deste documento de dar relevo às competências 8), 15) e 20), **8) “Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização; 15) Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; 20) Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”**, apesar de atualmente exercer funções numa unidade de cuidados paliativos, não descarto a necessidade de me manter atualizada não apenas relativamente aos conteúdos que fazem parte do meu campo de ação, como seja, a sedação paliativa, o controlo sintomático, a identificação de sinais de morte iminente. Contudo, o presente estágio serviu em muito para atualizar conhecimentos outrora apreendidos, e também, a aprendizagem de outros com os quais ainda não tinha contactado em termos práticos, respetivamente com o manuseamento de drenos cirúrgicos, administração de fármacos vasoativos e inotrópicos, manuseio do equipamento de substituição da função renal e ventilação mecânica invasiva (prova disso foi a possibilidade concedida no âmbito do

plano de formação em serviço da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, a realização de uma formação aos enfermeiros sobre Cuidados de Enfermagem ao Doente submetido a Ventilação Mecânica Invasiva – Apêndice IV). Por outro lado, alicerçar a prestação de cuidados com base numa PBE, coloca em relevo a qualidade dos cuidados prestados, podendo ser entendida como *“um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar”* (CIE, 2012, p. 10).

Assim, e por forma a desenvolver um discurso pessoal fundamentado, entenda-se fundamentado numa PBE, as competências 5) e 21), **5) “*Produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara; 21) Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências*”** tomam por isso um significado particular no âmbito de cuidados especializados ao doente em situação crítica e sua família. Neste contexto, torna-se pertinente dar relevo às competências 24), 26) e 27), **24) “*Zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização; 26) Realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização; 27) Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização*”**. Relativamente às competências aqui enunciadas, devo de novo colocar em evidência a concretização de registos concisos, à participação nas passagens de turno, com passagem da informação relevante e pertinente no cuidado ao doente e sua família em situação crítica, por forma a contribuir para a continuidade dos cuidados e zelar pela sua segurança e proteção do Outro. Seguindo esta linha de pensamento, considero ter também atingido as competências **“10) *Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização*”** e **“14) *Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente*”**. Desta forma, as competências **7) “*Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada*”** e **12) “*Avalia a adequação de diferentes métodos de análise das situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização*”** tornam-se fundamentais neste processo de crescimento pessoal e profissional.

Contudo, importa referir, que face à proposta realizada sobre a concretização de um projeto formativo em serviço os objetivos **“6) *Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas; 19) Toma iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização; 22) Participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização; 25) Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros*”**

**enfermeiros; 28) Promove a formação em serviço na sua área de especialização”,** neste contexto realizei um projeto formativo sobre estratégias de intervenção farmacológicas e não farmacológicas no cuidado ao doente com Ferida Maligna (Apêndice V). O projeto formativo consistiu na concretização de uma apresentação em formato PowerPoint, a qual teve uma duração de 15 a 20min, foi antecipadamente divulgada a toda a equipa multidisciplinar que compõe a UCI, tendo apenas os enfermeiros da unidade aderido (como estratégia utilizada a uma melhor adesão por parte dos profissionais de enfermagem, foi realizada após a passagem de turno – possibilitando que os enfermeiros do turno da manhã e da tarde estivessem presentes). A escolha da temática, deveu-se ao facto de esta ter sido sentida como uma necessidade formativa identificada, uma vez que havia por parte da equipa experiência anterior no cuidado a doentes com esta tipologia de ferida, contudo o tratamento utilizado era muitas vezes direcionado para as características da ferida em si – exsudado, dimensão, presença de sinais inflamatórios ou infeção, e não tanto para aquelas que eram as necessidades sentidas pelo doente, respetivamente as influências que a mesma poderia ter socialmente. Por outro lado, é de considerar que o facto de esta problemática ter um elevado grau de incidência na Unidade de Cuidados Paliativos relativamente a outros contextos, a partilha de conhecimentos consistiu numa importante mais-valia na consolidação do conhecimento e o sucesso das intervenções realizadas.

Como competências transversais a todos os cuidados prestados, não menosprezando a transversalidade das restantes, dou destaque às competências da comunicação e do trabalho em equipa 16) e 17), **16) “Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; 17) Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”.** A comunicação na UCI é bastante limitada, pois normalmente os doentes encontram-se sedados, curarizados e ventilados artificialmente (MOREIRA, MOLEIRO, TOMÁS, 2000). Pelo que é fundamental que “os profissionais de enfermagem saibam quais os interesses, medos, conhecimentos, assuntos de cada doente, assumindo aqui a comunicação um papel fundamental, pois é através dela que o doente exprime os seus sentimentos e dá a conhecer as suas necessidades” (GOMES et al., p.26). Não sendo por isso possível, face as alterações induzidas no doente neste tipo de contexto, a família constitui novamente um importante recurso no cuidado aos doentes que se vêm impossibilitados de comunicar.

Também em contexto de UCI foi possível abordar o Protocolo de Buckman, enquanto protocolo usado na transmissão de más notícias, ou com a concretização de pontos de situação e conferências familiares. Procurei inclusive entre a equipa esclarecer esta

terminologia, para que no futuro fosse também incluída nos registos de enfermagem e médicos.

### **2.3. MÓDULO III – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS**

O Módulo III do Estágio decorreu, tal como referido anteriormente, numa Unidade de Cuidados Paliativos (Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e Unidade de Assistência Domiciliária - UAD). Enquanto estágio de Opção, foi antecipadamente escolhido com a expectativa de poder alcançar um “novo olhar” sobre os cuidados de enfermagem prestados num contexto de intervenção particularmente diferente daquele com que estou familiarizada – o Domicílio.

De ressaltar, que não descurando o trabalho desenvolvido pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, o qual tive a oportunidade de conhecer a dinâmica e objetivos da equipa, focalizei este estágio na intervenção ao doente e sua família em contexto domiciliário, tendo por isso, acompanhado maioritariamente a Enfermeira Orientadora no âmbito da UAD.

Atualmente, a missão da UAD visa prestar cuidados ativos, coordenados e globais a doentes e suas famílias em situação de sofrimento, decorrente de doença avançada e progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida. Estes cuidados são prestados no domicílio, iniciando-se na admissão do doente e sua família e estendendo-se ao período do luto. De acordo com o Regulamento Interno da UAD, a mesma possui como objetivos:

- 1) *prestar Cuidados Paliativos a doentes e suas famílias, assegurando cuidados médicos e de enfermagem no domicílio;*
- 2) *apoiar emocionalmente o doente, a família e/ou cuidador;*
- 3) *articular os cuidados médicos e de enfermagem prestados ao doente e família com os demais serviços do Hospital e recursos existentes na comunidade;*
- 4) *assegurar o atendimento telefónico por linha direta durante o horário de funcionamento da unidade;*
- 5) *divulgar os objetivos e natureza da UAD pelos Serviços no Hospital;*
- 6) *realizar formação em CP dirigida aos profissionais da instituição;*
- 7) *Fazer investigação clínica de acordo com a sua área de atuação.*

O período de funcionamento é alargado a todos os dias do ano, entre as 8 e as 16 horas, a doentes programados de acordo com as necessidades e sem horário fixo. O plano é elaborado todas as semanas para uma melhor programação das atividades, percebendo desta forma a possibilidade de admissão futura de doentes. As visitas domiciliárias podem ser diárias, semanais, quinzenais ou mensais, consoante as necessidade do doente e sua família. Para além da Unidade de Apoio Domiciliário e da Equipa Intra-

Hospitalar, a Unidade de Cuidados Paliativos em causa, pressupõe também a assistência em regime de Consulta Externa.

Esta experiência neste campo de estágio, foi importante na medida que me permitiu ter aquele “novo olhar” a que me referi anteriormente mas, este “novo olhar”, deve ser entendido não no sentido lato da palavra, mas como a possibilidade que me permitiu conhecer as condições sociais em que alguns cidadãos Lisboaetas vivem, bem como ter conhecimento dos recursos e apoios sociais existentes. Por outro lado, possibilitou avaliar a intervenção por parte da equipa naquele que é um ambiente próprio e íntimo do doente. Valores como o respeito pelo próximo, pelas vontades e espaço do outro, tornam-se neste âmbito mais relevantes e, diria mesmo, preponderantes, tendo em conta a etapa de vida que estão a viver. Por outro lado, a concretização deste estágio permitiu-me consolidar aqueles que eram já os conhecimentos e competências na abordagem ao doente em cuidados paliativos.

Considerando ainda, como Objetivo Geral, definido no decorrer dos três estágios realizados - Desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas no cuidado especializado ao **doente em situação crítica** e suas famílias - no presente estágio, para entendimento geral, deve ser considerado o “*doente em situação crítica*” todo aquele doente que se apresente descontrolado sintomaticamente (entenda-se por sintoma, não apenas os de ordem física, como a dor, mas também os psicossociais e espirituais) que requeiram apoio diferenciado, com uma equipa especializada em cuidados paliativos, com o objetivo de diminuir o sofrimento, maximizar o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida. Em modo justificativo do conceito agora esclarecido, recorro-me da definição de Cuidados Paliativos proclamada pela OMS(2002):

*“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma **doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave (que ameaçam a vida) e suas famílias**, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e **tratamento rigoroso** dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.*

Numa fase inicial do desenvolvimento dos cuidados paliativos, estes dirigiam-se essencialmente a quase unicamente aos doentes do foro oncológico, nas fases mais avançadas da sua doença. Contudo, na sequência do conceito definido pela OMS (2002) estes cuidados passaram a ser não apenas dirigidas a doentes do foro oncológico, como também a todos os doentes com doença crónica progressiva e incurável (insuficiência terminal de órgãos, demências, doenças vasculares-cerebrais, esclerose lateral amiotrófica, fibrose quística, entre outras) (CAPELAS; NETO, 2010). Neste contexto, os cuidados paliativos em Portugal estão reconhecidos como um “*elemento essencial dos*

*cuidados de saúde que requer apoio qualificado, como uma necessidade em termos de saúde pública, como um imperativo ético que promove os direitos fundamentais e como uma obrigação social*” (DGS, 2004, p. 1).

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2005), os cuidados paliativos do ponto vista organizacional podem ser categorizados em três níveis de diferenciação – Nível I, Nível II e Nível III. Assim, importa salientar que o local de estágio em causa, encontra-se no Nível I de diferenciação uma vez que:

1. São prestados por equipas com formação diferenciada em cuidados paliativos.
2. Estruturam-se através de equipas móveis que não dispõem de estrutura de internamento próprio mas de espaço físico para sediar a sua actividade.
3. Podem ser prestados quer em regime de internamento, quer em regime domiciliário.
4. Podem ser limitados à função de aconselhamento diferenciado.

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos – Lei n.º 52/2012, de 5 de Setembro, veio consagrar o direito e regular o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, e criar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), apenas com o Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho “[...] as unidades e equipas em cuidados paliativos deixam de estar integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assegurando a necessária articulação entre as duas Redes”.

Contudo, a legislação atualmente em vigor e as assimetrias face às acessibilidades a cuidados paliativos ainda são bastante óbvias, esta problemática encontra-se já refletida no Capítulo 1. Contudo, convém mais uma vez colocar em evidência a necessidade de definir uma estratégia que vise uma efetiva implementação de um programa nacional de cuidados paliativos, de forma a obter ganhos na qualidade de vida dos doentes e sua família, devendo assentar em quatro pilares fundamentais – adequação, disponibilização de fármacos, formação dos profissionais e da população e, implementação diversificada e equitativa dos recursos (CAPELAS, 2009). Por outro lado, é importante determinar o grau de satisfação dos doentes ou seus familiares relativamente aos cuidados paliativos prestados e avaliar as necessidades por eles sentidas, a fim de melhorar o nível de apoio médico, psicológico e social (FERREIRA; DIAS, 2010).

O domicílio é mais do que um espaço físico, representa o local onde o doente mantém a sua dignidade, onde lhe é conferida mais autonomia, onde as relações com os familiares e amigos permanecem constantes (FEIO, 2010). Os cuidados domiciliários são por isso, a tipologia de recursos de prestação de cuidados que deve estar na linha da frente do cuidado de doentes paliativos. Por sua vez, a diminuição dos custos associados à ação dos Cuidados Paliativos prende-se com a existência de objetivos diferentes no cuidar, *“baseados no conforto para o doente e família e não no prolongamento da vida”* (FEIO, 2010, p. 471). Neste contexto e de encontro à Teoria do Conforto de Catherine Kolcaba,

o conforto do doente, deverá ser percebido por quem cuida de doentes com doença avançada e progressiva como valor orientador da ação, de modo a que não haja ambivalência na ação.

Considerando, agora, os objetivos específicos enumerados (1 a 29), designados no Plano de Estudos do Curso de Mestrado, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, devo, à semelhança do que foi realizado no subcapítulo 2.1.e 2.2., referir que no **Projeto de Aprendizagem** realizado, propus-me concretizar os seguintes **Objetivos Específicos: 1)** Prestar cuidados de enfermagem que requeiram conhecimentos especializados à pessoa e sua família em situação paliativa; **2)** Gerir a intervenção relacional terapêutica com a pessoa e sua família durante a assistência domiciliária; **3)** Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados através da promoção, discussão e reflexão sobre as estratégias de intervenção de melhoria dos cuidados ao doente paliativo em contexto domiciliário.

Tal como referi anteriormente, pareceu-me pertinente, não descurando a importância da assistência da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, focar a minha intervenção no cuidado ao doente em contexto domiciliário – identificando as intervenções promotoras da melhoria dos cuidados ao doente com doença oncológica avançada e progressiva em contexto domiciliário e a análise das necessidades sentidas pelos familiares, enquanto cuidadores informais, no cuidado ao seu familiar-doente paliativo aquando no domicílio.

No que respeita à competência definida no Plano de Estudos do Curso **1) “Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”**, tomou neste Módulo de Estágio uma pertinência ainda maior, já que a atual experiência profissional tem sido focalizada no cuidado ao doente em cuidados continuados e paliativos, dando especial relevo aos cuidados paliativos oncológicos, uma vez que estes foram os doentes maioritariamente assistidos no contexto de estágio em causa. Toda a experiência tida foi, na minha perspetiva, importante para compreender outras questões mais complexas, respetivamente questões relacionadas com a *aceitação do outro*, a *incondicionalidade* e o *agir intencional*. Penso que tal poderia não ter sido conseguido com a profundidade e preocupação com que foi feito, se anteriormente não tivesse o conhecimento e a experiência em cuidados paliativos, nomeadamente sobre aqueles que são os pilares em que assentam os cuidados paliativos – 1) *trabalho em equipa*; 2) *apoio à família*; 3) *comunicação*; e 4) *controlo sintomático*. Foi interessante verificar a estratégia adotada pela Enfermeira Orientadora em causa. Se na primeira semana a atitude pareceu-me confusa e de algum modo difícil de gerir, depois tomou significado e permitiu-me refletir sobre a efetiva necessidade da mesma. Refiro-me ao distanciamento daquilo a

que vulgarmente dizemos “tenho que fazer isto”, “falta-me fazer isto”, e refiro-me neste caso à concretização dos registos, já que, no início, fazia-me algum sentido que, face ao facto de ter assistido às visitas domiciliárias, fosse importante a concretização dos registos por forma a dar continuidade aos cuidados e, de algum modo, por ser um instrumento que possibilitaria à Enfermeira Orientadora realizar uma avaliação sobre a minha prestação. Facto é que, e com razão, essa era já uma competência adquirida, diariamente colocada em prática. Tal atitude e comportamento tomado pela Enfermeira Orientadora colocou em relevo o desafio que Hesbeen (2001) coloca aos formadores *“não é o de esculpir cérebros bem moldados mas o de contribuir para a plasticidade destes cérebros, a fim de lhe permitir uma abertura constante às coisas da vida, à singularidade dos outros”* (HESBBEN, 2001, p. 67)

Desta forma, este distanciamento do “saber fazer” permitiu-me refletir sob um exercício de quase retrospeção sobre aquelas que eram as minhas intervenções até então, e aquelas que naquele dia (por exemplo) foram tomadas. Refiro-me por exemplo à definição do plano terapêutico ou à adesão do regime terapêutico. Se em contexto hospitalar é tão fácil mudar a terapêutica, já que o doente muitas vezes não questiona, e como tal, não tenho que negociar com ele, porque é que, neste contexto, o processo se torna tão difícil? Que estratégias adotar? Muitas destas perguntas, ainda sem respostas, ganharam maior importância e maior sentido e, aquilo que parecia ser um processo difícil, tornou-se num processo normal e necessário.

Relativamente às competências 2), 3), e 4), **2) “Comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; 3) Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; 4) Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento profissional e pessoal”**, tive mais uma vez que os comunicar não apenas aos enfermeiros, como também ao público em geral, conforme vem descrito. Para tal, e de forma a promover o meu próprio processo de autodesenvolvimento profissional e pessoal, desenvolvi consciência crítica sobre as situações vivenciadas, não apenas relativos à prestação de cuidados, como também à organização do serviço em causa. Por outro lado, com a concretização de uma reflexão escrita intitulada ao tema “O Ganho da Confiança do Doente no Processo de Relação Terapêutica: particularidades do cuidado no domicílio”, permitiu-me tomar consciência das particularidades associadas ao cuidado no domicílio. Esta reflexão teve a sua origem no facto de ao longo das visitas domiciliárias, ter tido a sensação de que poderia estar a ser fator impeditivo ao expressar quer do cliente, quer da família, dos sentimentos, medos e preocupações, muitas vezes dei por mim a questionar, estará a minha presença a perturbar a comunicação? Certo é,

que apenas o senti agora, em contexto de domicílio, e não nos restantes campos de estágio. Porquê? Terá sido porque os restantes estágios decorreram em contexto hospitalar?

Partindo do princípio que se encontrava já estabelecida uma relação terapêutica, com características próprias, em que o doente e família sabem o que esperar do enfermeiro, por momentos senti como se uma espécie de “ruído” estivesse a provocar naquela que se presumia ser uma relação terapêutica singular. Por outro lado, foi interessante perceber que aquando a admissão de um doente, esse sentimento ficava atenuado. Talvez porque sabia que também a enfermeira da equipa se encontrava, tal como eu, em processo de desenvolvimento de uma relação terapêutica, ou diria antes, no processo de desenvolvimento de uma relação de confiança.

Apesar das enfermeiras em causa estarem devidamente treinadas para tal e apesar de eu própria me considerar uma enfermeira com algum conhecimento e treino no uso de estratégias de comunicação em cuidados paliativos, sendo este um estágio com características próprias, como os cuidados domiciliários, senti a necessidade de adequar de forma mais pormenorizada, não apenas, a comunicação, como também a forma de estar, uma vez que aquele é o local de residência do doente e, como tal, é o local onde ele certamente se sentirá mais protegido, confiante e mais à vontade.

Por outro lado, apesar do “ruído” que pudesse porventura estar a provocar, foi interessante verificar como as relações estabelecidas entre um e outro enfermeiro são diferentes, isto é, estabelecem níveis de confiança e intimidade diferentes com os doentes e famílias de quem cuidam. A forma como cada um desenvolve a sua intervenção é diferente e, conseqüentemente, aquilo que o doente e família menciona a forma de reagir é também diferente. Tal situação fez-me refletir sobre o que poderia estar por trás disso? O que poderia justificar que essa relação entre doente e enfermeiro se tornasse diferente?

Apesar de possuir experiência profissional no cuidado a doentes paliativos em regime de internamento, aqui as particularidades no cuidado ao doente paliativo ganham contornos diferentes. Pois, face ao facto de não estarmos munidos de maquinaria diferenciada, de sermos inundados pelo barulho constante das campainhas, devido à presença de auxiliares de enfermagem, à presença de outros familiares de outros doentes (com necessidades de saúde diferentes, com histórias de vida diferentes), e ao facto de não nos apresentarmos com uma farda, são na minha perspetiva elementos facilitadoras da relação, mas também provocam no enfermeiro a necessidade de preocupação constante sobre a forma como se apresenta e como adequa o seu discurso às necessidades do doente e família naquelas condições. Para além de que, sendo os cuidados prestados em contexto domiciliário, o *“enfermeiro imerge no espaço cultural e vivencial de cada família,*

o que exige uma grande capacidade de adaptação, mas também de compreensão das diferentes particularidades de cada um desses espaços no sentido de conquistar a confiança das pessoas cuidadas” (GAGO; LOPES, 2012, p. 75). Esta “compreensão das diferentes particularidades de cada um desses espaços”, mencionadas pelos autores, leva-me a pensar no necessário respeito incondicional e único por aquela pessoa e por aquela família a quem prestamos cuidados. A aceitação incondicional é uma atitude fundamental no desenvolvimento do processo relacional. Bermejo (1988) considera que a aceitação incondicional pode ser explicada quando existe “ausência de juízos moralizantes sobre a pessoa ajudada, confiança e consideração positiva do ajudado, acolhimento da pessoa no seu todo, particularmente do seu mundo emotivo e cordialmente no trato”. A aceitação incondicional implica que se veja o ser humano como ser único, sendo a pessoa digna de “um respeito sagrado” mesmo que não concordemos com o seu comportamento, devendo por isso evitar projetar sobre a própria pessoa o nosso próprio quadro de valores (BERMEJO, 1988 citado por MENDES, 2006 p. 60).

Remetendo para o referido anteriormente, sobre o que poderia condicionar o estabelecimento de dada relação, fez-me refletir na confiança como condição e instrumento necessário ao estabelecimento da relação. Como tal, senti a necessidade de pesquisar e refletir sobre esse mesmo conceito inserido na prestação de cuidados de enfermagem. De que forma a confiança é elemento facilitador do estabelecimento de uma relação de ajuda ou relação terapêutica? <sup>1</sup>

A palavra confiar provém do latim “*con fides*” que significa “com fé”. O verbo confiar e adjetivo “confiante” e o substantivo “confiança” remetem para as dimensões de ação, de atributo e de estado ou coisa (Perter e Morgan, 2001 citado por LOURENÇO, 2011). Segundo Honoré (2004) a disponibilidade para confiar é a primeira qualidade para a construção de uma relação de confiança, afirmando-se como resultado de uma relação de parceria e situada no tempo (LOURENÇO, 2011). Por sua vez, a autora Sellman (2006) diz-nos que “a confiança é uma componente essencial da prática de enfermagem” (OLIVEIRA; LOPES, 2010, p. 68). Ora, tal afirmação parece-me pertinente na medida em que promove o consenso sobre a necessidade dos enfermeiros construírem uma relação de confiança, com o objetivo de facilitar a relação e o sucesso da mesma, bem como na obtenção de resultados terapêuticos. Por outras palavras, neste contexto, o cliente confia nos enfermeiros quando acredita que têm boa vontade para consigo (OLIVEIRA; LOPES, 2010, p.69). De acordo com Hesbeen (2001) a confiança não se limita ao primeiro

---

<sup>1</sup>Relativamente à expressão “relação de ajuda” e “relação terapêutica” são na maioria das vezes usadas de forma indiscriminada. Contudo Frade (1998) considera que estabelecer uma relação de ajuda é uma etapa anterior, de um grau de exigência ligeiramente inferior, mas essencial antes de se pretender estabelecer uma relação terapêutica (FRADE, 1998, p. 49).

contacto pois, muitas vezes, face à evolução e à percepção que a pessoa tem dela, torna-se necessário voltar atrás, para recriar laços de confiança ou para os reforçar. Pelo que, subentende-se que o conceito de confiança é frágil e sujeito a limitações no tempo e espaço. Isto quer dizer que existe sempre uma possibilidade de surgir quebra de confiança. Ora, tal enunciado leva à compreensão da confiança não apenas enquanto estado, mas também enquanto processo. Johns (1996) caracteriza este processo de confiar em quatro estádios: *1. assimilação da informação, 2. tomada de decisão, 3. relacionamento de confiança, e 4. consequências de confiar*. Relativamente aos estádios 1. e 2., prévios ao estabelecimento da relação de confiança, o doente toma a percepção sobre a competência, a segurança, o risco e o potencial benefício em confiar na enfermeira (OLIVEIRA; LOPES, 2010 p. 71).

Quando a confiança é desenvolvida, o indivíduo sentir-se-á capaz de partilhar os seus pensamentos, sentimentos, e experiências; sentir-se-á seguro e confortável para pedir ou aceitar ajuda quando lhe é oferecida, o que potencia o efeito terapêutico da confiança. Ou seja, quando na relação enfermeira-cliente existe a oportunidade deste apreciar a competência e boa vontade da enfermeira, parece estar reunido o potencial confortador e um antecedente da confiança (OLIVEIRA; LOPES, 2010, p. 71).

A enfermagem enquanto profissão de ajuda, impõe aos enfermeiros a mobilização de competências essenciais para a relação do cuidar, nomeadamente a capacidade real de ajudar a pessoa. Honoré (2004) explica que a relação enfermeiro-doente deve ser suportada por um ponto comum ou seja o estabelecimento de uma relação de confiança (LOURENÇO, 2011, p.6).

Nos doentes em fase terminal de vida, o enfermeiro necessita de recorrer a estratégias terapêuticas planeadas e a um sistema integrado de competências relacionais, aproximando-se dos espaços de intimidade, demonstrando competências de contacto e competências sociais empáticas (SIMÕES; RODRIGUES, 2010, p. 486) Segundo Lázure (1994) a empatia é a pedra angular de toda a relação de ajuda (LÁZURE, 1994, p. 77).

Para Jean Watson (2002) a relação de ajuda é a essência, meio mais poderoso de intervenção e um elemento decisivo e inquestionável no cuidar em enfermagem. Para Phaneuf (2005, p. 324) a relação de ajuda é uma técnica *“uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e apoio de que a pessoa tem necessidade, no decurso de uma prova”* (SIMÕES; RODRIGUES, 2010, p. 486). Assim, deve o enfermeiro possuir elevada consciência de si mesmo, por forma a conseguir compreender de que maneira as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação e que utilização pode fazer de si mesmo, para fins terapêuticos (CHALIFOUR, 2008), procurando abster-se de juízos de valor. Uma atenção necessariamente baseada na relação, mostra a disponibilidade de

quem cuida, não como uma disponibilidade em termos de tempo, mas sim como a que reflete a intenção real de cuidar (HESBEEN, 2001). Neste contexto, Sousa (2014) refere que o cuidar em enfermagem só ganha verdadeiro sentido quando revestido de um “*carácter intencional, responsável e refletido, ou seja, quando se toma o sentido da sua intencionalidade*” (SOUSA, 2014, p. 35).

Estou convicta que tal só poderá ser plenamente concretizado com determinado nível de maturidade e consciência de si. Neste contexto, Sá-Chaves (1997) considera serem quatro os sectores da personalidade que permitem verificar se a pessoa adquiriu uma progressiva maturidade: *as capacidades cognitivas, o autoconhecimento, os valores e motivos e as relações interpessoais* (SÁ-CHAVES, 1997 p. 42). Aplicado à enfermagem, o mesmo é dizer que a utilização de uma comunicação terapêutica na relação com o cliente exige da enfermeira um trabalho de autoanálise, disponibilidade para se pôr em causa e capacidade para se aceitar, o que corresponde a um certo grau de desenvolvimento e a uma ideologia do cuidar (FRADE, 1998, p. 50)

De encontro ao aqui foi referido, Chalifour (2008) refere que face às características pessoas e experiências de vida de cada um, é natural que o enfermeiro adote determinados comportamentos por forma a estabelecer uma relação de qualidade e eficaz (CHALIFOUR, 2008). Quando estamos perante a dificuldade em entrar em contacto com o outro, a atenção dispensada ao outro e à qualidade da relação, deve ser a prioridade da intervenção terapêutica no momento (CHALIFOUR, 2008).

Tal como acontece na prestação de cuidados domiciliários, na UAD onde decorreu o Módulo III do Estágio, há doentes e famílias já conhecidos há vários meses ou anos, sendo, segundo os autores, possível reconhecer uma certa evolução da relação entre o enfermeiro e o doente. Os autores qualificam a relação em: 1. fase de orientação da relação, 2. fase de trabalho ou de emergência das identidades e 3. fase de conclusão da relação (CHALIFOUR, 2008, p. 34). Relacionando as fases da relação enunciadas com aquelas que são descritas como sendo as fases do processo de confiança, a fase 1 é caracterizada por “*acolhimento do cliente num clima de abertura, de respeito, de autenticidade e interesse por aquilo que ele é. A relação começa a constituir-se. (...) é o momento privilegiado onde se criam laços de confiança recíproca*. E na fase 2. “*as pessoas conhecem-se melhor e aprofundam a sua confiança* (CHALIFOUR, 2008, p. 35). Considerando as situações vivenciadas, embora por vezes possa ter parecido ter tomado uma atitude passiva, não me mostrando algumas das vezes a interagir com o doente, considerei no momento que esse seria o comportamento a adotar, em respeito à relação terapêutica já pré-estabelecida com os doentes observados em contexto de vista domiciliária, sob o risco de poder quebrar aquela que se teria constituído como uma relação de confiança. Porém considero que o facto de não ter sido agente ativo na

relação e na mediação da intervenção no decurso das visitas domiciliárias, este olhar reflexivo permitiu-me desenvolver enquanto pessoa e profissional, pois fez-me questionar e refletir, não apenas em relação à intervenção executada pela enfermeira, mas também ao colocar a mim mesma a questão de como teria eu intervindo caso fosse eu o sujeito principal na mediação da visita domiciliária.

As competências relacionais de ajuda assumem um papel central e determinante no cuidado ao doente. Considerando que a abordagem ao doente em fim de vida, é para mim uma área privilegiada, e na qual tenho investido até então, espero melhorar continuamente as diversas dimensões da relação de ajuda, respetivamente no uso de estratégias de comunicação que possibilitem não apenas o estabelecimento de uma relação de confiança e conseqüentemente o estabelecimento de uma relação terapêutica com o objetivo de responder às necessidades do doente e família. Por outro lado consciente das limitações comunicacionais ainda existentes, estou certa que tais limitações poderão ser ultrapassadas com o treino e formação contínua. Considero ainda, que a forma como perspetivo o outro, a “aceitação incondicional”, o não julgamento das atitudes e comportamentos do outro poderão ser indicadores de maturidade e por si só serem fatores de promoção do estabelecimento da relação terapêutica.

Assim, penso ter também atingido as competências 9) e 11), **9) “*Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;* 11) *Reflete na sua prática, de forma crítica*”.**

Considerando a competência **13) “ *Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas*”** apesar de em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos as situações imprevistas e complexas possam estar maioritariamente relacionadas com a descompensação hemodinâmica, aqui as situações imprevistas e complexas tomam aspetos particulares. Ou seja, o facto de transmitir uma má notícia a um doente que mantém ainda expectativas irrealistas é também uma situação complexa e necessita, na sua maioria, de preparação e disponibilidade na abordagem ao doente, com recurso à comunicação verbal e não-verbal adequada. A ponderação da informação a transmitir (possíveis conseqüências de dado tratamento, evolução da doença) são algumas das situações mais comuns em cuidados paliativos, que devem ser antecipadamente analisadas, considerando não apenas a personalidade do doente mas também o tempo de sobrevivência.

Decorrida a experiência na UAD, no decurso da prestação de cuidados a um doente com neoplasia do pulmão com metastização óssea e ganglionar extensa, doente com idade aproximada de 65 anos de idade, possuidor de uma personalidade determinada e juízo crítico para a situação de doença vivenciada, respetivamente para o aumento da

dependência progressivo. Num dado momento, e de modo a definir aquele que seria o plano de intervenção, foi discutido com o doente o plano de intervenção proposto pela equipa de cuidados paliativos com vista ao controlo sintomático, neste caso a dor, o doente questionou a possibilidade de poder não voltar a andar, de não ser ele a gerir os negócios que mantinha ativos, pelo cansaço e fraqueza sentidos. Posteriormente, em reflexão com a Enfermeira Orientadora questionei se não deveria ter informado o doente de que poderiam haver outras alterações, respetivamente da memória, confusão ou *delirium*. No momento senti a necessidade de munir o doente de toda a informação, face ao juízo crítico evidenciado pelo doente. Por outro lado, considerando que o doente até então não teria apresentado nenhuma alteração neurológica ou cognitiva, poderia estar a antecipar um cenário que poderia nem vir a acontecer, podendo vir a constituir-se um foco de medo, ansiedade e angústia naquela fase. Tal situação coloca em evidência, o direito à verdade como expressão do respeito que se deve à pessoa doente. No entanto, em Cuidados Paliativos, a verdade deve ser adequada à capacidade que a pessoa tem de interiorizar e incorporar na experiência vivida, ou seja, com base nas necessidades de informação, as reais preocupações sentidas pela pessoa e expectativas (QUERIDO; SALAZAR; NETO, 2010, p. 464).

Assim, tal situação, fez-me refletir sobre a complexidade a ela associada e que, apesar de possuir experiência no cuidado a doentes paliativos oncológicos, a tomada de decisão sobre a transmissão de dada informação ou não, pode ter implicações decisivas no modo como o doente vivencia os últimos dias de vida, sendo ela uma informação fútil. Entenda-se por futilidade diagnóstica e terapêutica todos os *“procedimentos desadequados e inúteis face à situação evolutiva e irreversível da doença e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família”* (DGS, 2004, p. 10).

Uma outra situação por vezes difícil de gerir é aquela relativa à exaustão dos cuidadores, e à vontade do doente em manter-se no domicílio, levando muitas das vezes ao esgotamento do cuidador, e àquilo a que designamos de síndrome de *burnout* (FLORIANI; SCHRAMM, 2006, p.530). Neste contexto, destaco a importância das Unidades de Assistência Domiciliárias que prestam cuidados paliativos na comunidade, terem de retaguarda uma Unidade Hospitalar que garanta o internamento nessas situações. A estrutura hospitalar a qual está associada a UAD não possui internamento em Cuidados Paliativos impossibilitando que os doentes sejam internados para descanso do cuidador, apenas quando se torna difícil o controlo sintomático no domicílio é que é proposto o internamento, em articulação com as outras especialidades médicas. No caso de haver necessidade de descanso do cuidador, o doente é referenciado para uma unidade de média ou longa duração da RNCC.

Face ao exposto penso ter conseguido colocar em evidência as competências 5), 8), 15) e 21) 5) **“Produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara; 8) “Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização; 15) Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; 21) Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”**. Relativamente à competência 20), 20) **Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”**, esta encontra-se implícita relativamente às anteriormente descritas, uma vez que procurei manter um discurso pessoal fundamentado tendo em conta as diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei, com base numa PBE, demonstrando por isso um nível aprofundado de conhecimentos na área de especialização Médico-Cirúrgica no cuidado ao doente paliativo e sua família, conforme os objetivos a que me propus, e enunciados no Projeto de Aprendizagem. Por sua vez, a incorporação dos conhecimentos na prática, ou seja da aprendizagem realizada, coloca em evidência o processo complexo e responsável pelos conhecimentos que possuímos dando a conhecer as nossas capacidades, habilidades, atitudes, valores e emoções (FERNANDES, 2007).

Neste contexto procurei não apenas realizar pesquisa bibliográfica prévia que me possibilitasse compreender as situações complexas que se colocavam, numa atitude de responsabilidade social e ética no cuidado ao doente e família, colocando assim em evidência as competências 24), 26) e 27), 24) **“Zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização; 26) Realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização; 27) Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização”**.

Por outro lado, para que as minhas intervenções se revelassem eficazes, tornou-se crucial o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho. Assim, considero ter também atingido as competências **“10) Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”** e **“14) Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”**.

Desta forma, as competências 7) **“Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada”** e 12) **“Avalia a adequação de diferentes métodos de análise das situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização”** tornam-se fundamentais neste processo de crescimento pessoal e profissional. Considerando neste

contexto de análise a importância de estabelecer uma relação de confiança para com o doente e para com a família, foi importante adequar uma atitude própria que permitisse *caminhar com*. Pelo que, procurei inteirar-me da dinâmica e organização do serviço, missão e objetivos da prática de cuidados naquele contexto, tendo como objetivo em conjunto com a Enfermeira Orientadora colaborar na intervenção de cuidados ao doente e sua família em contexto domiciliário. Pelo que como lembra Walter Hesbeen o *caminhar com* provém de duas etapas indissociáveis e complementares – 1) o *encontro*; e 2) o *acompanhamento* (HESBEEN, 2001, p. 23).

Contudo, importa referir, que face à proposta realizada sobre a concretização de um projeto formativo em serviço os objetivos **“6) *Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas; 19) Toma iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização; 22) Participa e promover a investigação em serviço na sua área de especialização; 25) Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; 28) Promove a formação em serviço na sua área de especialização”***, estão inteiramente relacionadas, uma vez que, ao promover iniciativas na resolução de problemas, pressupõe-se que consiga não apenas identificar o problema mas também que consiga dar respostas ou alternativas à resolução do mesmo. Desta forma, estou não apenas a participar a promover a investigação e a formação em serviço, como também a promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros. Assim, e na sequência da RSL realizada na Unidade Curricular Médico-Cirúrgica II – Módulo de Geriatria, fez-me sentido dar continuidade ao trabalho anteriormente realizado e poder comparar os dados obtidos na literatura com aqueles identificados na prática (através da observação e interações tidas no decorrer das visitas domiciliárias efetuadas, bem como, na equipa intra-hospitalar, culminando numa apresentação em formato PowerPoint (Apêndice VI), sobre aquilo que teriam sido os dados obtidos no âmbito da RSL realizada, encontrando-se aqui relatada no Capítulo 1. De salientar, ainda, a publicação de um Poster da RSL realizada (Apêndice VII) no VIII Congresso Nacional de Cuidados Paliativos, que decorreu nos dias 7, 8 e 9 Abril 2016 e foi, também, submetido um Artigo para publicação na Revista de Cuidados Paliativos, da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (Apêndice VIII).

Como competências transversais a todos os cuidados prestados, não menosprezando a transversalidade das restantes, dou especial destaque às competências da comunicação e do trabalho em equipa 16) e 17), **16) “*Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; 17) Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa***

***multidisciplinar e interdisciplinar***". A comunicação é um processo que permite às pessoas trocar informação sobre si mesmas e sobre o que as rodeia. Contudo, em Cuidados Paliativos. Constitui uma "*necessidade básica*" no cuidado ao doente e família, sendo por isso, uma competência fulcral aos prestadores de cuidados, e neste caso, respetivamente aos Enfermeiros (QUERIDO; SALAZAR; NETO, 2010, p. 463). Este assume-se, portanto, num importante e difícil desafio porque implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação (GASK, 2000 citado por QUERIDO; SALAZAR; NETO, 2010 p. 463). Ora neste área de competências, coloquei também em evidência a minha capacidade de comunicação para com o doente e sua família, respetivamente com uso de estratégias de comunicação que visassem a uma comunicação empática e o estabelecimento de um contacto que permitisse "*criar laços de confiança*", tal como evidência Hesbeen (2001, p. 23), reconhecendo o valor da comunicação como necessidade para aceder e atender com dignidade a todas as dimensões da pessoa (QUERIDO; SALAZAR; NETO, 2010).

### 3. CONCLUSÃO

O presente Relatório foi elaborado com base nos objetivos gerais e específicos delineados ao longo da concretização do Estágio e nas competências inscritas no Regulamento Geral do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este documento visa dar a conhecer a capacidade de identificar e analisar problemas, desenvolver estratégias, implementar soluções, demonstrar a capacidade de refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais, pelo que, mais do que um documento ilustrativo da aprendizagem tida no decorrer do Estágio, este Relatório assume-se também como um documento ilustrativo do culminar de um percurso de aprendizagem e enriquecimento profissional e pessoal, tendo permitido a mobilização de conhecimentos e desenvolvimento de competências. Neste contexto, importa tomar consciência da importância de aquisição e desenvolvimento de competências não apenas científicas e técnicas, como éticas e relacionais, tornando-se o espírito crítico e a reflexão em instrumentos necessários ao desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina, fundada em Paradigmas, Modelos, Teorias e Conceitos próprios que lhe conferem identidade e rigor científico enquanto ciência e disciplina.

Porém, como aspeto introdutório deste percurso, dou relevo às questões que, de algum modo, motivaram o percurso percorrido, a reflexão, a preocupação, o sentido crítico, e também, a responsabilidade sobre compreender aquelas que seriam as competências a adquirir ou a desenvolver ao longo do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - como poderei eu adquirir as competências preconizadas pelo curso, em tão pouco tempo? Estarei eu ao nível daqueles que considero competentes, com um corpo de conhecimentos especializado? Para tal foi necessário entender o processo de aprendizagem ao longo do curso, enquanto projeto de aquisição e desenvolvimento de competências. Segundo Guy Le Boterf, a formação não produz competências e cabe a cada indivíduo construir e definir as suas competências. Deste modo, considera-se a formação como um recurso à construção e aquisição dessas mesmas competências. Ou seja, a formação produz aquisição de informação, de capacidades, de conhecimentos, que posteriormente se transformarão. Se se desejar produzir competências *“é necessário conseguir controlar a qualidade das acções posteriores à formação propriamente dita, é necessário que*

*confirmemos as competências*” (BOTTERF; MEIGNANT, 1996 citado por HESBEEN, 2001, p. 73).

De acordo com o Regulamento Geral dos Cursos Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem – Decreto-Lei n.º 353/1999 de 3 Setembro alterado pela Portaria n.º 268/2002 de 13 de Março, Artigo 12.º - podem candidatar-se à matrícula e inscrição nos cursos os que satisfaçam cumulativamente as seguintes condições: “a) *Ser titular do grau de licenciado em Enfermagem, ou equivalente legal*; b) *Ser detentor do título profissional de enfermeiro*; c) *Ter pelo menos dois anos de experiência profissional como enfermeiro*”. Neste contexto de análise (Artigo 12.º - Condições de Inscrição) dou especial destaque à alínea c) uma vez que a mesma coloca em relevo a necessidade de *experiência profissional*. Devo, por isso, reforçar a necessidade de não apenas considerar a experiência profissional, como elemento necessário à inscrição do curso, como por seu turno, a necessidade de experiência de vida para o entendimento refletido das situações que o próprio curso nos coloca. Por isso, considero o Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais do que um meio de aquisição e desenvolvimento de competências. Considero-o sim, um importante desafio pessoal e profissional.

Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, destacam que “*no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor*” (OE, 2002, p.8), exigindo-se necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados com vista à qualidade em saúde (OE, 2002). Neste contexto, Hesbeen (2001) coloca em ênfase “*tudo aquilo que é vivido, no dia-a-dia, por quem presta cuidados, contribui para enriquecer as suas qualidades. Pelo que requer esforço de reflexão*” (HESBEEN, 2001, p. 64). Assim, segundo o autor a experiência embora contribua para aquisição de uma certa competência e destreza dos gestos executados, por si só, não gera conhecimento, necessitando de ser refletida, discutida e conceptualizada. Por conseguinte, com base na sua experiência, a formação contínua tem como função essencial provocar uma maior abertura do profissional, com vista a “*enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática reflectida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido*” (HESBEEN, 2001, p. 67).

Neste contexto, a reflexão urge como aspeto imprescindível nas profissões que cuidam, uma vez que os prestadores de cuidados possuem “*qualidades especiais*”, qualidades essas de natureza diversa, não estando dependentes unicamente do contexto profissional (HESBEEN, 2001, p. 64). Assim, retomando aquelas que são as condições de inscrição, respetivamente a alínea c), considero que não só a experiência profissional

mas também as experiências vivenciadas como importantes recursos no processo reflexivo e, por sua vez, na conceptualização da Enfermagem enquanto disciplina profissional, cujo objetivo são os conhecimentos que definem e orientam a prática.

Le Boterf (1995) refere-se à competência do indivíduo como sendo uma encruzilhada entre três eixos formados pela *pessoa*, pela sua *formação educacional* e pela sua *experiência* profissional. Assim, seguindo este pensamento, o Enfermeiro Especialista deve ser um profissional reflexivo, capaz de mobilizar todo um conjunto de conhecimentos, evitando uma intervenção fragmentada, descontextualizada e com baixo nível de qualidade. Por seu turno, apesar das dificuldades iniciais sentidas decorrentes da minha falta de experiência profissional em alguns contextos da prática de cuidados, proporcionou o mobilizar de um conjunto de qualidades as quais considero ser definidoras da minha identidade enquanto Enfermeira. As qualidades a que me refiro são: motivação, responsabilidade, iniciativa, pro-atividade, criatividade e persistência. Na minha perspectiva, estas características tornam-se pilares essenciais à construção do meu projeto profissional. De acordo com Josso (1991), “*o projecto profissional pode ser tanto uma maneira de ocupar um lugar social e cultural como pode ser ao mesmo tempo uma forma de distração. Pode ser igualmente uma forma de exprimir a sua posição existencial afirmando-se numa obra que traduz valorizações ou valores e que procura renovar uma prática ou práticas culturais*” (JOSSO, 1991, p. 34).

Poderei, ainda, considerar que a realização do Estágio, e agora culminado na concretização deste Relatório, constituiu-se, segundo a perspectiva de *análise de experiências formadoras* de Josso (2002), uma forma de tomarmos consciência de que algumas vivências assumem, particularmente, uma intensidade mais significativa e que nos fazem refletir e extrair informações úteis para a aquisição e desenvolvimento de competências.

Neste contexto, tomei neste Relatório a particular relevância de evidenciar o Envelhecimento da população portuguesa, o aumento das doenças crónicas evolutivas e incuráveis, como uma problemática social que carece da nossa atenção, enquanto domínio de intervenção da Enfermagem, assumindo por isso, o Enfermeiro, a responsabilidade social de agir em prol dessa problemática (DEODATO, 2014). Por sua vez, às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar estruturas que possibilitem o exercício profissional de qualidade. Se por um lado, as instituições de saúde “*existem para os cidadãos, também os profissionais de saúde em geral, e aqui em particular os enfermeiros, existem para servir os cidadãos*” (OE, 2002).

Desta forma, e indo de encontro ao enunciado por Paul Morrison (2001), acredito que com o “*empenho pessoal*” de cada enfermeiro no *aperfeiçoamento e na mudança, pode-se fazer muito para influenciar positivamente aqueles com quem se trabalha*”

(MORRISON, 2001, p. 23). Desse modo, enquanto Enfermeira Especialista carrego a responsabilidade e a incumbência de ser um agente de mudança nas unidades de cuidados nas quais presto cuidados, não apenas como referência para os restantes pares, mas também como agente capaz de despertar alguns dos Enfermeiros que há muito se acomodaram à profissão como simples meio de aquisição de um salário, esquecendo-se na sua maioria, do empenho necessário à prática da Enfermagem fundada numa PBE, pelo que, torna-se imperioso uma atitude permanentemente reflexiva e interrogativa sobre as práticas por parte dos Profissionais de Enfermagem e uma consequente abertura de aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências. Este Relatório, representa, assim, o culminar de um percurso de aprendizagem e enriquecimento profissional e pessoal que, face as competências adquiridas e apesar das dificuldades sentidas, contribuiu para melhorar o meu desempenho profissional.

Contudo, de reforçar conforme descrito por Rabiais (2013) uma das dimensões que parece apontar na concretização desses objetivos é “*o desenvolvimento do pensamento crítico durante o processo educativo*” (RABIAIS, 2013, p. 89). Segundo Schön (1983; 1987; 1992; 1994; 2000), citado por Rabiais (2013) trata-se pois, da reflexão na e sobre a ação, assumindo-se como promotora de experiências significativas, numa perspetiva de construção do saber pelo processo de transformar o pensamento na prática numa aprendizagem que pode ajudar a transformar, a integrar e a modificar as abordagens nessa mesma prática (RABIAIS, 2013).

Tal como enuncia Mègre (2001), é importante que os enfermeiros façam uma análise das suas práticas, de modo a que fiquem capacitados de perspetivar transformações que gradualmente reformularão o seu quadro de referência, introduzindo assim, uma brecha na rotina de pensamento e ação. Assim, importa salientar a consciência crítica que vim desenvolvendo nos diferentes contexto de Estágio em causa, segura que este será um meio impulsionador ao desenvolvimento e ao aperfeiçoamento de competências.

“Não devemos subestimar a própria capacidade de mudar as coisas, especialmente quando se trabalha em pequenos grupos. Há quem esteja disposto a assumir responsabilidades e trabalhar duramente para fazer com que as coisas aconteçam. A adoção da atitude aqui descrita implica mudar as suas atitudes.”

Morrison, 2001

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, Avelyn (1994) – **Ser Enfermeira**. Edições Instituto Piaget. ISBN: 972-9295-86-7

ALVES, Diana (2013) – O Impacto da Doença Oncológica na Família. **Portal dos Psicólogos** [em linha].ISSN 1646-6977. Acedido a 14/04/2015.

Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0327.pdf>

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (2006) - **Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: recomendações da ANCP** (Março 2006, p. 1-22)

BENNER, Patrícia (2001) – **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X

CANÁRIO, Rui (1999) – **Educação de Adultos: Um campo e uma problemática**. Lisboa: Educa. ISBN 972-8036-21-3. p. 109-117

CAPELAS, Manuel Luís (2009) – Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. **Cadernos de Saúde**. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. **ISBN: 977164705500594**. Vol. 2, nº 1 (2009). p.51-57

CAPELAS, Manuel; NETO, Isabel (2010) – Organização de Serviços. In: BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN: 978-972-9349-22-5

CASTRO, Susana (2008) – **Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio**. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

CERQUEIRA, Andreia; GOMES DA COSTA, Fernanda; LEAL, Fernanda; NUNES, Lucília (2014) – **Didática em Enfermagem: Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem**. Setúbal: Departamento Enfermagem. ESS/IPS. ISBN: 978-989-98206-2-3

CHALIFOUR, Jacques (2008) – **A intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075

COLLIÈRE, Marie-Françoise (2003) – **Cuidar... A primeira arte da vida**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-53-3. p. 66-70.

CARPER, Barbara (1978) - Fundamental patterns of knowing in nursing. **Advances in Nursing Science**, Gaithersburg. Vol. 1, N.º 1. p. 13-23

COMISSÃO EUROPEIA (2011). Acedido em 05/01/2016

<http://ec.europa.eu/eurostat/>

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2012) – **Combater a desigualdade: da evidência à ação**. Lisboa: Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros.

COSTA, José dos Santos (2004) – Métodos de Prestação de Cuidados. **Revista Millenium**. ISPV – Escola Superior de Enfermagem de Viseu. N.º 20 (Outubro 2004). p. 234-251

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004) – **Circular Normativa N.º 14**. 13/07/2004)

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM (1948) [acedido a 15 Dezembro 2014]. Disponível em:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>

DEODATO, Sérgio (2008) – **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade**. Coimbra: Edições Almedina. ISBN: 978-972-40-3401-0

DEODATO, Sérgio (2014) – **Decisão Ética em Enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir**. Coimbra: Edições Almedina. ISBN 978-972.40-5226-7

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Direcção de Serviços de Planeamento (2003) - **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. ISBN: 972-675-097-0

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2005) - **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2014) – **Portugal: Doenças Oncológicas em números 2014**. Lisboa: DGS. ISSN 2183-07

DOWN, Thérèse (2002) – Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto. In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile (2002) – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6. p. 481-496

DURO, Susana (2013) – **Cuidar da Família ao Longo da Vida**. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN: 978-972-54-0372-3

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2009) – **Estudo sobre os Conceitos de “Serviço de Urgência” e “Serviço de Atendimento Permanente” em Estabelecimentos Prestadores de Cuidados de Saúde Não Públicos**.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2015) – **Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos**.

ESPÍRITO SANTO, Fátima; PORTO, Isaura (2006) - De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Revista Referência**. Vol 10. Nº3. P. 539-546

EYRE, Sharon (2010) - Supporting informal carers of dying patients: the district nurse's role. **Nursing Standard**. Vol. 24, nº 22. p. 43-48. Acedido em 16/04/2015.

Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=92f5e730-062b-41fe-891d1c39e7dc6643%40sessionmgr114&vid=0&hid=110&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=20222376>

FEIO, Madalena (2010) – Ano da Graça de 2003-2004: Morrer com Cancro no Hospital do Espírito Santo de Évora. **Revista Portuguesa de Filosofia**. Braga. ISSN 0870-5383. Vol. 66, Fascículo 2. p. 369-381

FERNANDES, Olga (2007) – **Entre a Teoria e a Experiência: Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-36-3. p. 57-115

FERREIRA; DIAS (2010) – Os Cuidados Paliativos em Contexto Domiciliário pelo Olhar do Estatístico. **Revista Portuguesa de Filosofia**. Braga. ISSN 0870-5383. Vol. 66, Fascículo 2. p. 369-381

FIGUEIREDO, Amélia Simões (2004) – **À Conquista de Uma Identidade. Enfermeiros Recém-Formados, entre o Hospital e o Centro de Saúde**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN:972-796-152-5

FLEURY, Maria Tereza; FLEURY, Afonso (2001) - Construindo o conceito de competência. **Revista Administração contemporânea**. Curitiba. ISSN 1982-7849. Vol.5. p. 183-196.

FLORIANI, Ciro; SCHRAMM, Fermin (2006) – Cuidador do Idoso com Câncer Avançado: Um Ator Vulnerado. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 22, nº 3 (Março 2006). p. 527-534

FRADE, Marta (1998) – **Da intenção de mudar à mudança – um caso de intervenção num grupo de enfermeiras**. Porto: Imprensa Portuguesa. ISBN: 972-51-0760-8

FRAGATA, José (2006) – **Risco Clínico: Complexidade e Performance**. Coimbra: Edições Almedina. Depósito-Legal: 242854/06

GAGO, Esperança; LOPES, Manuel (2012) – Cuidados domiciliários – interação do enfermeiro com a pessoa idosa/família. **Acta Paulista Enfermagem**. Vol. 24, nº 1 (2012). p. 74-80

GIVEN, Barbara et al (2012) – Family and Caregiver Needs over the Course of the Cancer Trajectory. **Journal Supportive Oncology**. Vol. 10, nº 2 (Março 2012) p. 57-64

GOMES, Andreia; OLIVEIRA, Ângela; PIRES, Cláudia; RAMOS, Elisabete; ALVES, Emanuela. - Comunicação em enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-0844. Nº 69 (Novembro 2006) p. 23-28

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM. Acedido em 15/02/2016.

<http://www.grupoportuquestriagem.pt/>

HANSON, Shirley (2005) - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família**. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 974-8383-83-5

HESBEEN, Walter (2000) – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8. p. 37-39.

HESBEEN, Walter (2001) – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-20-7. p. 3-77

HONORÉ, Bernard (2004) - **Cuidar: Persistir em Conjunto na Existência**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-58-4

JACK, Barbara et al. (2013) - Supporting home care for the dying: an evaluation of healthcare professionals' perspectives of an individually tailored hospice at home service. **Journal of Clinical Nursing** [em linha]. Vol. 22, p. 2778-2786. Acedido em 16/04/2015. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=0ab38144-2d41-4892-95f1f0f25cba3b98%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4114&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=23600967>

JORGE, Ana Maria (2004) – **Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-79-7.

JOSSO, Marie-Christine (1991) – **Procura de Formação, projecto de formação, projecto profissional como desafios de uma formação criativa e experiencial a explicitar e acompanhar**. Paris, L'Harmattan. Tradução de Maria Teresa Gouveia Magão, com revisão da autora do texto.

JOSSO, Marie-Christine (2002) – **Experiências de Vida e Formação**. Lisboa: Educa. ISBN: 972-8036-38-8

KYBLER-ROSS, Elisabeth (1998) – **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins e Fontes. ISBN: 85-336-0963-9

LÁZURE, Hélène (1994) - **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lusodidacta, Lisboa. ISBN 972-95399-5-2

LIMA, Cristina (2005) - Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distansia. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**. Vol. 13, nº 2 (Abril 2006) p. 79-82.

LIMA, Filipe (2013) – Necessidades do Familiar/Cuidador do Doente Oncológico Paliativo. **Revista de Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN: 2182-9764. 2ª Série, nº 4 (Agosto 2013). p. 38-47

LOURENÇO, Cidolina (2011) – Confiança versus Desconfiança na Relação de Cuidar: Confiança Enfermeiro-Cliente, um Conceito em Construção no CHLN-HPV. **Pensar Enfermagem**. Vol 15, nº 2 (2011). p. 3-13

MACEDO, Ana et al. (2008) – Perfil da Doença Oncológica em Portugal: Racional, Objectivos e Metodologia – Estudo Perfil. **Acta Medica Portuguesa**. Vol. 21, nº 4 (2008). p. 329-334

MARQUES DA SILVA, Daniel; BATOCA, Ernestina (2003) – **O conhecimento científico e a enfermagem**. Revista Millenium. Nº 27.P. 61-66

MATOS, Pedro; PEREIRA, Maria da Graça (2005) – Áreas de Intervenção na Doença Oncológica. In: PEREIRA, Maria da Graça; LOPES, Cristiana – **O Doente Oncológico e a Sua Família**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-195-9

MÉGRE, Paula (2001) – “Chamem a Polícia de Estremoz!”. **Nursing**. Nº 160 (Novembro 2001). p. 17-26.

MEHTA, Anita et al. (2011) - Striving to Respond to Palliative Care Patients' Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 38, nº 1. p. 37-45. Acedido em 16/04/2015

Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=19105e0a-ee90-43a6-b54ccc2fc5ccb1%40sessionmgr114&vid=0&hid=110&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=21186150>

MENDES, João (2006) – A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados. **Revista de Formação Continuada de Enfermagem – Informar**. Anexo XII, nº 36 (Janeiro/Junho 2006). p. 71-77

MOREIRA, Isabel (2001) – **O Doente Terminal em Contexto Familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família**. Coimbra. Formasau. ISBN: 972-8485-22-0

MOREIRA, Carlos; MOLEIRO, Maria; TOMÁS, Maria (2000) - Importância da comunicação no desmame dos doentes submetidos a ventilação mecânica. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 32 (Setembro 2000), p. 19-23

MOURA, Cláudia (2006) – **Século XX: século do envelhecimento**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8930-34-8

MORRISON, Paul (2001) – **Para Compreender os Doentes**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN:972-8449-9-6. p. 23-163

NETO, Isabel (1993) – Cuidados Paliativos ao doente terminal. **Revista Portuguesa da Clínica Geral**. Vol.10, nº6 e 7. p.154-159

NETO, Isabel (2010) – Agonia. In: BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN: 978-972-9349-22-5. p. 389

NOGUEIRA, Maria Assunção (2003) – **Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

NUNES, Lucília (2008) – **Fundamentos Éticos da Deontologia Profissional**. Revista Ordem dos Enfermeiros. ISSN 1646-2629. Nº 31 (Dezembro 2008). p. 35-47. [acedido a 16 Dezembro 2014].

Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe\\_31\\_dezembro\\_2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_31_dezembro_2008.pdf)

NUNES, Rui (2008) – **Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais**. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Serviço de bioética e Ética Médica. p. 1-9

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE CUIDADOS PALIATIVOS. Acedido em 13/03/2016  
<http://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=3e5d6abebfc3437db712974da624ec6a>

OLIVEIRA, Célia; LOPES, Manuel José (2010) – Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. **Pensar Enfermagem**. Vol. 14, nº 1 (2010). p. 67-74

OLIVEIRA, Paulo (2011) – **Vivências dos Doentes Familiares em Relação às Visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos**. Dissertação de Mestrado. Fevereiro 2011. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho Jurisdicional (2001) – **Parecer CJ/20: Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias**.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem (2002) – **Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Maio 2010. **Regulamento n.º 122/2011 de 18 Fevereiro 2011**.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Outubro 2010. **Regulamento n.º 124/2011 de 18 Fevereiro 2011**.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho Internacional dos Enfermeiros (2011) - **CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Santa Maria da Feira: Rainho e Neves, Lda. ISBN: 978-92-95094-35-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho Jurisdicional (2015) – **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Outubro 2015).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005) - **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: Organização Mundial de Saúde. ISBN 92 4 156300 1

PASCOINHO, Ana Filipa (2011) – Cuidadores informais de idosos com patologia oncológica: Dificuldades e estratégias de coping no processo de cuidar. **Onco.New** (Portuguese Association of Oncology Nursing) [em linha].Nº16. p. 14-22. ISSN 1646-7868. Acedido em 16/04/2015.

Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=6b65d579-83f3-4711-a18740e2829ea4ff%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4114&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=ccm&AN=2011204154>

PEREIRA, Maria da Graça; LOPES, Cristiana (2005) – **O Doente Oncológico e a Sua Família**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-195-9

PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3

PONCE, Pedro (2002) - Cuidados intensivos. O paradigma da nova medicina tecnológica. **Análise Social**. Vol. 38, nº 166 (2002) p. 139-153.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque (2001) – **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8717-07-5

QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena; NETO, Isabel (2010) – Comunicação. In: BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN: 978-972-9349-22-5. p. 461-485

RABIAIS, Isabel (2013) – **Processos de Aprendizagem de Cuidar dos Estudantes de Enfermagem**. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento.

RICOEUR, Paul (1997) – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 9789728407186

SÁ, Florinda; BOTELHO, Maria Antónia; HENRIQUES, Maria Adriana (2015) – Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. **Pensar em Enfermagem**. Vol. 19, nº 1 (1º Semestre 2015). p 31-46

SÁ-CHAVES, et al., (1997) – **Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional**. Porto: Porto Editora. ISBN: 972-0-34723-6. p. 11-54

SANCHEZ, Keila et al. (2010) – Apoio Social à Família do Paciente com Câncer: Identificando caminhos e direcções. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. Vol. 63, nº 2, p. 290-299.

SERRANO, Maria Teresa, COSTA, Arminda, COSTA, Nilza (2011) - Cuidar em enfermagem: Como desenvolver a (s) competência (s). **Revista de Enfermagem Referência**. Vol. 3, nº 3 (Março 2011), p. 15-23.

SHEEHY, Susan (2001) – **Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática**. 4ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-16-9

SILVA, Kênia et al. (2014) – Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: implicações para o processo de formação. **Ciência Cuidado e Saúde** [em linha]. Vol. 13, nº 3 p.503-510. Acedido em 16/04/2015.

SIMÕES, Rosa; RODRIGUES, Manuel (2010) – Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doente em fim de vida. **Escola Anna Nery**. Vol 14, nº 3 (p. 485-489)

SOUSA, Janaina; ALVES, Elioenai (2015) - Cuidados paliativos de enfermagem na atenção domiciliar. **Rev Enfermagem UFPE**. Vol. 9, nº2. p. 669-676. ISSN 1981-8963

SOUSA, Patrícia Pontífice (2014) – **O Conforto da Pessoa doente: Projeto de Vivência e Cuidado Co-Criado**. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN: 978-972-54-0440-9

TEIXEIRA, Luís (2012) – **Valoração da Vontade Anteriormente Manifestada: da perspectiva dos enfermeiros na tomada de decisão sobre o cuidar em fim de vida**. Lisboa: Faculdade de Medicina. Dissertação de Mestrado.

TWYXCROSS, Robert (2003). **Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-093-6

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile (2002) – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6. p. 3-34

UCP-ICS (2015) – **Guia Orientador de Estágio**. Prof.<sup>a</sup> Manuela Madureira, Prof.<sup>a</sup> Patrícia Pontífice Sousa, Prof.<sup>a</sup> Isabel Rabiais.

VIEIRA, Margarida (2008) – **Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência**. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN: 978-972-54-0195-8. p. 112-113.

WATSON, Jean (2002) – Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar: Uma teoria de Enfermagem. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9. p. 51-57

#### **LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA:**

Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril – **Código Deontológico do Enfermeiro (CDE)**

Decreto-Lei 104/1998, de 21 de Abril (alternado e republicado como Anexo à Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE)**

Decreto-Lei 161/1996, de 4 de Setembro – **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)**

Decreto-Lei 353/1999, de 3 de Setembro alterado pela Portaria n.º 268/2002 de 3 de Março – **Regulamento Geral dos Cursos Pós-Licenciaturas de Especialização em Enfermagem**

Decreto-lei n.º 136/2015, de 28 de Julho – **Rede Nacional de Cuidados Integrados**

Despacho n.º 18 459/2006, de 30 de Julho de 2006 alterado pelo Despacho n.º 727/2007, de 18 de Dezembro de 2006 - **Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)**

Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro de 2012 – **Lei de Bases dos Cuidados Paliativos**

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro de 2015 – **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros** (segunda alteração ao estatuto aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril de 1998)



## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I**

*Tapetes de Rato*

Via Subcutânea



## VIA SUBCUTÂNEA

Butilescopolamina  
Dexametasona  
Diclofenac  
Furosemida  
Haloperidol  
Levomepromazina  
Metoclopramida  
Metadona  
Midazolam  
Morfina  
Octreotido  
Ondasetrom  
Ranitidina  
Tramadol

**RISCO de Necrose  
Tecidual**

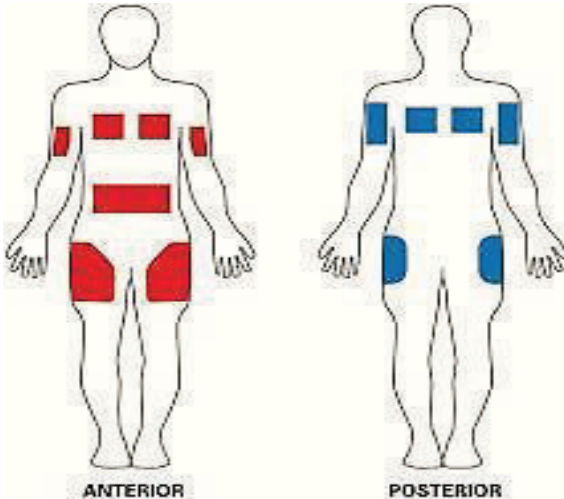
Diazepam  
Clorpromazina  
Pamidronato  
Digoxina  
Fenitoína  
**Antibióticos\***



\* **Exceção** para 1) Ceftriaxone, 2) Ertrapenem e 3) Cefepima

- 1) 1g diluído em 3ml de Clorhidrato de Lidocaína 2%
- 2) 1g diluído em 100cc de Cloreto de Sódio 0,9% (30min PC)
- 3) 1g diluído em 50cc de Dextrose 5% em H2O (30min PC)

## VIA SUBCUTÂNEA

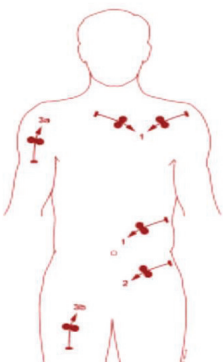


Qual o tempo de permanência da agulha no local ?

Dexametasona : 3dias  
ATB: 5dias  
Soros e outros: 7 dias

Qual o volume máximo de soros a ser administrado ?

Volume/máx a administrar (24h) ≤ 1500ml a 3000ml



### ATENÇÃO!

Não há necessidade de fazer lavagem do sistema entre os vários fármacos numa mesma administração (pós utilização lavagem do sistema com SF – 0,5ml a 2ml de acordo com volume da tubuladura)

# VIA SUBCUTÂNEA

## HIPODERMOCLISE

- ✓ Preferencialmente soluções salinas (0.9% ou 0.45%)
  - ✓ Dextrose 5% em SF

Ocasionalmente pode haver maior tumefacção local.

- ✓ Lactato de Ringer (situações muito pontuais);
  - ✓ Pode adicionar-se 20 a 40mmol de KCl/l.



**Máximo 3000ml/24h**  
**(1000 a 1500ml a cada local de punção)**

**A velocidade de infusão deve ser regulada 25 a 100ml/h**

# VIA SUBCUTÂNEA

## COMPATIBILIDADES

	Butilescopolamina	Dexametasona	Diclofenac	Furosemida	Haloperidol	Levomepromazina	Metadona	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotido	Ondasetron	Ranitidina	Tramadol
Butilescopolamina								1						
Dexametasona		2												
Diclofenac			3											
Furosemida				3										
Haloperidol														
Levomepromazina														
Metadona														
Metoclopramida	1													
Midazolam														
Morfina														4
Octreotido														
Ondasetron														
Ranitidina														
Tramadol										4				

- Compatível
- 1 Apesar de compatíveis, são antagonistas na sua acção terapêutica
- 2 Incompatível com todos os fármacos na mesma seringa, excepto se forem doses muito baixas (1mg/24h)
- 3 Incompatível com todos os fármacos na mesma seringa
- 4 Apesar de compatíveis não está indicada a administração destes 2 opióides em simultâneo

# VIA SUBCUTÂNEA

## FÁRMACO

## INDICAÇÕES

<b>Butilescopolamina</b>	Farfalheira, estertor, obstrução intestinal, dor tipo cólica
<b>Dexametasona</b>	Dispneia, dor por compressão, compressão medular, obstrução intestinal, vômitos
<b>Diclofenac</b>	Febre, dor óssea
<b>Furosemida</b>	Farfalheira, edemas, HTA
<b>Haloperidol</b>	Náuseas, vômitos, agitação, confusão, delirium
<b>Levomepromazina</b>	Náuseas, vômitos, agitação
<b>Metadona</b>	Dor
<b>Metoclopramida</b>	Náuseas, vômitos (contra-indicado se obstrução intestinal), hipos, sensação de enfartamento
<b>Midazolam</b>	Convulsões, agitação, delirium, ansiedade
<b>Morfina</b>	Dor, dispneia, diarreia
<b>Octreotído</b>	Náuseas, vômitos
<b>Ranitidina</b>	Redução da secreção gástrica e de ácido, diaforese
<b>Tramadol</b>	Dor





## **APÊNDICE II**

### *Procedimento*

Administração por Via Subcutânea



# PROCEDIMENTO À ADMINISTRAÇÃO POR VIA SUBCUTÂNEA

PROCEDIMENTO Nº \_\_\_\_\_

1.

## 1.1. Definição:

- A via subcutânea (SC) consiste na infusão de fluidos no tecido subcutâneo
- A absorção é mediada por forças hidrostáticas e osmose que permitem que a solução atinja o espaço intravascular.

## 1.2. Indicações:

- Via oral inviável;
- Má absorção gastrointestinal (Ex. doente com ileostomia);
- Náuseas e vômitos;
- Fármacos contraindicados por via oral ou com resposta terapêutica insatisfatória por essa via;
- Sinais de toxicidade farmacológica (passar da via oral para a via SC com redução de dose);
- Sedação;
- Doentes em fase agónica.

## 1.2. Contra-Indicações:

- Anasarca;
- Hemorragia aguda profusa;
- Membros em que foi realizada disseção ganglionar;
- Tecidos próximos de cicatrizes ou irradiados (destruição da circulação linfática).

## 1.3. Vantagens:

- Não existe risco de hemorragia, embolia ou sépsis;
- Técnica simples, eficaz, de fácil utilização, pouco dolorosa;
- Conforto do doente – menor interferência na mobilidade e promoção da autonomia do doente
- Índice de absorção semelhante ao da via IM;
- Biodisponibilidade sobreponível à da via IV;
- Manutenção de concentrações plasmáticas de fármacos estáveis;
- Auto-administração/admministração por parte de cuidadores informais;
- Administração de um ou mais fármacos em simultâneo por infusão;
- Baixo custo económico.

#### 1.4. Efeitos adversos (habitualmente raros – 2% a 3%)

##### Como proceder:

- **Edema local (fisiológico após administração, absorve espontaneamente) se não reverter:**
  - Diminuição do ritmo de infusão, parar infusão, fazer rotação de local de punção;
- **Eritema local (fisiológico após administração, reverte espontaneamente) se não reverter:**
  - Determinar etiologia (alergia ao fármaco/agulha/penso), pode manter-se a punção quando ausência de desconforto, fazer rotação de local de punção;
- **Dor/Desconforto local:**
  - Diminuição do ritmo de administração/infusão.
- **Punção de vasos:**
  - Remoção da agulha e rotação do local de punção.
- **Saída acidental da agulha:**
  - Parar infusão, rotação de local de punção;
- **Farfalheira:**
  - Diminuição do débito/suspensão da infusão;
- **Inflamação dos tecidos:**
  - Parar infusão, retirar agulha, rotação do local de punção.
  - Previne-se com: técnica correcta, rotação de local de punção com frequência;

#### 1.5. Locais de eleição para punção:

- Parede abdominal;
- Face anterior do tórax;
- Região escapular;
- Face externa do antebraço;
- Face anterior da coxa.

#### 1.6. Locais a excluir:

- Tecido mamário
- Tecido tumoral;
- Membro com linfedema/edema;
- Parede abdominal se apresentar ascite;
- Proeminências ósseas;
- Pele previamente irradiada;
- Locais próximos de articulações;
- Pele com infecção, ou alteração da integridade.

## 2.

### 2.1. Material a utilizar:

- Tabuleiro;
- Solução alcoólica a 70%/Clorhexidina a 0,5%;
- Compressas não esterilizadas;
- Agulha epicraneana (Butterfly®) calibre 23G a 27G/Agulha Teflon com sistema de segurança com adaptador em Y (BD Saf-T-Intima)
- Seringa com soro fisiológico
- Penso transparente para cateterismo periférico;
- Luvas não esterilizadas

### 2.2. Técnica:

- Explicar ao cliente o procedimento;
- Selecionar o local mais favorável;
- Desinfectar local com solução alcoólica;
- Fazer prega cutânea entre polegar e indicador;
- Introduzida a agulha a 45º na base da prega com o bisel para cima
  - Se agulha epicraneana deve-se rodar o bisel para baixo após inserção
- Fixar com penso transparente para cateterismo periférico.
- Colocar data da colocação/troca da agulha.

### 2.3. Aspectos a considerar:

- A agulha pode permanecer até 7 dias;
  - Atendendo ao fármaco ou à sua concentração, pode ser necessário a rotação de local.
    - Dexametasona – cada 3 dias;
    - Antibiótico (Ceftriaxone/Cefepima/Ertrapenem) – cada 5 dias
    - Soros e outros – cada 7 dias.
- A colocação da agulha deve ser tão próxima quanto possível (permitir difusão e absorção mais rápidas);
- A rotação de local de punção deve ser no mínimo com 5cm de distância, o ideal é optar por um local mais distante;
- Quando se punciona a parede abdominal, a agulha deve ser inserida lateralmente, para evitar que o doente se pique ao se mobilizar;
- Explicar ao paciente o que se está a administrar;
- Após administração, preencher o sistema com soro fisiológico (0,5cc a 2cc, de acordo com volume da tubuladura);
- Não há necessidade de limpar o sistema com soro fisiológico entre os vários fármacos numa mesma administração;
- Poderá justificar-se a colocação de mais do que uma agulha para situações como:
  - Administração de mais de 3 fármacos;
  - Administração de fármacos incompatíveis;

Elaborado por:

Enf. Marlene Espírito Santo

(Estudante de Especialidade MC da Universidade Católica Portuguesa)

Junho/2015

- Administração de grandes volumes.
- A colocação da agulha é da responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde. A administração pode ser praticada por cuidadores informais (domicílio).
- Vigiar sinais inflamatórios locais e existência de sangue na tubuladura.

### **3. HIPODERMOCLISE**

#### **3.1. Definição:**

A Hipodermoclise consiste na administração de soros por via subcutânea.

#### **3.2. Indicações**

A administração de soros por hipodermoclise está indicada para:

- Prevenção e correcção de sinais de desidratação leve a moderada em adultos – Geriatria e Cuidados Paliativos;
- Prevenção e correcção de sinais de desequilíbrio electrolítico;
- Doente com acessos IV difíceis ou impraticáveis;
- Doentes com via oral condicionada: náuseas ou vômitos, obstrução intestinal, disfagia.

#### **3.3. Contra-Indicações:**

- Distúrbios da coagulação;
- Edema pulmonar;
- Grandes volumes de fluídos:
  - Desidratação severa
  - Choque
  - Desiquilíbrio electrolítico severo

#### **3.4. Vantagens:**

- Baixo custo económico;
- Técnica simples
- Baixo risco de causar complicações como:
  - Edema pulmonar;
  - Sobrecarga de fluídos;
  - Tromboflebite;
  - Infecção sistémica ou septicemia.
- Sem necessidade de internamento.

#### **3.5. Limitações:**

- Ritmo de absorção habitual 1 a 2 ml/min
- Edema na zona puncionada
- Possibilidade de reacção local aos fluidos

### **3.6. Tipos de fluidos a administrar:**

- Preferencialmente soluções salinas (0,9% a 0,45%)
- Dextrose em soro a 5%
  - Ocasionalmente pode haver maior tumefacção local.
- Pode adicionar-se 20 a 40 mEq de KCL
- Lactato de ringer (situações muito pontuais)

### **3.7. Efeitos adversos possíveis:**

- Ligeiro edema subcutâneo
- Eritema ou tumefacção local
- Desconforto local
- Celulite (muito raro)
- Agravamento das secreções da árvore brônquica/farfalheira.

### **3.8. Material a utilizar:**

- Acesso subcutâneo;
- Balão de soro;
- Sistema de administração de soro
- Regulador de gotas.

### **3.9 Aspectos a considerar:**

- O volume a administrar nas 24h poderá ser até 1500ml
  - Região do tórax e abdómen têm maior capacidade de absorção de fluidos.
- A velocidade de infusão deve ser regulada com um controlador de gotas, 25 a 100ml/h.



### **APÊNDICE III**

*Sessão de Formação Serviço de Urgência*

Via Subcutânea



**CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**  
**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Estágio – Módulo I  
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE – HOSPITAL DE SANTA MARIA

SERVIÇO DE URGÊNCIA  
13 de Abril a 06 Junho

# VIA SUBCUTÂNEA



**Marlene Espírito Santo**

**Professora Orientadora: Prof. Doutora Isabel Rabiais**  
**Orientadora Clínica: Enfermeira Especialista Sónia Lima**

SERVIÇO DE URGÊNCIA Estágio I

1



## SERVIÇO DE URGÊNCIA

E

## CUIDADOS PALIATIVOS

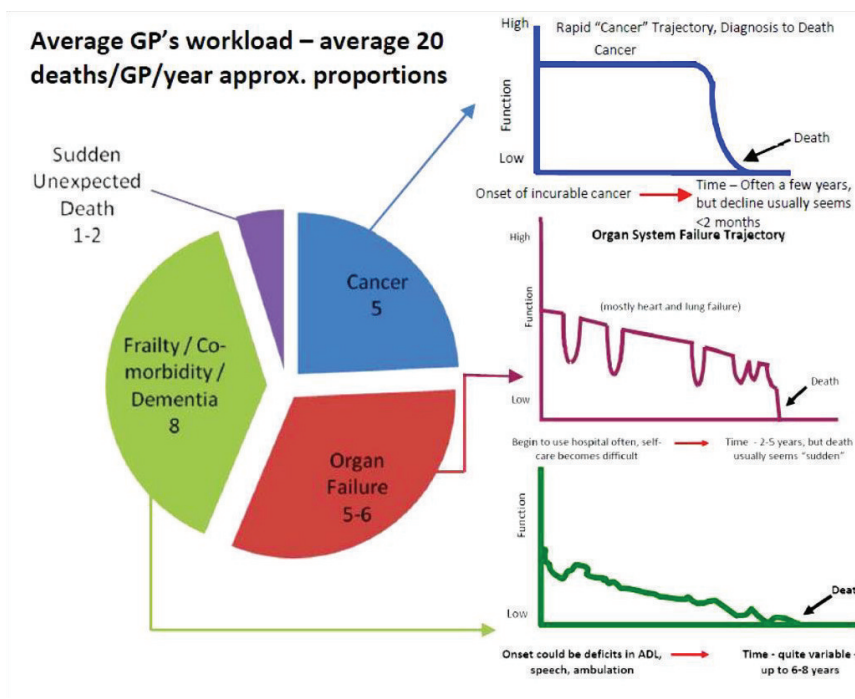
? ? ?

SERVIÇO DE URGÊNCIA Estágio I

2



# MORTE E TRAJECTÓRIA DE DOENÇA



SERVIÇO DE URGÊNCIA Estágio I

3



# FASES DA EVOLUÇÃO DA DOENÇA

## *Australian National Sub-acute and Non-acute Patient (AN-SNAP) Classif.*

- **Aguda** – refere-se a uma fase de desenvolvimento inesperado de um problema ou em que há um aumento significativo na gravidade dos problemas já existentes;
- **Em deterioração** – fase em que ocorre um desenvolvimento gradual de problemas, sem que haja necessidade de uma alteração súbita no manejo da situação; são doentes que não estão ainda na fase seguinte;
- **Agónica** – diz respeito à fase em que a morte está iminente, numa previsão de horas ou dias (agonia), e não se prevêem intervenções agudas;
- **Estável** – nesta fase incluem-se os doentes que não estão em nenhuma das fases anteriores.
- **De luto** – para os familiares

SERVIÇO DE URGÊNCIA Estágio I

4



# FASES DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

	Duração	Mobilidade	Intenção Trat. Paliativo	Princípios
<b>Reabilitativa</b>	Meses/ anos	Mantida	Restaurar autonomia; controlo sintomático	Possibilidade de Tratamentos agressivos
<b>Pré-terminal</b>	Semanas/ meses	Limitada	Qualidade de vida possível; controlo sintomático	Apoio Social
<b>Terminal</b>	Dias / semanas	Maior parte do tempo acamado	Máximo conforto	Expectativas realistas; reduzir impacto da D.
<b>Final</b>	Horas/dias	Essencial/ acamado	Cuidados Activos de Conforto	Valorizar, aceitar; aliviar

Adapt. Mueller Busch, 2004



# VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

Oral

Rectal

**Subcutânea (SC)**

Transdérmica (TD)

Transmucosa oral (TO)

Sublingual (SL)

Intravenosa (IV)

Intramuscular (IM)

**SC**

- Infusão de fluidos no tecido subcutâneo
- Absorção mediada por forças hidrostáticas e osmose que permitem que a solução atinja o espaço intravascular

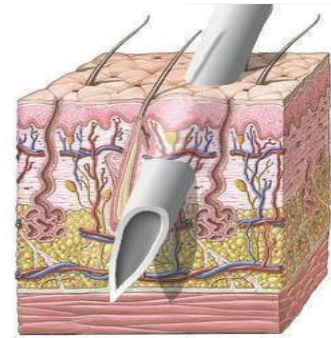
**IM E IV**

- Maior invasibilidade e desconforto
- Doentes crónicos e paliativos frequentemente têm fracas AVP's e apresentam caquexia
- Aumento dos custos do tratamento
- Complicações locais e sistémicas
- Aumento do tempo de internamento



## VIA SUBCUTÂNEA

A vascularização do tecido subcutâneo é similar ao muscular e permite boa difusão e absorção dos fármacos



O **Sistema Linfático** retorna para a circulação cerca de 2 a 4 L de linfa em 24h



## VIA SUBCUTÂNEA: INDICAÇÕES:

- **Via oral inviável;**
- Má absorção GI
- Náuseas e Vômitos graves;
- Fármacos contra indicados por via oral ou com resposta terapêutica insatisfatória;
- Sinais de toxicidade a fármacos;
- Prevenção e Correção de Sinais de Desidratação;
- **Diminuição do nível de consciência, agitação, convulsões;**
- Doente em sedação prolongada;
- **Doentes em fase agônica (horas/dias de vida);**
- Inexistência de outras vias disponíveis;
- Doentes com necessidade de grandes doses de morfina oral;
- Doentes que deambulam e necessitam de soros.



## VIA SUBCUTÂNEA: CONTRA-INDICAÇÕES:

- Anasarca;
- Membros em que foi feita dissecação ganglionar;
- Tecidos junto a cicatrizes operatórias e/ou irradiados (destruição da circulação linfática)
- Administração de soros em grandes quantidades e rapidamente (choque);
- Risco de edema pulmonar.
  
- Pele não íntegra;
- Infecções de repetição nos locais de punção;
- Doentes com necessidade de grandes volumes ou infusões contínuas e prologadas
- Doentes com necessidade de via EV mantida.



## VIA SUBCUTÂNEA VANTAGENS:

- Não existe o risco de hemorragia, embolia ou sépsis.
- Técnica simples, eficaz, de fácil utilização, pouco dolorosa.
- Conforto do doente - Menor interferência na mobilidade e promoção de autonomia do doente.
- Índice de absorção semelhante ao da via IM.
- Biodisponibilidade sobreponível à da via IV.
- Manutenção de concentrações plasmáticas de fármacos estável.
- Menor necessidade de vigilância por possível infecção ou extravazamento
- Permite auto administração / administração por parte da família.
- Administração de um ou mais fármacos em simultâneo por infusão.
- Baixo custo económico



## VIA SUBCUTÂNEA DESVANTAGENS:

- Não permite grandes volumes de líquidos.
- Ritmo de absorção habitual é 1-2ml/min.
- Edema na zona puncionada.
- Possibilidade de reacção local aos fármacos.



## VIA SUBCUTÂNEA EFEITOS ADVERSOS

**Dor / Desconforto local**

**Edema local**

**Anasarca**

**Farfalheira**

**Punção de Vasos**

**Celulite**

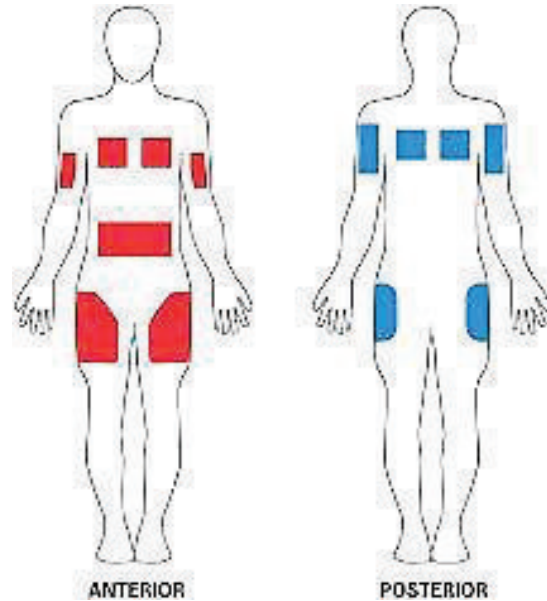
**Saída acidental da agulha**

**Eritema**



## VIA SUBCUTÂNEA: LOCAIS DE PUNÇÃO

- Parede abdominal
- Face anterior do tórax
- Região escapular
- Face externa do braço
- Face externa da coxa



### Locais a excluir:

Tecido mamário;  
Directamente sobre o local do tumor;  
Membro com Linfedema / Edema;  
A parede abdominal se apresentar Ascite;  
Proeminências ósseas;  
Pele previamente irradiada;  
Locais junto a articulações;  
Pele com Infecção, ou alteração da integridade.



## VIA SUBCUTÂNEA: TÉCNICA

1. Desinfectar local com solução alcoólica a 70% ou com Clorohexidina a 0,5%;
2. Fazer prega cutânea entre polegar e indicador;
3. A colocação da agulha deve ser tão proximal quanto possível (permite difusão e absorção mais rápidas - da periferia para o centro do corpo);
4. Introduzida a agulha a 45° na base da prega com o bisel para cima;  
Agulha epicraneana (butterfly) calibre 23G a 27G;  
Agulha Teflon com sistema de segurança com adaptador em Y (BD Saf-T-Intima™);
5. Fixar a agulha e tubuladura com adesivo / Opsite;



## VIA SUBCUTÂNEA: ASPECTOS A CONSIDERAR

Tempo de permanência da agulha no local ?  
Qual o volume máximo a ser administrado ?  
Quantos fármacos administrar?

Dexametasona : 3dias  
ATB: 5dias  
Soros e outros: 7 dias

- ✓ Rotação do local (pelo menos a 5cm de distância)
- ✓ Volume/máx a administrar (24h)  $\leq$  1500ml  
(**ATENÇÃO!** Tórax e abdômen têm maior capacidade de absorção de flúidos)



## VIA SUBCUTÂNEA: ASPECTOS A CONSIDERAR

- ✓ Não há necessidade de fazer lavagem do sistema entre os vários fármacos numa mesma administração (pós utilização lavagem do sistema com SF – 0,5ml a 2ml de acordo com volume da tubuladura)
- ✓ Habitualmente não se administra mais que 3 fármacos na mesma administração.
- ✓ Vigiar sinais inflamatórios locais e existência de sangue na tubuladura;
- ✓ A Via SC é geralmente 2x mais potente que a via oral.
- ✓ Fármacos para aumentar a absorção não são habitualmente necessários (Ex. Hialuronidase)



## VIA SUBCUTÂNEA: FÁRMACOS

São melhor tolerados os medicamentos com pH neutro (ou próximo) e Hidrossolúveis

Fármaco	Indicações
MORFINA	Dor, Dispneia, Diarreia
TRAMADOL	Dor
HALOPERIDOL	Agitação, Náuseas, Vômitos
LEVOMEPRIMAZINA	Vômitos, Agitação
MIDAZOLAM	Agitação, Convulsões, Dispneia
OCTREOTIDO	Estertor, Cólicas
DEXAMETASONA	Dispneia, Dor, Vômitos
METOCLOPRAMIDA	Náuseas, Vômitos
BUTILESCOPOLAMINA	Estertor, Cólicas
DICLOFENAC	Dor óssea, Febre
FUROSEMIDA	Edemas, Crise hipertensiva
ONDASETROM	Náuseas, Vômitos
RANITIDINA	Profilaxia de hemorragia



## VIA SUBCUTÂNEA: FÁRMACOS A NÃO UTILIZAR

Diazepam  
Clorpromazina  
Pamidronato  
Digoxina  
Fenitoína  
Antibióticos\*



RISCO de Necrose Tecidual



\* Exceção para Ceftriaxone, Ertrapenem e Cefepima



## VIA SUBCUTÂNEA: PCSC

- ✓ É comum o uso de três ou mais fármacos combinados numa só seringa;
- ✓ Antes de proceder à mistura é importante conhecer a estabilidade e compatibilidade;
- ✓ Podem ocorrer reacções de toxicidade para o paciente ou inibição dos fármacos.  
Estar a tento a reacções visíveis:  
Precipitação, Alteração da coloração/textura, etc.



## VIA SUBCUTÂNEA: PCSC

	Butilescopolamina	Dexametasona	Diclofenac	Furosemida	Haloperidol	Levomepromazina	Metadona	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotido	Ondasetron	Ranitidina	Tramadol
Butilescopolamina								1						
Dexametasona		2												
Diclofenac			3											
Furosemida				3										
Haloperidol														
Levomepromazina														
Metadona														
Metoclopramida	1													
Midazolam														
Morfina														
Octreotido														
Ondasetron														
Ranitidina														4
Tramadol										4				

Compatível

- 1 Apesar de compatíveis, são antagonistas na sua acção terapêutica
- 2 Incompatível com todos os fármacos na mesma seringa, excepto se forem doses muito baixas (1mg/24h)
- 3 Incompatível com todos os fármacos na mesma seringa
- 4 Apesar de compatíveis não está indicada a administração destes 2 opióides em simultâneo



## VIA SUBCUTÂNEA: HIPODERMOCLISE

**Não** se deve administrar soros hipotônicos;

**Preferencialmente soluções salinas (0.9% ou 0.45%)**

**Dextrose 5% em SF**

Ocasionalmente pode haver maior tumefacção local.

Aconselha-se adicionar 20ml de NaCl a 20%.

**Lactato de Ringer** (situações muito pontuais);

Pode adicionar-se 20 a 40mmol de KCl/L;

Máximo 3000ml/24h (1000-1500ml a cada local de punção)

A velocidade de infusão deve ser regulada com um controlador de gotas, 25 a 100ml/h;



## VIA SUBCUTÂNEA: HIDRATAÇÃO ARTIFICIAL - MITOS

### MITOS

- Tratamento comum para alívio da sensação de sede e fome;
- Família e cuidadores vêm na hidratação parentérica uma forma de demonstrar cuidado e preocupação;
- Estereótipo de Hidratação como padrão mínimo de cuidado;

### Guideline 5

Desidratação, não é necessariamente causa de desconforto. Preocupações com valores analíticos tais como laboratoriais, diurese, parâmetros tencionais, não são objectivos primários);

### Guideline 11

Pode originar / agravar ascite, derrame pleural, edemas periféricos.

### Guideline 12

Não alivia a sensação de sede. Bons cuidados de enfermagem (cuidados à boca) revelam maior eficácia.



## VIA SUBCUTÂNEA: HIDRATAÇÃO ARTIFICIAL - MITOS

### Guideline 13

Pontualmente pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida, mediante o alívio de sinais de NIO (Confusão, agitação, mioclonias) (

### Guideline 14

Hidratação por Via Subcutânea (Hipodermoclise), é a indicada.

TATSUYA MORITA et al, "Development of a National Clinical Guideline for Artificial Hydration Therapy for Terminally Ill Patients with Cancer", JPM, 2007



## CONCLUSÃO

No cuidado a doentes crónicos e em fim de vida , a **VIA SUBCUTÂNEA**:

É a melhor alternativa para:

- ✓ Administração de líquidos (Hipodermoclise);
- ✓ Administração de fármacos (bólus ou Infusão contínua).

Garante os princípios fundamentais:

- ✓ Adequar a via de administração dos fármacos;
- ✓ Adequar e simplificar a medicação.



## CONCLUSÃO

Os Profissionais de Saúde necessitam de:



***“...assegurar que se encontram adequadamente treinados em cuidados paliativos a pessoas idosas, incluindo controlo sintomático e da dor, técnicas de comunicação e coordenação de cuidados.”***

Better Palliative Care for Older People, 6, pp.36 WHO 2004

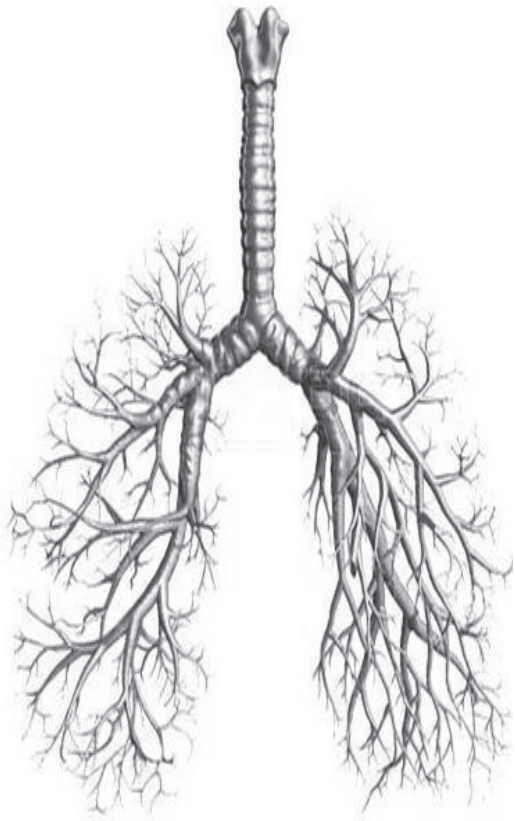


## **APÊNDICE IV**

*Sessão de Formação Unidade de Cuidados Intensivos*

Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido a Ventilação Mecânica Invasiva  
(VMI)





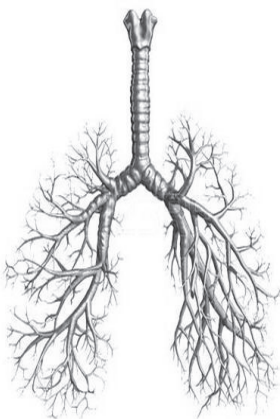
## CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A VMI

Enf. Marlene Espírito Santo  
Sob Orientação da Enf. Especialista Ana Sofia Dias

UCCP/UCI

1

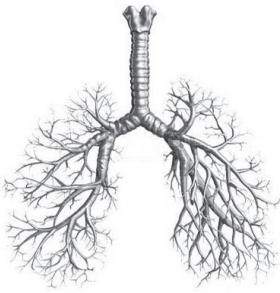
## CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS



1. Conceitos
2. Critérios: Ventilação Mecânica (VM)
3. Vias respiratórias
4. Pneumonia Associada à Ventilação (PAV)
5. 5 Bundle: Cuidados de Enfermagem
  - 5.1. Head of Bed Elevation
    - 5.1.1. Permeabilidade da via aérea comprometida
  - 5.2. Oral Care With Chrohexidine
    - 5.2.1. Higiene oral comprometida
    - 5.2.2. Integridade cutânea/mucosa comprometida
    - 5.2.3. Limpeza das vias aéreas ineficaz
6. Traqueostomia
  - 6.1. Vantagens e Desvantagens
  - 6.2. Cuidados de Enfermagem

UCCP/UCI

2



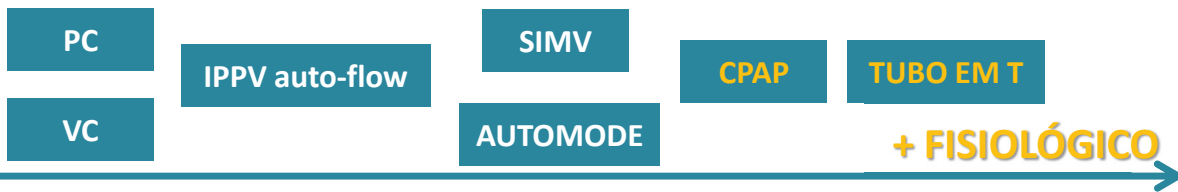
## CONCEITOS

### VENTILAÇÃO MECÂNICA (VM)

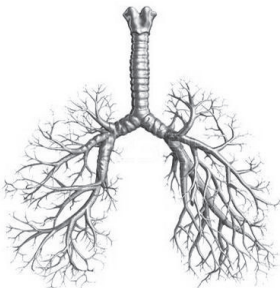
Todo o procedimento de respiração artificial que envolve um aparelho mecânico para ajudar a substituir a função respiratória, podendo desde logo melhorar a oxigenação e influenciar a mecânica pulmonar.

#### VENTILADOR

Dispositivo que assiste os músculos respiratórios no trabalho da ventilação.

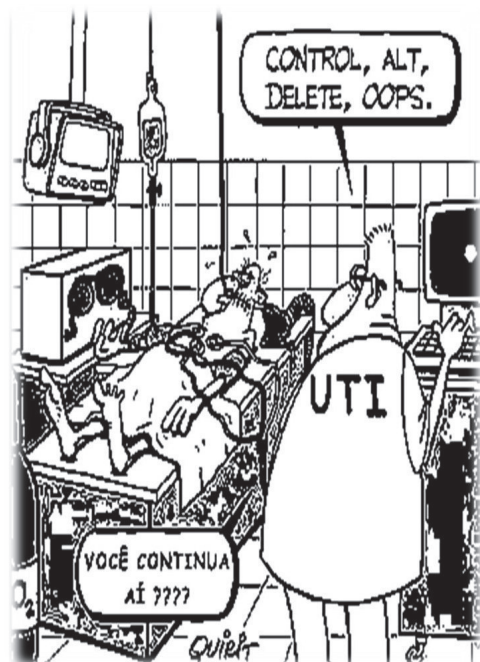


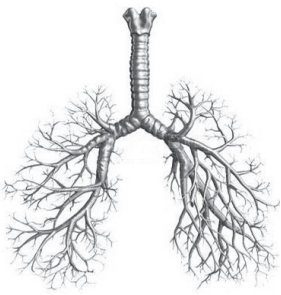
**OBJECTIVO:** Reversão das anomalias da função respiratória enquanto medidas específicas são dirigidas para a causa.



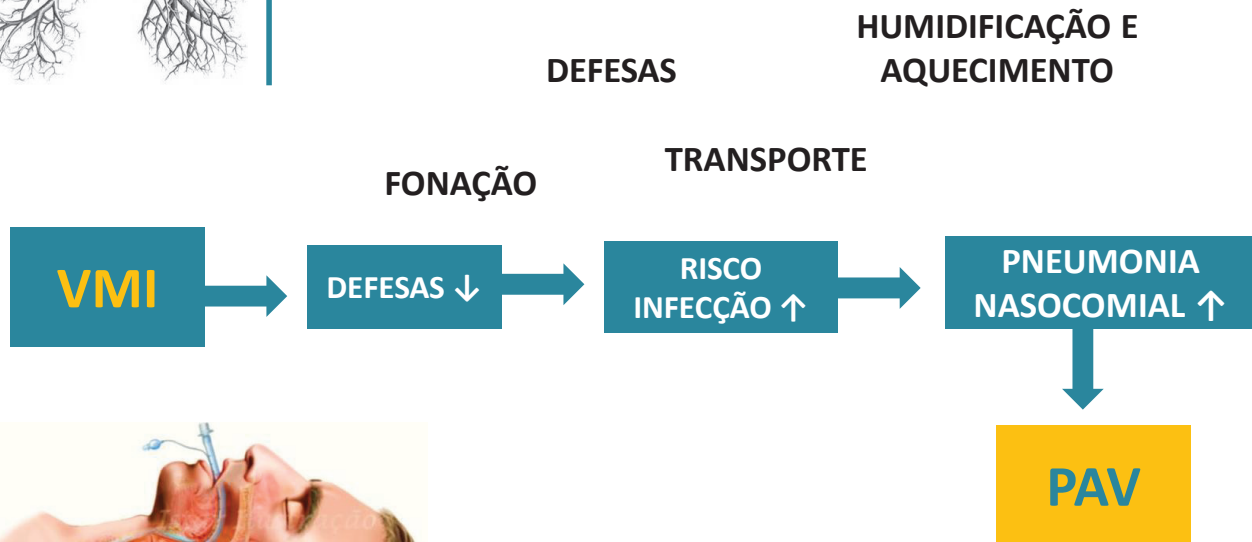
## CRITÉRIOS: VENTILAÇÃO MECÂNICA (VM)

- Frequência respiratória > 35-40 cr/min
- PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg com O<sub>2</sub> suplementar
- PaCO<sub>2</sub> > 50mmHg com PH < 7,3
- Doenças do SNC Doenças neuromusculares
- Doenças ou lesões muculo-esqueléticas
- Capacidade vital < 15ml/kg
- Força inspiratória < -25cm/H<sub>2</sub>O
- Anestesia Geral



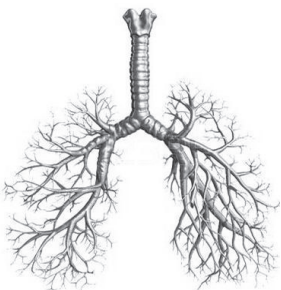


## VIAS RESPIRATÓRIAS



### *Pneumonia Associada à Ventilação*

*Infecção respiratória nosocomial que se desenvolve como consequência da entubação e ventilação mecânica*



## PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO (PAV)

**PAV** complicação que tem sido descrita em 8-28% dos doentes ventilados. A sua incidência varia com o tipo de unidade e com as afecções e gravidade dos doentes admitidos, chegando a atingir mais de 70% nos doentes com síndrome de dificuldade respiratória do adulto (ARDS).

### FACTORES DE RISCO

SEDAÇÃO

SONDAS GÁSTRICAS

REENTUBAÇÕES

CUFF

MANIPULAÇÃO DO EQUIPAMENTO

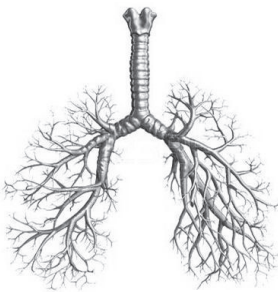
CONTAMINAÇÃO ORAL



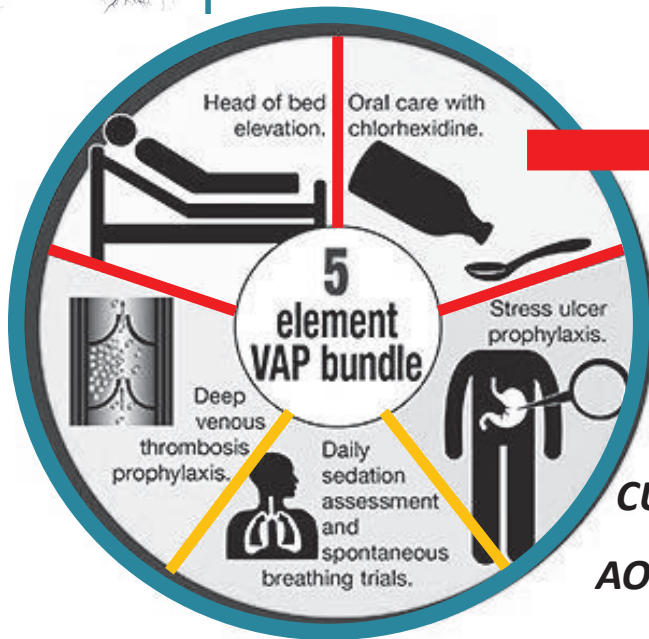
PAV, causa mais frequente de infecção nosocomial na Europa, UCI.  
França 16,9 episódios/1000dias de VM

- Temperatura ↑38° ou ↓ 35,5°
- Leucopénia ou Leucocitose
- Secreções traqueais purulentas
- ↓ PaO<sub>2</sub>

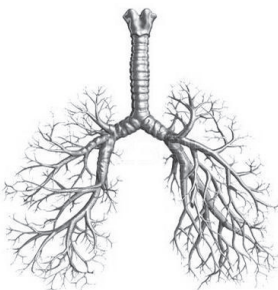
(American College of Chest Physicians)



## 5 BUNDLE: PAV



**CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
AO DOENTE SUBMETIDO A VMI**



## 5 BUNDLE: PAV

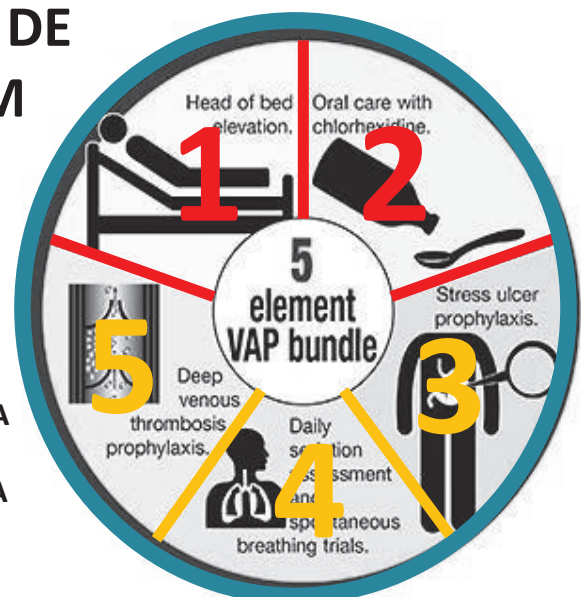
### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

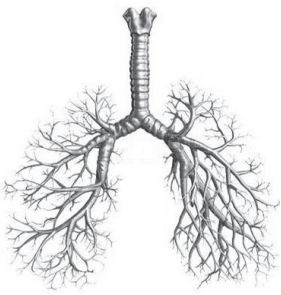
HIGIENE ORAL COMPROMETIDA

LIMPEZA DA VIA AÉREA COMPROMETIDA

INTEGRIDADE CUTÂNEA/MUCOSA COMPROMETIDA

PERMEABILIDADE DA VIA AÉREA COMPROMETIDA





## 5 BUNDLE: PAV

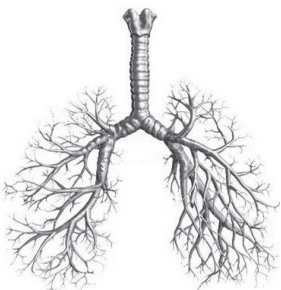
**MEDIDAS  
↓ DA PAV**

**MECÂNICAS**

DISPOSITIVOS INVASIVOS  
(CIRCUITOS, VENTILADOR,  
FILTROS, TUBO TRAQUEAL,  
POSICIONAMENTO DO DOENTE)

**BIOLÓGICAS**

**FÁRMACOS**



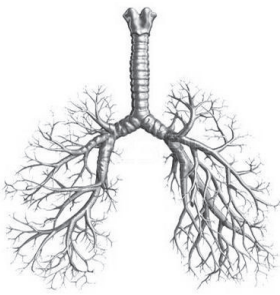
## 5 BUNDLE: PAV

**1**

**HEAD OF BED ELEVATION**

### **PERMEABILIDADE DA VIA AÉREA COMPROMETIDA**

- Elevar a **cabeceira a 30º ou 45º**, se não houver contra-indicação, nos doentes ventilados e a realizar alimentação entérica;
- Avaliar regularmente o **resíduo gástrico** e se necessário ajustar quer o volume quer a composição da nutrição entérica.
- **Tubo OroTraqueal (TOT):**
  - Após EOT e **Rx** de confirmação da correta posição do TOT;
  - Verificar o **nível do TOT** 1x turno e sempre que se justifique (alterações respiratórias, posicionamentos, alterações hemodinâmicas...);
  - Manter o **correcto posicionamento do TOT**, evitando angulações ou tracções. Uso de braços de suporte para o circuito ventilatório.



## 5 BUNDLE: PAV

# 1

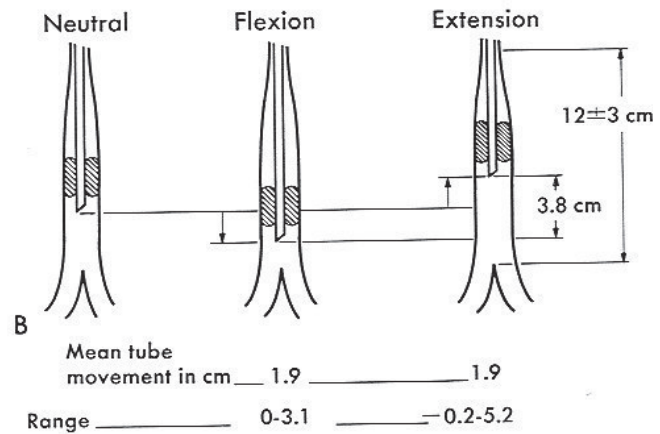
### HEAD OF BED ELEVATION

#### PERMEABILIDADE DA VIA AÉREA COMPROMETIDA

Migração do TOT de acordo com os movimentos do pescoço

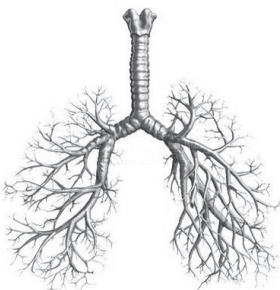


Importância do registo do nível do TOT



UCCP/UCI

11



## 5 BUNDLE: PAV

# 1

### HEAD OF BED ELEVATION

#### PERMEABILIDADE DA VIA AÉREA COMPROMETIDA

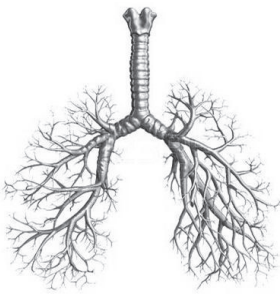
##### Circuitos Externos:

- Os **circuitos externos (traqueias)** devem ser substituídos entre clientes e não por rotina;
- A água de condensação dos circuitos externos deve ser eliminada periodicamente sem deixar que flua em direcção ao cliente ou ventilador;
- A substituição dos **filtros humidificadores (HME)** não deve efetuar-se por rotina e não deverá ocorrer com intervalo inferior a 48 h.
- Os circuitos ligados a um HME devem ser mudados sempre que estejam visivelmente **conspurcados ou com deficiências de funcionamento.**



UCCP/UCI

12



## 5 BUNDLE: PAV

### 1

#### HEAD OF BED ELEVATION

#### PERMEABILIDADE DA VIA AÉREA COMPROMETIDA

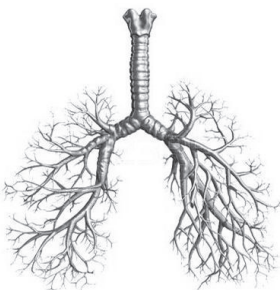
##### Cuff:

- Confirmar a **integridade** antes da entubação;
- Manter a pressão do cuff entre os **25 - 30 cmH2O**;
- Verificar pressão de insuflação com **manómetro** de pressão adequado 1x turno ou sempre que seja audível a emissão de sons vocais, despistando fugas ou lesões na traqueia;
- Deixar o **fio do cuff fora do nastro que fixa o TOT**.

##### Outros cuidados:



- Confirmar adaptação entre prótese ventilatória e cliente;
- Monitorizar padrão respiratório e estado hemodinâmico do cliente, despistando complicações;
- Despistar origem de pressões baixas ou elevadas no circuito ventilatório;
- Administrar terapêutica inalatória de forma adequada;
- Manter uma toilette brônquica adequada.



## 5 BUNDLE: PAV

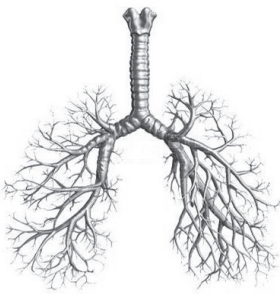
### 2

#### ORAL CARE WITH CHLORHEXIDINE 0,12%

#### HIGIENE ORAL COMPROMETIDA

- Escovagem** dos dentes, gengivas e língua com pasta dentífrica 2x/dia;
- Desinfecção da cavidade oral com **clorhexidina (0,12%)** 1x turno;
- Vigiar a cavidade oral quanto à **produção excessiva de saliva vs boca seca**;
- Despiste da candidíase oral**;





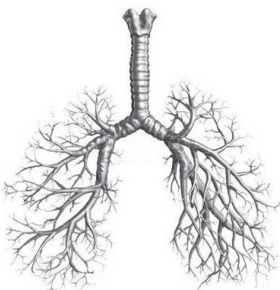
## 5 BUNDLE: PAV

# 2

ORAL CARE WITH CHLORHEXIDINE 0,12%

### INTEGRIDADE CUTÂNEA/MUCOSA COMPROMETIDA

- Alterar a posição do TOT 1x turno;
- Fixar o TOT com fita de nastro 1xdia e sempre que se encontrar sujo ou molhado;
- Evitar que o nastro se fixe por cima do pavilhão auricular e/ou nos cantos da boca;
- Aplicar compressas sob o nastro nos locais onde este exerça mais pressão ao nível da pele;
- Aspirar a boca e orofaringe com movimentos suaves de forma a evitar lesões da mucosa por trauma;
- Hidratar os lábios (parafina/vaselina).



## 5 BUNDLE: PAV

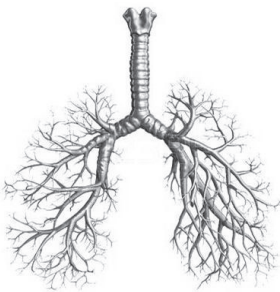
# 2

ORAL CARE WITH CHLORHEXIDINE 0,12%

### LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS INEFICAZ

- Não aspirar por rotina!
- Utilizar EPI durante a técnica;
- Usar sondas e luvas estéreis para cada aspiração – TÉCNICA ASSÉPTICA;
- Aspirar secreções acima do cuff previamente à sua desinsuflação;
- A **árvore brônquica e a boca** devem ser aspiradas com **sondas distintas**;
- Não está recomendada a instilação de solução salina no TOT \***;
- Definir a pressão com a qual vai ser aspirada a árvore brônquica;
- Substituir o sistema de aspiração de cliente para cliente e sempre que a tubuladura se encontre suja;
- Lavar adequadamente o tubuladura após cada procedimento.

ASPIRAÇÃO DE  
SECREÇÕES  
BRÔNQUICAS

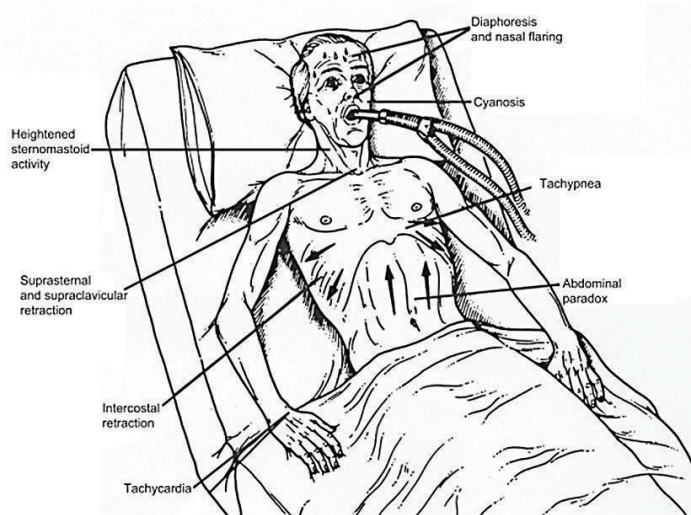


## 5 BUNDLE: PAV

# 2

ORAL CARE WITH CHLORHEXIDINE 0,12%

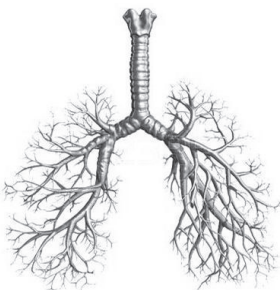
### LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS INEFICAZ



ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES BRÔNQUICAS

UCCP/UCI

17



## 5 BUNDLE: PAV

# 2

ORAL CARE WITH CHLORHEXIDINE 0,12%

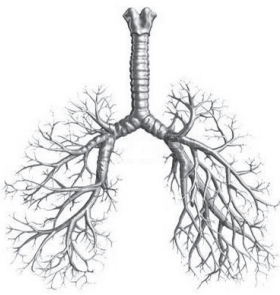
### LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS INEFICAZ

- Despistar **presença de secreções**;
- Pré-oxigenação** (FiO2 100%), 60 s;
- Certificar que o manómetro de pressão está entre os **-150mBar**;
- Escolher a sonda de aspiração com o **adequado calibre**, de acordo com o TOT;
- Calçar **luva estéril "palhaço"** na mão dominante;
- Sem desconectar** o cliente do circuito, introduzir a sonda pelo swivel;
- Fixar o TOT com a mão não dominante e fazer progredir a sonda de aspiração pelo tubo de **forma contínua, suave e evitando que ultrapasse a porção final do mesmo**;
- Rodar a cabeça do cliente, assegurando a adequada aspiração do brônquio direito e esquerdo;
- Aspirar e remover** a sonda de **forma contínua em movimentos circulares**;
- A aspiração **não deve exceder os 10-15 s**, de forma a prevenir hipoxémia, alterações cardíacas e broncospasmo;
- Solicitar a colaboração do cliente para tossir durante a aspiração de secreções.

PROCEDIMENTO

UCCP/UCI

18

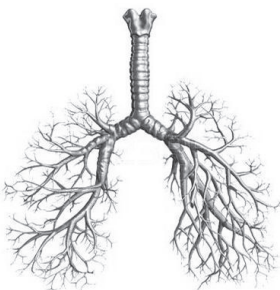


# TRAQUEOSTOMIA

Minimiza lesões traqueais  
Maior conforto para o cliente  
Não interfere com as cordas vocais  
Permite deglutição  
Menor probabilidade de refluxo gástrico

## VANTAGENS E DESVANTAGENS

Secreções mais espessas mas em maior quantidade;  
Dificuldade na comunicação oral;  
Alteração da auto-imagem;  
Susceptibilidade para infecção respiratória e no local do estoma

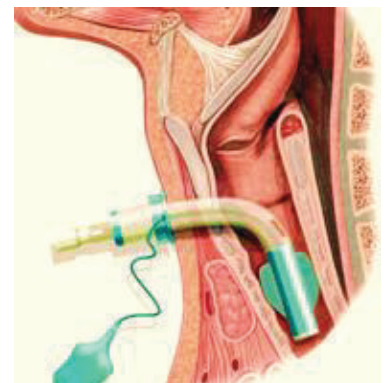


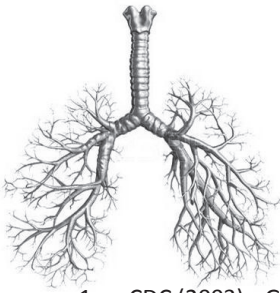
## CUIDADOS DE ENFERMAGEM

# TRAQUEOSTOMIA

- Utilizar material macio na fixação da cânula (nastro/velcro);
- Utilizar **penso de protecção da pele peri-estoma**;
- Monitorizar a **pressão do cuff** 1xturno e sempre que se justifique;
- Assegurar que o cuff se encontra insuflado antes de: aspirar secreções, conectar a PV e alimentação;
- Informar e registar os tipos de cânulas colocadas;
- Troca da cânula externa é acto médico.

- Mudança de cânula interna - **TÉCNICA ASSÉPTICA**;
- Substituir ou limpar 1xdia ou sempre que necessário**;
- Limpeza previamente com água destilada
- Imergir em **solução de peróxido de hidrogénio (H2O2)** e **solução salina 50/50**, durante **20min** em taça esterilizada/acção mecânica;
- Enxaguar com NaCl 0,9%
- Cuidados ao estoma;





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CDC (2003) - Guidelines for Preventing Healthcare Associated Pneumonia, p. 1-35
2. JORDI, Rello, et al (2010) - A European care bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia. **Intensive Care Med.** Vol 36. p.773-780
3. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004) – Recomendações para a Prevenção da Infecção Respiratória no Doente Ventilado, Dezembro 2003. Disponível em: <http://www.dgs.pt>;
4. MATOS, A.; SOBRAL, A. (2010) – Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. **Revista Portuguesa Medicina Intensiva.** Vol. 17, nº 1 (Março, 2010) p. 61-65.
5. GONÇALVES, Fernanda et al (2012) – Acções de Enfermagem na Profilaxia da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. **Acta Paulista Enfermagem.** Vol 25, nº 1 (Agosto, 2012) p. 101-107. ISSN 1982-0194
6. COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO, CHLN (2014) – Prevenção da Pneumonia. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Norte.
7. Procedimento nº1, política nº1 da prestação de cuidados de Enfermagem ao cliente conectado a Prótese Ventilatória, Hospital da Luz, Espírito Santo Saúde, 2006
8. Institute for HealthCare Improvement (2012) - How-to Guide: Prevent VentilatorAssociated Pneumonia. Cambridge, Fevereiro 2012 . Disponível em: [www.ihc.org](http://www.ihc.org).

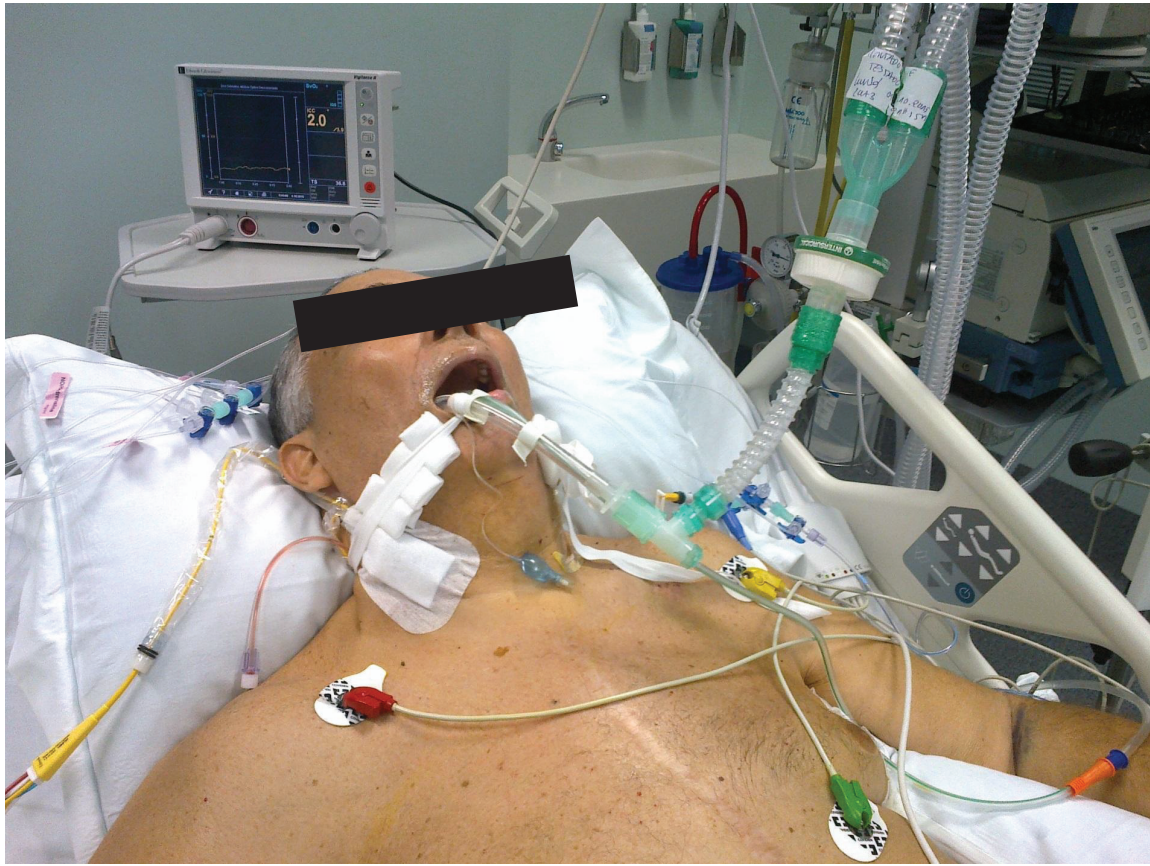
## UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS



UCCP/UCI



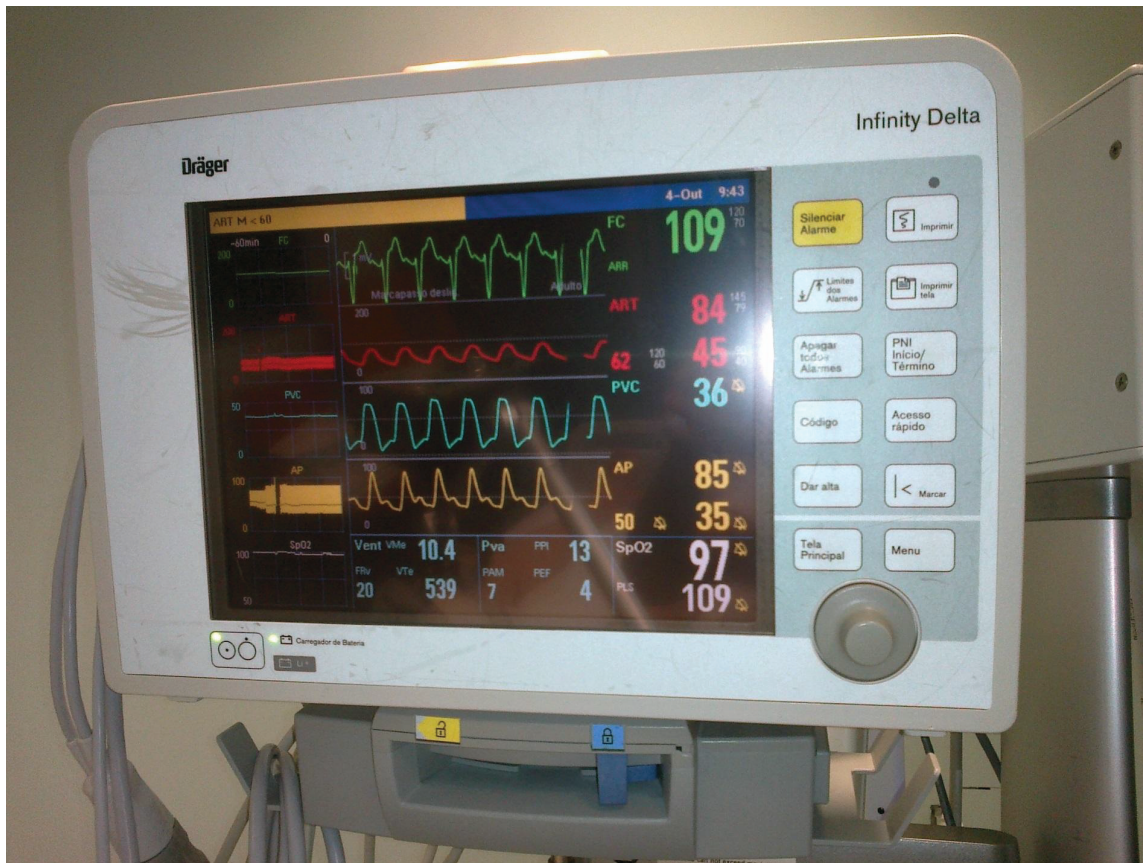
UCCP/UCI



UCCP/UCI



UCCP/UCI



UCCP/UCI



UCCP/UCI

## **APÊNDICE V**

*Sessão de Formação Unidade de Cuidados Intensivos*  
Cuidados de Enfermagem ao Doente com Ferida Maligna





## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

### **AO DOENTE COM FERIDA MALIGNA**

Enf. Marlene Espírito Santo  
Sob Orientação da Enf. Especialista Ana Sofia Dias

UCCP/UCI

1

## **CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS**

1. Conceito-Etiologia-Fisiologia: Feridas Malignas
2. Classificação: Origem e Estadiamento
3. Incidência/Prognóstico
4. Tratamento
  - 6.1. Controlo de Sintomas
    - 6.1.1. Dor
    - 6.1.2. Hemorragia
    - 6.1.3. Prurido ou Irritação local
    - 6.1.4. Odor desagradável
    - 6.1.5. Exsudado
    - 6.1.6. Infecção
    - 6.1.7. Necrose
  - 6.2. Melhorar a auto-estima
  - 6.3. Promover o conforto e a qualidade de vida

UCCP/UCI

2

## CONCEITO FERIDAS MALIGNAS

Lesões cutâneas, que resultam da **infiltração do tecido epitelial por células neoplásicas** e o seu desenvolvimento irá afectar progressivamente a hemostase sanguínea linfática, intersticial, bem como o ambiente celular.

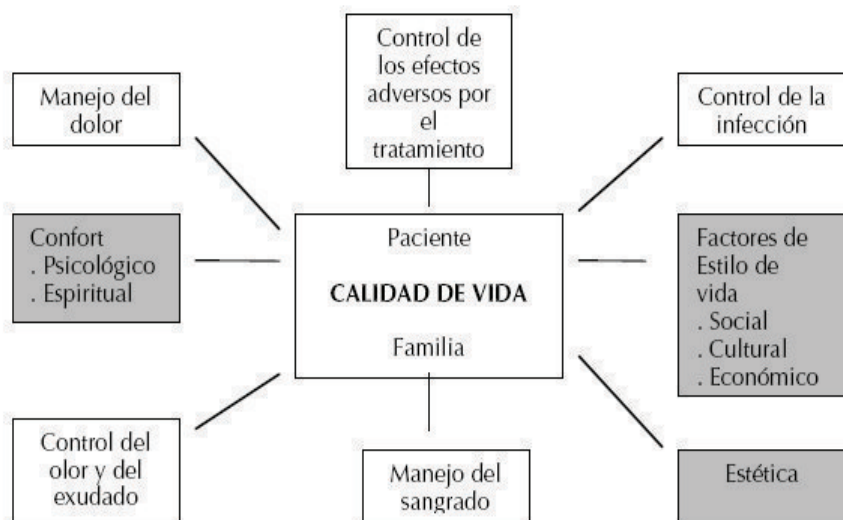


Cada ferida maligna é única e representa um enorme desafio no controle sintomático associado (odor, exsudado, dor).

Estas lesões podem assumir a forma de uma **cavidade**, uma **área aberta na superfície da pele** ou um **aspecto nodular**.

## CONCEITO FERIDAS MALIGNAS

### IMPACTO DA FERIDA NEOPLÁSICA NA QUALIDADE DE VIDA



*Adaptado de Caring for Oncology Wounds, Management Guidelines.  
Barton and Parslow, 1998*

## ETIOLOGIA FERIDAS MALIGNAS

### TUMOR PRIMÁRIO:

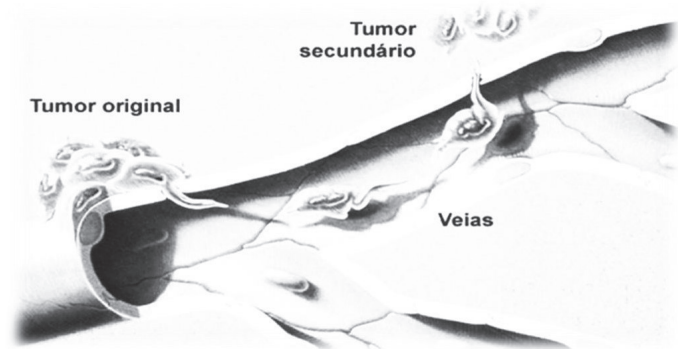
A **infiltração cutânea** ocorre como resultado direto de um tumor primário da pele

### TUMOR SECUNDÁRIO:

A **infiltração cutânea** ocorre através da corrente sanguínea e linfática

*“Estima-se que 5-10% dos doentes com cancro venham a desenvolver uma ferida maligna ao longo do seu processo de doença”.*

(Haisfield-Wolfe and Rund 2007)



UCCP/UCI

5

## FISIOLOGIA FERIDAS MALIGNAS

*Na maioria dos casos o 1º sinal de envolvimento cutâneo é o aparecimento de discretos nódulos (cor da pele, rosa, azul ou pretos).*

(Manning 1998).

IRRIGAÇÃO  
LOCAL

MICRO-CIRCULAÇÃO  
DESORGANIZADA

FACTORES DE  
CRESCIMENTO

DIMINUTA  
CAPACIDADE DE  
COAGULAÇÃO

- Má perfusão cutânea  
-Edema  
-Necrose da pele.

UCCP/UCI

6

## FISIOLOGIA FERIDAS MALIGNAS

MICROORGANISMOS  
ANAEROBIOS



EXSUDADO

ODOR

PELE MACERADA

- Aparecimento de uma massa na ferida
- Aparecimento de dor previamente inexistente
- Alteração da cor e textura da ferida
- Alteração das características, volume, odor e textura do exsudado

**ATENÇÃO!**

**FERIDA CRÓNICA**

## CLASSIFICAÇÃO FERIDAS MALIGNAS

### ORIGEM

#### Primária

Local do tumor (o desenvolvimento de uma ferida maligna é através de um cancro de pele, sobretudo se não foi tratado atempadamente).

#### Secundária

Local da metástase

Manipulações cirúrgicas/procedimentos invasivos

### APARÊNCIA

FUNGOSA

ULCERATIVA

FUNGOSA MALIGNA  
ULCERATIVA

## CLASSIFICAÇÃO FERIDAS MALIGNAS

### ESTADIAMENTO

#### Nível 1:

Lesão com eritema ou enduração



#### Nível 2:

Lesões nodulares sem perda de integridade cutânea



## CLASSIFICAÇÃO FERIDAS MALIGNAS

### ESTADIAMENTO

#### Nível 3:

Lesão cutânea exofítica ou em forma de cavidade, com perda de integridade cutânea.



#### Nível 4:

Lesão cutânea exofítica ou em forma de cavidade, com perda de integridade cutânea, associada a ostomias ou fistulas.



## INCIDÊNCIA/PROGNÓSTICO FERIDAS MALIGNAS



### LOCAIS MAIS COMUNS:

- Mama (39%)
- Cabeça e pescoço (33,8%)
- Tracto genito-urinário (5,1%)
- Linfoma, melanomas e rins (3,7%)

**A *Incidência* de feridas malignas em crianças é rara.**

**O prognóstico de um doente com ferida maligna não excede os 6 meses.**

## TRATAMENTO FERIDAS MALIGNAS

- O tratamento das feridas malignas deverá estar associado ao tratamento da neoplasia de base.
- Quando a neoplasia não responde a qualquer forma de tratamento curativo, e a hipótese de cicatrização não é possível, deve ser contemplado um tratamento paliativo.
- As intervenções invasivas devem ser ponderadas e devem reger-se pela relação custo/benefício para o cliente.

# TRATAMENTO FERIDAS MALIGNAS

SINTOMAS  
+ FREQUENTES

NECROSE

INFECÇÃO

DOR

EXSUDADO

HEMORRAGIA

ODOR DESAGRADÁVEL

PRURIDO E IRRITAÇÃO LOCAL

*Controlar os sintomas*

*Melhorar a auto-estima*

*Promover o conforto*

*Promover a qualidade de vida*

**OBJECTIVO**

UCCP/UCI

13

# TRATAMENTO FERIDAS MALIGNAS

## 1. CONTROLAR OS SINTOMAS

### 1.1 DOR

#### DOR AGUDA

- Terapêutica analgésica 30 min antes da realização do penso (SOS).
- Antes de retirar o penso humedecer com SF;
- Escolher adequadamente o apósito a aplicar.

#### DOR CRÓNICA

- Ponderar eventual necessidade de revisão terapêutica;
- Aplicar os mesmos princípios no tratamento a ter com a dor aguda.

UCCP/UCI

14

# TRATAMENTO

## FERIDAS MALIGNAS

### 1.2 HEMORRAGIA

#### HEMORRAGIA ACTIVA

- Realizar compressão suave com penso hemostático, ou aplicar penso;
- Colocar compressas de gaze não aderente, com o objectivo do material não aderir;
- Ter disponíveis toalhas escuras;
- Aplicar fármacos tópicos, segundo indicação médica
- Se a hemorragia for localizada, pode aplicar-se nitrato de prata em lápis.

#### HEMORRAGIA ACTIVA PROFUSA

- Administrar terapêutica sistémica/tópica, segundo indicação médica;
- Sedar o cliente, segundo protocolo da instituição.

# TRATAMENTO

## FERIDAS MALIGNAS

### 1.3. PRURIDO OU IRRITAÇÃO LOCAL

- Remover o alergénico: excluir a possibilidade de alergia ao penso ou aos agentes aplicados topicamente;
- Comunicar ao médico de forma a este introduzir terapêutica sistémica/tópica;
- Antes de retirar o penso humedecê-lo com SF;
- Aplicar folhas de hidrogel (previamente guardadas no frigorífico) na superfície da úlcera e, seguidamente, colocar um penso secundário, tal como adesivo em película semi-permeável (para prevenir a desidratação da folha).

**ATENÇÃO!**

Não confundir prurido ou irritação local com dor neuropática.

## TRATAMENTO *FERIDAS MALIGNAS*

### 1.4. ODOR DESAGRADÁVEL

- Introduzir terapêutica que controle a infecção e conseqüentemente o odor;
- Utilizar apósitos que controlam o odor, como é o caso dos pensos oclusivos e ou de carvão activado;
- Utilizar ambientadores no quarto/sala de tratamentos, caso o cliente se sinta confortável com a sua utilização.

## TRATAMENTO *FERIDAS MALIGNAS*

### 1.5. EXSUDADO

#### **EXSUDADO EXCESSIVO**

- Proteger a pele circundante com pomada/películas de barreira, adesivo adequado (ex. cavilon) e/ou placas hidrocolóides finas;
- Limpar a ferida com SF, utilizando em zonas cavitárias a técnica de seringa com abocath nº 14;
- Colocar apósitos com bom poder de absorção, como ex. alginato, hidrofibras, pensos de poliuretano;
- Comunicar ao médico, de forma a este introduzir fármacos (no regime terapêutico), no sentido de diminuir a inflamação (que pode ser a principal causa do exsudado excessivo) e a produção excessiva de exsudado (ex. buscopan ou atrovent).

# TRATAMENTO

## FERIDAS MALIGNAS

### 1.5. EXSUDADO

#### EXSUDADO ESCASSO

- Proteger a pele circundante com pomada/películas de barreira, adesivo adequado (ex. caviol) e/ou placas hidrocolóides finas;
- Colocar apósitos com poder de absorção razoável, como ex. placas hidrocolóides, placas semi-permeáveis e pensos de baixa aderência.

# TRATAMENTO

## FERIDAS MALIGNAS

### 1.6. INFECÇÃO

- Comunicar ao médico, de forma a este introduzir terapêutica que controle a infecção e suas consequências;
- Aplicar penso que reduza ou elimine (quando possível) a sintomatologia associada à infecção (ex. penso de carvão e prata).

### 1.7. NECROSE

- Proceder a um desbridamento mecânico, enzimático ou autolítico;
- Comunicar ao médico, de forma a este proceder a um desbridamento cirúrgico;
- Realizar uma lavagem eficaz com SF, de forma a retirar os vestígios de tecido fibrótico/necrótico que permaneceram na ferida

## TRATAMENTO *FERIDAS MALIGNAS*

### 2. MELHORAR A AUTO-ESTIMA

- Comunicar eficazmente tendo atenção à comunicação não verbal;
- Melhorar sempre que possível o aspecto estético da lesão (ex. camuflagem/pensos com espuma para preencher as cavidades, a aquisição de uma prótese) e procurando um aspecto cuidado e simétrico;
- Adaptar o penso (sempre que possível) ao vestuário com que o cliente se sente confortável;

## TRATAMENTO *FERIDAS MALIGNAS*

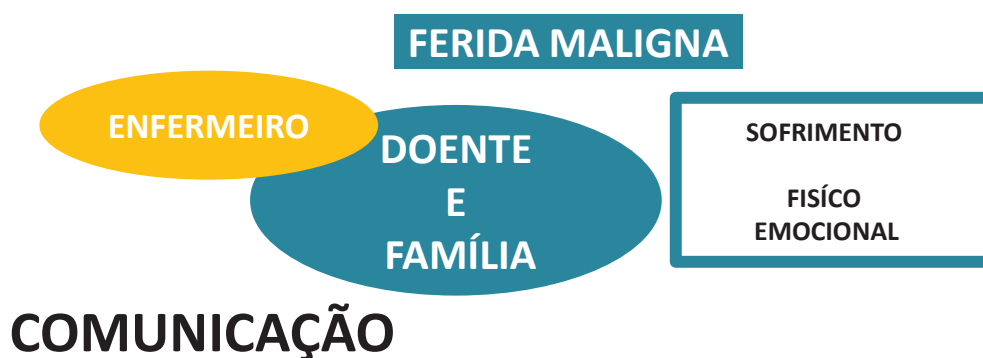
### 2. MELHORAR A AUTO-ESTIMA

- Trabalhar em equipa, aproveitando a multidisciplinaridade como forma de promover um apoio completo e adequado às necessidades de cada cliente;
- Estabelecer expectativas realistas relativamente à evolução da úlcera maligna;
- Evitar a presença de pessoas não desejadas pelo cliente no momento de realização do penso;
- Reforçar a importância de papéis que se mantêm.

# TRATAMENTO FERIDAS MALIGNAS

## 3. PROMOVER O CONFORTO E A QUALIDADE DE VIDA

*A realização do penso deverá ser feita em ambiente que mantenha a privacidade do cliente, e com a frequência que as necessidades individuais exijam (exsudado, cheiro, infecção), e sempre que não cause desconforto para o cliente.*



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Haisfield-Wolfe, M.; Rund, C. - Malignant cutaneous wounds: a management protocol. *Ostomy/Wound Management*. 1998; 43:1, 56-66.

Hill, B. et al - Marjolin's ulcer of the foot caused by non-burn trauma. *Southern Medical Journal*. 1996; 89:7, 707-710.

Lookingbill, D.P., Sprangler, N., Helm, K.F. - Cutaneous metastasis in patients with metastatic carcinoma: a retrospective study of 4020 patients. *J. Am. Academy Dermatology* 1993; 29:2, 228-236.

Lookingbill, D.P., Sprangler, N., Sexton, F.M. - Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. *J. Am. Academy Dermatology*. 1990; 22:1, 19-26.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Manning, M. - Metastasis to skin. *Seminars in Oncology Nursing*. 1998; 14:3, 240-243.

Mortimer, P. - Management of skin problems: medical aspects. In Doyle D et al (Eds) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Second edition. 1998. Oxford, Oxford University Press.

Petrek, J. A., Glenn, P.D., Cramer, A.R. - Feridated breast cancer: patients and outcome. *AM. Surgery*. 1983; 49: 187-191.

Saaed, S., Keehn, C.A., Morgan, M.B. - Cutaneous metastasis: a clinical, pathological and immunohistochemical appraisal. *J. Cutaneous Pathology*. 2004; 31: 419-430.



## **APÊNDICE VI**

*Sessão de Formação Unidade de Cuidados Paliativos*

O Doente Paliativo em Contexto Familiar: Intervenção do Enfermeiro

Uma Revisão Sistemática da Literatura





CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Enfermagem Médico-Cirúrgica

# O DOENTE PALIATIVO EM CONTEXTO FAMILIAR INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Marlene Espírito Santo

Professora Orientadora: Prof. Doutora Isabel Rabiais  
Orientadora Clínica: Enfermeira Especialista Sandra Neves

## INTRODUÇÃO

1. PESSOA EM PROCESSO DE DOENÇA CRÓNICA-ONCOLÓGICA
2. FAMÍLIA RECEPTORA E PRESTADORA DE CUIDADOS

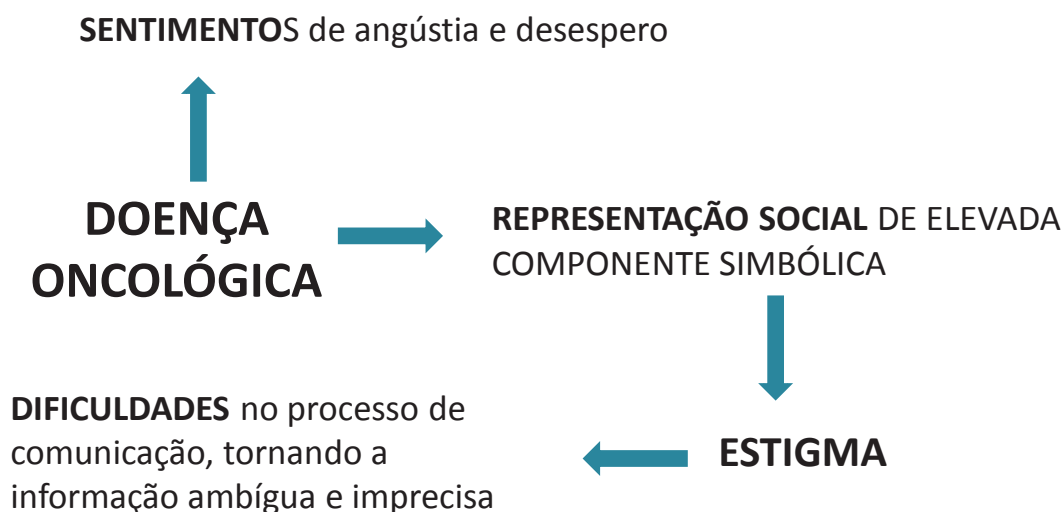
## METODOLOGIA

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

## CONCLUSÃO

# INTRODUÇÃO

## PESSOA EM PROCESSO DE DOENÇA CRÓNICA-ONCOLÓGICA



... as doenças oncológicas têm sido vistas como a grande epidemia dos últimos anos, devido à **elevada morbilidade e às elevadas taxas de mortalidade.**

12-09-2016

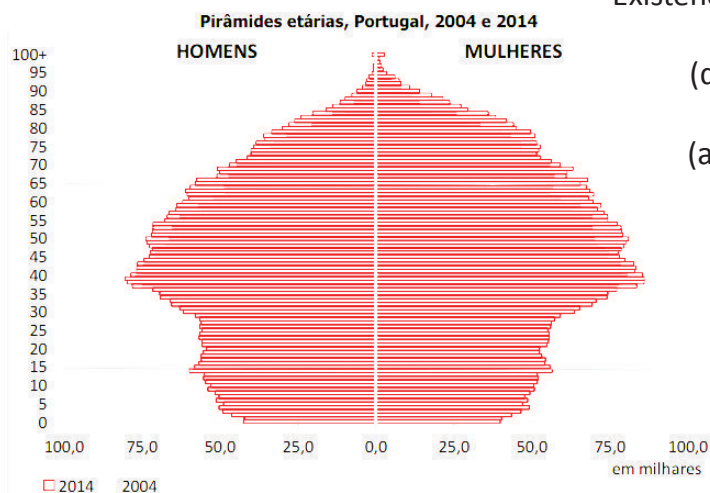
Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde  
Estágio - Módulo III

3

# INTRODUÇÃO

## PESSOA EM PROCESSO DE DOENÇA CRÓNICA-ONCOLÓGICA

**“TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA”** - declínio progressivo das taxas de mortalidade, com conseqüente aumento da esperança de vida, bem como, pelo declínio das taxas de natalidade.



Existência de um **duplo envelhecimento**:

1. Envelhecimento na base (diminuição dos jovens na sociedade)
2. Envelhecimento no topo (aumento dos gerentes na sociedade)

(MOURA, 2002, p.27)

## ↑ DOENÇAS CRÓNICAS

Em 2013 o número de episódios de internamento no SNS devido a doença oncológica foi 11,6% superior ao de 2009 e 1,0% superior ao de 2012

12-09-2016

Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde  
Estágio - Módulo III

4

# INTRODUÇÃO

## PESSOA EM PROCESSO DE DOENÇA CRÓNICA-ONCOLÓGICA

“ a evolução do panorama da Oncologia, em Portugal e no Mundo, tem colocado desafios crescentes aos sistemas de saúde. Por um lado, assistimos a um **aumento muito significativo de novos casos, fruto de alterações significativas da estrutura da pirâmide populacional e de alterações do estilo de vida**; por outro lado vemos também um aumento da demanda, e para cada doente individual, de mais **meios técnicos e humanos** ”

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da DGS (2014)

O **DOENTE CRÓNICO** enfrenta **alterações no seu estilo de vida**, provocadas pela doença em si e pelos internamentos hospitalares recorrentes. Este facto é partilhado pela **FAMÍLIA**, que o segue no seu dia-a-dia, tanto no domicílio como durante as hospitalizações

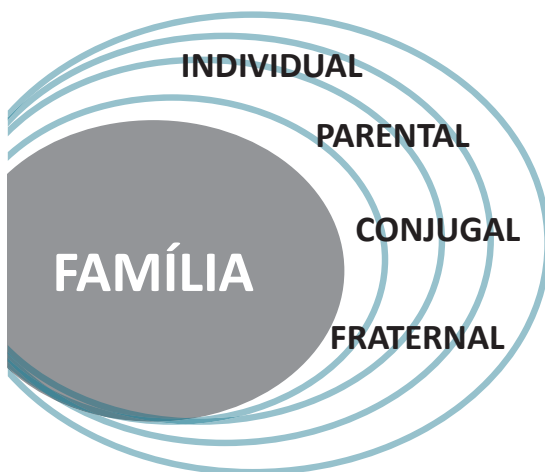
(FERREIRA, DUPAS, COSTA, & SANCHEZ, 2010 citado por ALVES 2013 )

# INTRODUÇÃO

## FAMÍLIA RECEPTORA E PRESTADORA DE CUIDADOS

“sistema aberto em que os seus elementos interagem entre si e com o meio, em permanente interacção”

(JORGE, 2004)



# DOENÇA

# SITUAÇÃO DE CRISE

A capacidade da família para ultrapassar tal situação de crise dependerá dos sistemas de suporte de que dispõe (experiências anteriores, a coesão entre os membros da família e a capacidade de utilização dos recursos exteriores ao núcleo familiar)

(JORGE, 2004)

# INTRODUÇÃO

## FAMÍLIA RECEPTORA E PRESTADORA DE CUIDADOS

### FUNÇÕES DA FAMÍLIA

S  
A  
Ú  
D  
E

1. a **PROTECÇÃO** psicossocial dos seus membros
2. a **ACOMODAÇÃO** a uma cultura e **TRANSMISSÃO** dessa cultura.

Minuchin (1982) citado por Moreira (2001 )

**Kozier (1993) e Stanhope (1999)**

**A função básica da família é proteger a saúde dos seus membros e proporcionar cuidados quando necessitam.**

# INTRODUÇÃO

## FAMÍLIA RECEPTORA E PRESTADORA DE CUIDADOS



**INDUSTRIALIZAÇÃO**  
**MUDANÇAS SOCIO-ECONÓMICAS**

# INTRODUÇÃO

## FAMÍLIA RECEPTORA E PRESTADORA DE CUIDADOS

### ALTERAÇÕES NA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO FAMILIAR



12-09-2016

Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde  
Estágio - Módulo III

9

# INTRODUÇÃO

## FAMÍLIA RECEPTORA E PRESTADORA DE CUIDADOS

### NECESSIDADES DA FAMÍLIA

1. de **ESCUTA** e **EXPRESSÃO**
2. de **INFORMAÇÃO** médica, psicológica e de cuidados  
Schaerer et al. (1987) citado por Moreira (2001)

### UNIDADE RECEPTORA DE CUIDADOS PRESTADORA DE CUIDADOS

Atualmente, tende-se a considerar o **domicílio como o lugar privilegiado para os cuidados paliativos**, pois o meio familiar pode oferecer ao doente a continuidade da sua vida diária, estar rodeado **das pessoas e objectos significantes e contribuir para que se sinta menos isolado**, reconhecendo-se o hospital como o local de passagem transitória no decurso do processo de doença, só quando o doente necessite.

(NETO, 1993)

12-09-2016

Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde  
Estágio - Módulo III

10

## METODOLOGIA

### QUESTÃO PI[C]O

Quais as necessidades dos familiares cuidadores da pessoa com doença oncológica avançada progressiva em contexto domiciliário?



- Quais os sentimentos e expectativas da família ao longo do curso da doença?
- Será que a família sente que as suas necessidades são identificadas pelos enfermeiros?
- Quais as estratégias de intervenção utilizadas pelos enfermeiros-equipas na resposta às necessidades da família?

### OBJECTIVO

Identificar as intervenções promotoras da melhoria dos cuidados ao doente paliativo, aquando cuidado por um familiar

## METODOLOGIA

Pesquisa realizada a 15 Abril 2015

#### Bases de Dados Electrónicas:

1. Cinahl Complete
2. Medline Complete
3. Nursing & Allied Health Collecton: comprehensive
4. Medic Latina

#### Limitadores de Pesquisa:

- Texto completo
- PDF
- Resumo disponível
- Adultos e Idosos
- Inglês e Português
- Data publicação: Janeiro 2006 a Abril 2015

Pós leitura do título:  
14 artigos

Conjugação através da expressão booleana AND:  
146 artigos  
(66 duplicados)

Descritores Mesh:  
1. Nurs\* / Enfermagem  
2. Family  
3. Palliative care  
4. Home

Pós leitura do resumo e texto completo:  
**6 artigos**

#### Artigos seleccionados:

1. Supporting home care for the dying: an evaluation of healthcare professionals' perspectives of an individually tailored hospice at home service
2. Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: implicações para o processo de formação
3. Striving to Respond to Palliative Care Patients' Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers
4. Supporting informal carers of dying patients: the district nurse's role
5. Cuidadores informais de idosos com patologia oncológica: Dificuldades e estratégias de coping no processo de cuidar
6. Cuidados paliativos de enfermagem na atenção domiciliar

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### CUIDADOS PALIATIVOS EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

#### VANTAGENS

- liberdade e autonomia nos horários de refeições, higiene, sono, lazer e recepção de visitas  
(SOUSA; ALVES, 2015)

- sobrecarga e responsabilização aumentadas, decorrentes, por vezes, de situações de falta de apoio social  
(SOUSA; ALVES, 2015)
- exigências físicas, financeiras, deficiente apoio profissional  
(PASCOINHO, 2011)

#### DESVANTAGENS

... **melhor articulação entre a tríade *cuidador informal/cuidador formal/idoso* e fomentar uma maior interacção entre os cuidados de saúde primários e diferenciados**  
(PASCOINHO, 2011)

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

- Necessidade do enfermeiro fazer uso das suas **competências de comunicação e aconselhamento**, fornecendo informação em tempo útil.
- Através do uso **GSF (Gold Standards Framework)** e da **LCP (Liverpool Care Pathway)** o enfermeiro e a equipa de cuidados primários podem estar aptos para ajudar os seus pacientes e os seus cuidadores a experienciarem uma “boa morte”  
(EYRE, 2010)
- Tornar **o cuidador e o doente co-responsáveis pelo cuidado**, sendo por isso, a discussão do plano de cuidados com a família fundamental.
- O contacto telefónico pode ser uma estratégia a usar, com o objectivo de dar orientações pontuais ou mesmo o telemonitoramento como estratégia de colmatar o défice de profissionais de saúde.
- A equipa deve ter desenvolvidas competências não apenas técnicas, sociais humanas, mas também éticas (decidir nas distintas e imprevisíveis situações que se apresentam).  
(SILVA, 2014)

## CONCLUSÃO

Os resultados encontrados, destacam o importante papel do enfermeiro em conhecer as **experiências e expectativas da família**, para que se possa compreender as necessidades sentidas pela família e **definir estratégias que forneçam o suporte adequado nestas situações**, bem como um maior aconselhamento por parte dos profissionais de saúde às pessoas que cuidam.

Importa, por isso, **reflectir** acerca da prática dos cuidados sob o ponto de vista da família, já que esta é uma área pouco explorada no nosso país. Assim, **pretende-se a formação de um plano assistencial baseado em acções e decisões alicerçadas no conhecimento real das vivências familiares.**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Diana (2013) – O Impacto da Doença Oncológica na Família. **Portal dos Psicólogos** [em linha]. ISSN 1646-6977. Acedido a 14/04/2015.

Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0327.pdf>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2014) – **Portugal: Doenças Oncológicas em números 2014**. Lisboa: DGS. ISSN 2183-07

EYRE, Sharon (2010) - Supporting informal carers of dying patients: the district nurse's role. **Nursing Standard**. Vol. 24, nº 22. p. 43-48. Acedido em 16/04/2015.

Disponível em: [http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=92f5e730-062b-41fe-891d-](http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=92f5e730-062b-41fe-891d-1c39e7dc6643%40sessionmgr114&vid=0&hid=110&bdata=Jmxhbm9cCHQTYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=20222376)

[1c39e7dc6643%40sessionmgr114&vid=0&hid=110&bdata=Jmxhbm9cCHQTYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=20222376](http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=92f5e730-062b-41fe-891d-1c39e7dc6643%40sessionmgr114&vid=0&hid=110&bdata=Jmxhbm9cCHQTYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=20222376)

JORGE, Ana Maria (2004) – **Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-79-7.

MOURA, Cláudia (2006) – **Século XX: século do envelhecimento**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8930-34-8

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MOREIRA, Isabel (2001) – **O Doente Terminal em Contexto Familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família**. Coimbra. Formasau. ISBN: 972-8485-22-0

SILVA, Kênia (2014) – Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: implicações para o processo de formação. **Ciência Cuidado e Saúde** [em linha]. Vol. 13, nº 3 p.503-510. Acedido em 16/04/2015.

SOUSA, Janaina; ALVES, Elioenai (2015) - Cuidados paliativos de enfermagem na atenção domiciliar. **Rev Enfermagem UFPE**. Vol. 9, nº2. p. 669-676. ISSN 1981-8963

PASCOINHO, Ana Filipa (2011) – Cuidadores informais de idosos com patologia oncológica: Dificuldades e estratégias de coping no processo de cuidar. **Onco.New** (Portuguese Association of Oncology Nursing) [em linha].Nº16. p. 14-22. ISSN 1646-7868. Acedido em 16/04/2015.

Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=6b65d579-83f3-4711-a187-40e2829ea4ff%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4114&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=ccm&AN=2011204154>



## **APÊNDICE VII**

*Poster*

Publicação no VIII Congresso Nacional de Cuidados Paliativos





- <sup>1</sup> Enfermeira, Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos HLuz, Estudante Mestrado em Enfermagem UCP-ICS, Lisboa, Portugal. Correio eletrónico: [marlene.espiritosanto@Hotmail.com](mailto:marlene.espiritosanto@Hotmail.com)  
<sup>2</sup> Enfermeira Mestre em Cuidados Paliativos do IPOFG E.P.E., Lisboa, Portugal  
<sup>3</sup> Professora, UCP-ICS, PhD, RN, Lisboa, Portugal.  
<sup>4</sup> Professora Auxiliar, UCP-ICS, PhD, RN, Lisboa, Portugal



## INTRODUÇÃO

Em Portugal, o cancro enquanto **doença crónica, progressiva e incurável** constitui-se atualmente numa das principais causas de morte e de morbilidade, com consequente aumento dos internamentos recorrentes, que gera frequentemente a necessidade de apoio de terceiros nas Atividades de Vida Diária (AVD's) <sup>8, 13, 7, 1</sup>. As **mudanças socioeconómicas** decorrentes da industrialização, provocaram alterações na estrutura e organização familiar, com consequente efeito no cuidar da pessoa com doença crónica no domicílio <sup>12, 10, 11, 5</sup>. Atualmente, em Portugal, os **cuidados domiciliários** com equipas especializadas em Cuidados Paliativos é ainda muito escassa, para fazer face às necessidades presentes - elevado número de doentes com doença crónica e oncológica, deficientes apoios sociais e financeiros <sup>3, 14</sup>. Por seu turno, outro aspeto a considerar refere-se à tensão familiar que poderá aumentar, sob o risco de **exaustão do cuidador** <sup>10, 16, 2</sup>.

## QUESTÃO PIÇÇO

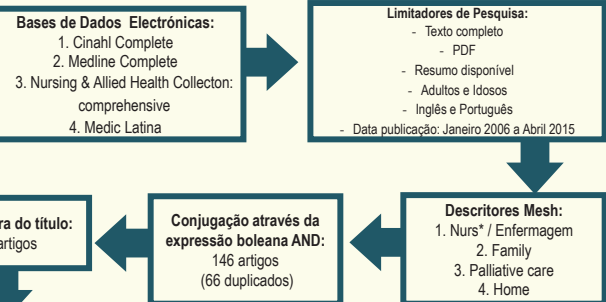
- Quais as necessidades dos familiares cuidadores da pessoa com doença oncológica avançada progressiva em contexto domiciliário?
- Quais as estratégias de intervenção utilizadas pelos enfermeiros na resposta às necessidades da família ?

## OBJETIVO

Identificar as necessidades dos familiares cuidadores da pessoa com doença oncológica em contexto domiciliário

## METODOLOGIA

Pesquisa realizada a 15 Abril 2015



## RESULTADOS

### NECESSIDADES DOS FAMILIARES CUIDADORES

- Físicas
- Financeiras
- Apoio profissional

### ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Transmitir informação em tempo útil <sup>4, 6</sup>
- Identificar precocemente as expectativas da família <sup>18</sup>
- Definir um plano de cuidados com base nas vivências e experiências familiares <sup>9</sup>
- Discutir o plano de cuidados com a família, envolvendo o cuidador e o doente no processo de tomada de decisão <sup>15, 17</sup>

- Supporting home care for the dying: an evaluation of healthcare professionals' perspectives of an individually tailored hospice at home servisse
- Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: implicações para o processo de formação
- Striving to Respond to Palliative Care Patients' Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers
- Supporting informal carers of dying patients: the district nurse's role
- Cuidadores informais de idosos com patologia oncológica: Dificuldades e estratégias de coping no processo de cuidar
- Cuidados paliativos de enfermagem na atenção domiciliar

## CONCLUSÕES

Uma apurada **identificação das necessidades do cuidador** contribuirá para um ajustado **planeamento e implementação das intervenções** dirigidas à família, a qual deve ser envolvida ativamente no processo de tomada de decisão. Quando da implementação das intervenções o enfermeiro deve ainda atender aos seguintes aspetos - organização e dinâmica familiar, dimensão afetivo-relacional, recursos económicos e sociais, rede social e familiar de apoio, condições habitacionais, capacidade instrumental e cognitiva do cuidador. Deste modo, integrando as recomendações da RSL aqui em análise, com a reflexão sobre e na prática é possível **promover e garantir a eficácia e qualidade dos cuidados**.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> ALVES, Diana (2013) - O Impacto da Doença Oncológica na Família. *Portal dos Psicólogos*. ISBN 9446-6977.  
<sup>2</sup> DURO, Susana (2013) - *Cuidar da Família ao Longo da Vida*. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 972-54-0372-3  
<sup>3</sup> ERIS (2015) - Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos. Porto: ERIS  
<sup>4</sup> EYRE, Sharon (2010) - Supporting informal carers of dying patients: the district nurse's role. *Nursing Standard*. Vol. 24, nº 22, p. 43-48.  
<sup>5</sup> KIBBI, Barbara et al. (2012) - Family and Caregiver Needs over the Course of the Cancer Trajectory. *Journal Supportive Oncology*. Vol. 10, nº 2 (Março 2012), p. 5-64.  
<sup>6</sup> JACK, Barbara et al. (2013) - Supporting home care for the dying: an evaluation of healthcare professionals' perspectives of an individually tailored hospice at home service. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 22, p. 278-2785  
<sup>7</sup> MACEDO, Ana et al. (2008) - Perfil da Doença Oncológica em Portugal: Racional, Objectivos e Metodologia - Estudo Part. *Acta Medica Portuguesa*. Vol. 21, nº 4, (2008), p. 329-334  
<sup>8</sup> MATOS, Pedro; FERREIRA, Maria da Graça (2005) - *Áreas de Intervenção na Doença Oncológica*. In: FERREIRA, Maria da Graça; LOPES, Cristina - *O Doente Oncológico e a Sua Família*. 2ª Edição. Lisboa: Clímax Editores. ISBN 972-756-195-9  
<sup>9</sup> MEHTA, Anita et al. (2011) - Striving to Respond to Palliative Care Patients' Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 38, nº 1, p. 87-90  
<sup>10</sup> MESTREIN, Isabela (2005) - *O Doente Terminal em Contexto Familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formare. ISBN 972-8485-64-6  
<sup>11</sup> MOURA, Cláudia (2006) - *Século XX, século do envelhecimento*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8030-34-8  
<sup>12</sup> NOGUEIRA, Maria Assunção (2003) - *Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem  
<sup>13</sup> NOGUEIRA, Maria Assunção (2003) - *Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem  
<sup>14</sup> OMS (2002) - *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva: OMS. ISBN 92 4 156300 1  
<sup>15</sup> OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE CUIDADOS PALIATIVOS - OPCC (2016)  
<sup>16</sup> PASCOINHO, Ana Filipa (2011) - Cuidadores informais de idosos com patologia oncológica: Dificuldades e estratégias de coping no processo de cuidar. *OncoNew* (Portuguese Association of Oncology Nursing) Nº 6, p. 14-22. ISBN 1646-7688  
<sup>17</sup> SANCHEZ, Kátia et al. (2010) - Apoio Social à Família do Paciente com Câncer: Identificando caminhos e direções. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, Vol. 63, nº 2, p. 290-299.  
<sup>18</sup> SILVA, Kátia (2014) - *Abajuro do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: implicações para o processo de formação*. *Ciência Cuidado e Saúde*. Vol. 13, nº 3, 503-510. Aceito em 16/04/2015.  
<sup>19</sup> SOUSA, Inês Maria ALVES, Elisavete (2015) - Cuidados paliativos de enfermagem na atenção domiciliar. *Rev Enfermagem UFPE*. Vol. 9, nº 2, 665-676. ISBN 1981-8963

## AGRADECIMENTOS





**APÊNDICE VIII**

*Artigo submetido a publicação na Revista de Cuidados Paliativos*

Associação Nacional de Cuidados Paliativos



## **O Doente Paliativo em Contexto Familiar: Intervenção do Enfermeiro**

### **The Palliative Patient in The Contexto of Family: Nurse Intervention**

### **El Paciente Paliativo en el Contexto Familiar: Intervención del Enfermero**

#### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O cancro constitui-se atualmente numa das principais causas de morte e morbidade, com conseqüente aumento dos internamentos recorrentes. As mudanças socioeconómicas decorrentes da industrialização induziram alterações significativas na estrutura e organização familiar, dificultando o cuidar do doente terminal no domicílio. Todavia, em Portugal os cuidados domiciliários com equipas especializadas de Cuidados Paliativos Domiciliários é ainda muito escassa. Conseqüente a este défice de cuidados especializados, a tensão familiar tende a aumentar, sob o risco de exaustão do cuidador. Neste contexto, os enfermeiros constituem-se elementos de referência na identificação das necessidades da família.

**OBJECTIVO:** Identificar as necessidades dos familiares cuidadores da pessoa com doença oncológica em contexto domiciliário.

**MÉTODOS:** Revisão Sistemática da Literatura (RSL) com recurso à plataforma EBSChost entre Janeiro 2006 e Abril 2015. **Palavras-Chave:** *nurs* \*, *family*, *palliative care* e *home*.

**Crítérios de inclusão:** 1 - estudos quantitativos, qualitativos ou mistos; 2 - adultos ou idosos; 3 - português ou inglês; 4 - texto completo em formato PDF; 5 - resumo disponível.

**RESULTADOS:** Os cuidadores apresentam necessidades que resultam do deficiente apoio profissional - necessidades físicas, financeiras e formativas. Neste contexto, cabe ao enfermeiro adequar estratégias de intervenção capazes de dar resposta às necessidades identificadas.

**CONCLUSÕES:** A identificação das necessidades do cuidador deve constituir o foco da intervenção de enfermagem, na lógica de que apoiar o prestador de cuidados no desempenho do seu papel, promove a eficácia e a qualidade dos cuidados prestados ao doente e família nesta fase particular do ciclo de vida.

## ABSTRACT

**ISSUE:** The cancer is one of the most common causes of mortality and morbidity, with an increasing of multiple hospitalisations. The socioeconomic changes resulting from industrialization induced significant changes in the structure and organisation of the family, making it difficult to take care of the terminally ill at home. However, the home care given by specialised teams in Palliative Home Care is still short in Portugal. Consequently, family tension tends to increase , and so the risks exhaustion of the caregivers. In this context , nurses constitute reference points in the identification of family needs.

**OBJECTIVE:** Identifying the needs of the family that takes care of a person with an oncological disease at home.

**METHODS:** Systematic Review of Literature (RSL) using the EBSChost platform focus on the period Jan 2006 - April 2015. **Keywords:** *nurs \**, *family*, *palliative care and home*. Criteria for inclusion: 1- studies with quantitative, qualitative drawings or a mixture; 2- adults or the elderly; 3- Portuguese or English; 4 - completed text in PDF format; 5- available summary.

**RESULTS:** The studies show that caregivers have needs because of weak professional support - physical, financial and formative needs. In this context, the nurses should apply the strategies of intervention in order to satisfy the needs that have been identified.

**CONCLUSION:** The identifying of the caregiver needs should be the focus of intervention, as far as that support the caregiver on his tasks, result in more quality and efficacy of the care provided to patient and family in this particular phase of the life cycle.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer constituye actualmente una de las principales causas de muerte y morbilidad, con un consecuente aumento de los ingresos recurrentes. Los cambios socio-económicos derivados de la industrialización han inducido alteraciones significativas en la estructura y organización familiar, dificultando el cuidado del enfermo terminal en el domicilio. En Portugal, los cuidados domiciliarios con equipos especializados de Cuidados Paliativos todavía son muy escasos. Como consecuencia de este déficit de cuidados especializados, la tensión familiar tiende a aumentar, con riesgo de agotamiento del cuidador. En este contexto, los enfermeros constituyen un elemento de referencia en la identificación de las necesidades de la familia.

**OBJETIVO:** Identificar las necesidades de los familiares cuidadores de la persona con enfermedad oncológica en el contexto domiciliario.

**MÉTODOS:** Revisión Sistemática de la Literatura (RSL) con recurso a la plataforma EBSChost entre Enero 2006 y Abril 2015. **Palabras-Llave:** *nurs* \*, *family*, *palliative care* y *home*.

**Criterios de inclusión:** 1 - estudios cuantitativos, cualitativos o mixtos; 2 - adultos o ancianos; 3 - portugués o inglés; 4 - texto completo en formato PDF; 5 – resumen disponible.

**RESULTADOS:** Los cuidadores presentan necesidades que resultan del deficiente apoyo profesional - necesidades físicas, financieras y formativas. En este contexto, cabe al enfermero adecuar estrategias de intervención capaces de dar respuesta a las necesidades identificadas.

**CONCLUSIONES:** La identificación de las necesidades del cuidador debe constituir el foco de la intervención de enfermería, en la lógica de que apoyar al prestador de cuidados en el desempeño de su papel, promueva la eficacia y la calidad de los cuidados prestados al paciente y familia en esta fase particular del ciclo de vida.

## INTRODUÇÃO

### 1. PESSOA EM PROCESSO DE DOENÇA CRÓNICA – ONCOLÓGICA

O cancro é provavelmente a patologia mais temida do mundo moderno. Não sendo apenas um fator de mortalidade inspira sentimentos de angústia e desespero, mesmo quando é potencialmente curável. Barbosa (1997) refere ser “*consensual entre os profissionais de saúde e a população em geral que muita da carga negativa do cancro deriva precisamente do terror que o seu período terminal inspira*” (PEREIRA; LOPES 2005, p. 57). A doença oncológica reveste-se de características com grande carga emocional e social e assume uma representação social de elevada componente simbólica. Associado ao aumento do simbolismo social desta doença mantém-se o estigma relativamente à palavra cancro, provocando na maioria das situações dificuldades no processo de comunicação, tornando a informação ambígua e imprecisa (MATOS; PEREIRA, 2005).

A patologia oncológica é atualmente considerada a epidemia dos últimos anos e, sendo uma das principais causas de morte em Portugal, é igualmente responsável por uma elevada taxa de morbilidade (MACEDO et al, 2008), resultante quer da doença em si, quer dos tratamentos a que a pessoa está sujeita. A doença oncológica traduz-se assim numa situação crónica, muitas vezes debilitante e, outras tantas vezes fatal, que atinge cada vez mais um maior número de pessoas, constituindo-se uma das prioridades das políticas de saúde. O Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da Direção Geral de Saúde evidência:

*“ a evolução do panorama da Oncologia, em Portugal e no Mundo, tem colocado desafios crescentes aos sistemas de saúde. Por um lado, assistimos a um aumento muito significativo de novos casos, fruto de alterações significativas da estrutura da pirâmide populacional e de alterações do estilo de vida; por outro lado vemos também um aumento da demanda, e para cada doente individual, de mais meios técnicos e humanos”*

(DGS, 2014, p.9).

O aumento da incidência tem-se confirmando e, com isso, o Serviço Nacional de Saúde tende a ajustar e a contornar as dificuldades relativas aos custos dificilmente comportáveis, de onde se destaca a necessidade de internamento. Importa realçar que em 2013 o número de episódios de internamento no SNS devido a doença oncológica foi 11,6% superior ao de 2009 e 1,0% superior ao de 2012 (DGS, 2014).

O debate deste problema tem sido não apenas assumido por Portugal, mas também por toda a Europa. Quer isto portanto dizer que, para além das estruturas de saúde, o cancro assume uma abordagem política e social sob uma abordagem clínica multidisciplinar.

Na última metade do Séc. XX, temos assistido a um imutável processo de transição demográfica, o envelhecimento da população, enquanto alteração demográfica, provoca na sociedade contemporânea alterações profundas, tanto a nível económico, como social. De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (2015), com base em projeções da evolução da população idosa, perspectiva-se que em Portugal, em 2025, a proporção da população idosa chegue perto dos 25%.

Concomitantemente ao aumento da esperança de vida, tem-se assistido a um acréscimo das doenças crónicas e incapacitantes, constituindo estas as patologias dominantes da nossa sociedade. De acordo com a OMS (2015), as doenças crónicas representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças. Jong-Wook, antigo Director-Geral da OMS, declarou: “*The lives of far too many people in the world are being blighted and cut short by chronic diseases such as heart disease, stroke, cancer, chronic respiratory diseases and diabetes*” (OMS, 2005, p. XIII).

O cancro, pelas suas características, enquadra-se na doença crónica, exigindo controlo a longo prazo – doença que tem como característica ser de longo curso e incurável, capaz de causar sequelas e limitações funcionais (ALVES, 2013).

Apesar da singularidade de cada doente, Seligman (1996) identificou uma série de estádios previsíveis para os doentes oncológicos – *Estádio 1: Até chegar ao diagnóstico, Estádio 2: Da aceitação do diagnóstico à integração nas suas vidas, Estádio 3: Dos tratamentos em diante* - os três estádios identificados mantêm uma grande proximidade com os cinco estádios apontados por Kübler-Ross (1998) no luto-perda – *negação, raiva, negociação, depressão e aceitação*. São estádios de duração variável que podem surgir simultaneamente, linearmente ou tendem a sofrer um retrocesso mas que depois seguem um processo de evolução psíquica de preparação para a morte (MATOS; PEREIRA 2005).

Decorrente da evolução e progressão da doença, o doente oncológico enfrenta alterações no seu estilo de vida, provocadas pela doença em si e pelos internamentos hospitalares recorrentes. Este facto é compartilhado pela família, que o segue no seu dia-a-dia, tanto no domicílio como durante as hospitalizações. Pelo que, tanto o doente como os seus familiares, ao longo de toda a trajetória da doença, “*exibem comportamentos semelhantes, mecanismos de defesa e de luta que possibilitam, bem como à família, o confronto com situações de extrema dor psíquica*” (PEREIRA; LOPES, 2005, p. 60).

De acordo com Duro (2013), se pensarmos que esta crise pode atingir membros da família em diferentes etapas do seu ciclo vital, rapidamente deduzimos o grau de complexidade que este acompanhamento pode implicar. Contudo, o impacto da doença na família dependerá da fase de desenvolvimento em que a família se encontra aquando do diagnóstico da doença, da forma como a dinâmica familiar é afetada e do significado

que é atribuído à doença em termos de identidade familiar (PEREIRA, 2001, 2002 citado por PEREIRA, LOPES, 2006). Enquanto nas doenças agudas os reajustamentos ocorrem num tempo muito curto, exigindo à família uma mobilização mais rápida da capacidade de gerir a crise nas doenças crónicas de curso progressivo, como é o caso do cancro, a adaptação e a mudança dos papéis no seio familiar são progressivas - pelo que a família está sujeita a uma crescente tensão, tanto pelo risco de exaustão, como pelo contínuo acréscimo de tarefas ao longo do tempo (MOREIRA, 2001).

## 2. FAMÍLIA RECEPTORA E PRESTADORA DE CUIDADOS

Família é um conceito que comporta diversos significados que diferem consoante a pessoa ou grupo. No entanto, neste contexto de análise, deve depreender-se que o conceito de Família diz respeito a *“dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico”* (HANSON, 2005, p. 6). Também, nesta linha de pensamento, a recente Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012, p. 5119) considera família *“pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou (...) em casos de pessoas sem capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem uma relação próxima, podendo ter ou não laços de parentesco”*. Assim, consideramos família, as pessoas significativas para o doente e que ao mesmo tempo, são uma importante rede de apoio. Pelo que, pode-se dizer que a família se comporta como um *“sistema aberto em que os seus elementos interagem entre si e com o meio, em permanente interação”* (JORGE, 2004), o que nos permite entender que, enquanto sistema, qualquer mudança de comportamento, ou outra, verificada no seio familiar, provocará alterações no comportamento individual de cada um dos seus membros.

Segundo Vara (1996), a capacidade da família para ultrapassar uma situação de crise provocada pela doença ou hospitalização de um dos seus membros, dependerá dos sistemas de suporte de que dispõe. Ou seja, as experiências anteriores, a coesão entre os membros da família e a capacidade de utilização dos recursos exteriores ao núcleo familiar (JORGE, 2004).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) - Artigo 13º, nº 3 - enuncia que *“a família é o elemento natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção desta e do Estado”*. Minuchin (1982) refere que, dentre as funções da família estas atendem a dois objetivos: 1) a proteção psicossocial dos seus membros; e 2) a acomodação a uma cultura e transmissão dessa cultura. Por seu turno, cabe também à família proteger a saúde dos seus membros e dar resposta às necessidades básicas durante os períodos de doença. Este aspeto ganha contornos relevantes quando considerada a particularidade do cuidado à pessoa com doença crónica, isto é, não ficando a doença

resolvida aquando uma situação de agudização, e considerando a evolução farmacológica, terapêutica e tecnológica, cada vez mais avançadas, estão reunidas as condições para a “*devolução do doente ao seio familiar*”. O hospital representa então um local de passagem, para estes doentes, pois resolvido o problema que o levou ao hospital, este pode continuar a “*manutenção do seu estado fora da instituição hospitalar*” (NOGUEIRA, 2003).

O domicílio é sempre o “*serviço alternativo ao internamento hospitalar*” por este ser menos traumático e constituir uma estratégia importante para a diminuição dos custos com os internamentos (NOGUEIRA, 2003). Neste contexto, os membros da família assumem a função de “*cuidadores informais*”, estando responsáveis não apenas pela prestação de cuidados à pessoa dependente, mas também envolvidos em toda a trajetória de cuidado, respetivamente nas fases de diagnóstico e tratamento (GIVEN et al, 2012). Este cuidador define-se por duas características essenciais: não ser remunerado e não possuir formação específica na área da prestação de cuidados (CASTRO, 2008). Segundo a CIPE (2006) o prestador de cuidados é aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente.

Convém, contudo, salientar que o ato de cuidar modifica-se ao longo da doença de acordo com as necessidades do doente, vindo a torna-se mais complexa com o passar do tempo, pois o doente fica mais dependente. Quando os cuidadores não têm suporte adequado e *equilíbrio emocional*, o processo de cuidar pode despoletar sintomas psicofisiológicos, pelo que convém considerar a forte relação entre a saúde do cuidador e o grau de sobrecarga, podendo estar relacionado em parte com o nível de preparação dos mesmos (SANCHEZ, 2010, p. 292). Por outro lado, com o envelhecimento das populações, encontramos idosos a cuidarem de outros idosos doentes. A este facto, acresce o aumento do emprego feminino, a fragilidade dos laços familiares e a diminuição da solidariedade entre as gerações devido aos movimentos migratórios, associados a uma sociedade de consumo, torna o processo de cuidar ainda mais complexo para as famílias (MOREIRA, 2001), pelo que é crucial a necessidade de serem ajustadas as atuais políticas de saúde em vigor, de forma a que os outrora papéis designados às famílias não sejam tomados como descartáveis. Neste contexto, Twycross (2003) refere que para que um bom serviço seja prestado no domicílio é necessário que haja alguém, familiar direto ou não, que tenha capacidade para o fazer, e que haja de retaguarda uma equipa atenta e completa a prestar apoio. Esta equipa deve ter a capacidade de responder prontamente aos problemas e que possa transmitir confiança ao ponto de garantir um internamento rápido, se necessário.

Desta realidade, os Cuidados Paliativos, que emergiram no Séc. XX com Cicely Saunders, vêm possibilitar dar resposta àquelas que são as necessidades não apenas dos doentes, mas também dos familiares cuidadores. Neste contexto, a assistência domiciliária toma por objetivo proporcionar cuidados de saúde globais (físicos, psíquicos e sociais) e não apenas responder às necessidades biológicas do doente (MATOS; PEREIRA, 2005). Importa, assim, considerar a avaliação das necessidades dos cuidadores crucial à eficácia e qualidade dos cuidados prestados e desenvolver medidas de suporte que visem o acesso aos recursos disponíveis e à promoção da saúde do cuidador (LIMA, 2013). Em linguagem corrente, a necessidade reporta-nos para um desejo, uma aspiração, algo de que precisamos e que nos é imprescindível (MOREIRA, 2001). Contudo, a dificuldade na identificação das necessidades expressas pela família leva a que os enfermeiros tenham tendência de dar respostas “vagas” e por vezes “estandardizadas” em detrimento de respostas individualizadas e adequadas à situação.

## **METODOLOGIA**

Partindo deste quadro de referência, emerge a seguinte questão: Quais as necessidades dos familiares cuidadores da pessoa com doença oncológica avançada progressiva em contexto domiciliário? A partir desta questão central, foram formuladas outras questões de investigação de forma a orientar os passos a desenvolver ao longo do trabalho – 1) Quais os sentimentos e expectativas da família ao longo do curso da doença? 2) Será que a família sente que as suas necessidades são identificadas pelos enfermeiros? 3) Quais as estratégias de intervenção utilizadas pelos enfermeiros na resposta às necessidades da família?

Instaladas estas questões surge o esboço do tema – O doente paliativo em contexto familiar: Intervenção do enfermeiro. Neste contexto, o objetivo desta pesquisa centra-se em identificar as necessidades dos familiares cuidadores da pessoa com doença oncológica em contexto domiciliário.

A revisão sistemática da literatura (RSL) foi a metodologia utilizada na pesquisa. Tendo sido selecionadas as seguintes palavras-chave, enquanto descritores Mesh – *nurs* \*, *family*, *palliative care* e *home*. A pesquisa foi efetuada com recurso à plataforma EBSCOhost no friso cronológico de Janeiro 2006 a Abril 2015 (Figura 1). Na conjugação das palavras-chave foi utilizado o carácter booleano *AND*. Definidos critérios de inclusão – estudos com desenhos quantitativos, qualitativos ou mistos que envolviam adultos ou idosos, escritos em português ou inglês, texto completo em formato PDF e resumo disponível. No cruzamento final emergiram 146 artigos (66 artigos eram duplicados), sendo selecionados 14 artigos pós leitura do título; e pós leitura do resumo e da leitura integral dos artigos foram selecionados 6 artigos que constituíram o corpus da análise.

Para uma fácil compreensão da metodologia utilizada na análise dos artigos, encontra-se em anexo sistematizado as dimensões consideradas mais relevantes dos artigos selecionados (Quadro 1).

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

No processo de cuidados, a avaliação das necessidades da pessoa, constitui-se a primeira e a mais importante etapa. Na medida em que se as necessidades do cuidador forem devidamente avaliadas, presume-se que as intervenções realizadas ao doente sejam também elas eficazes (JACK, 2013). Neste contexto Sharon Eyre (2010), refere-se à necessidade do enfermeiro fazer uso das suas competências de comunicação e aconselhamento, fornecendo informação em tempo útil, planeando e antecipando as necessidades e coordenando os serviços e profissionais adequados (EYRE, 2010). Através do uso GSF (Gold Standards Framework) e da LCP (Liverpool Care Pathway) o enfermeiro e a equipa de cuidados primários podem estar aptos para ajudar os seus pacientes e os seus cuidadores a experienciarem uma “boa morte”. A GSF (Gold Standards Framework) é uma ferramenta criada para o cuidado paliativo em doentes com cancro. Esta ferramenta é baseada nos sete C's *C1: Communication. C2: Co-ordination. C3: Control of symptoms. C4: Continuity. C5: Continued learning C6: Carer support. C7: Care of the dying.* O LCP é um modelo que tem por objetivo orientar os profissionais de saúde na adequação das melhores práticas para cuidar de doentes em fim de vida quer no hospital, quer no domicílio em equipas multidisciplinares (EYRE, 2010).

De referir, ainda, que um dos pressupostos dos cuidados domiciliários ao doente paliativo é tornar o cuidador e o doente co-responsáveis pelo cuidado, sendo por isso a discussão do plano de cuidados com a família fundamental. Deste modo, a família assume uma responsabilização no processo de tomada de decisão associada aos cuidados prestados, com a permanência das decisões centradas na equipa (SILVA, et al., 2014).

Para além da baixa produção científica sobre a temática dos cuidados paliativos em contexto domiciliário, é também incipiente se considerarmos que os cuidados paliativos passaram a ter maior visibilidade após 2002 com a publicação da Organização Mundial de Saúde sobre os conceitos e princípios norteadores desta prática (SOUSA; ALVES, 2015).

De forma geral verifica-se, pós análise dos artigos selecionados, uma favorável opinião quer dos cuidadores quer dos profissionais de saúde sobre a prática de cuidados paliativos em contexto domiciliário. Na perspetiva dos cuidadores, as vantagens relacionam-se com a liberdade e autonomia nos horários de refeições, higiene, sono, lazer e receção de visitas. E como desvantagens os cuidadores apontam: a sobrecarga, a

privação e maior responsabilização, decorrentes, por vezes, de situações de falta de apoio social (SOUSA; ALVES, 2015). No âmbito do processo de cuidados as dificuldades sentidas pelos familiares são: exigências físicas, financeiras, deficiente apoio profissional - sobre esta última a autora refere que deve tentar-se que haja uma melhor articulação entre a tríade *cuidador informal/cuidador formal/idoso* e fomentar uma maior interação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados (PASCOINHO, 2011). Silva et al. (2014) referem ainda que o contacto telefónico pode ser uma estratégia a usar, com o objetivo de dar orientações pontuais ou mesmo o uso de monitorização eletrónica como estratégia de colmatar o défice de profissionais de saúde. Na análise da equipa, existem ainda desafios a serem superados como seja a conspiração do silêncio e as emoções advindas do compartilhamento do sofrimento dos pacientes e dos seus familiares ao lidar com a morte (SOUSA; ALVES, 2015). Contudo, ser cuidador em contexto domiciliário, apesar de difícil, torna-se numa desafiante experiência, na qual o cuidado ao doente em fase final de vida é percebido como um trabalho complexo e criativo que resulta em crescimento pessoal. Paralelamente, observa-se nos cuidadores uma capacidade de transcender as suas limitações pessoais e adquirir conhecimento técnico para o cuidado (SOUSA; ALVES, 2015). Um exemplo prático é aquele que vem descrito no estudo desenvolvido pelos autores Mehta et al. (2011) sobre a gestão da dor – um conhecimento aprofundado sobre a dor e os vários tipos de dor é primordial para uma melhor intervenção e conseqüentemente um melhor controlo de dor (MEHTA et al., 2011). De entre as intervenções realizadas pelos enfermeiros em busca de colmatar algumas destas problemáticas, destaca-se a necessidade de comunicação entre os membros que compõem a equipa multidisciplinar (SOUSA; ALVES, 2015). Por parte da equipa pressupõe-se que esta tenha desenvolvidas competências não apenas técnicas, sociais humanas, mas também éticas (decidir nas distintas e imprevisíveis situações que se apresentam, implica lidar com a exposição das tensões e contradições das relações familiares, por exemplo) (SILVA et al., 2014).

## **CONCLUSÃO**

Considerando a Família, um dos pilares dos Cuidados Paliativos, o desenvolvimento da investigação na área da avaliação das necessidades psicossociais do doente e da família é importante no favorecimento do bem-estar destes. Os resultados encontrados destacam a responsabilidade do enfermeiro em conhecer as experiências e expectativas da família, para que se possa compreender as necessidades sentidas e, como tal, a definição de estratégias que forneçam o suporte adequado nestas situações, bem como um maior aconselhamento por parte dos profissionais de saúde às pessoas que cuidam.

O avançar da doença e a deterioração do estado de saúde do doente, exige ao cuidador a aprendizagem de habilidades e competências necessárias para a sua nova tarefa de cuidar. Deste modo, importa reestruturar as instituições e organizações já existentes com equipas especializadas na abordagem ao doente e família ao longo da trajetória de doença, com vista à definição de um plano de intervenção, de orientação, suporte e apoio para toda a família, especialmente para o cuidador. Neste contexto, o Decreto-lei n.º 136/2015 (p. 5081), de 28 de Julho, no Programa do XIX Governo Constitucional, definiu como medida “*o aproveitamento dos meios já existentes, com o reforço dos cuidados continuados, por metas faseadas, e o desenvolvimento de uma rede de âmbito nacional de cuidados paliativos*”.

As Unidades de Cuidados Paliativos, e respetivamente os Serviços de Apoio Domiciliário, poderão ser uma importante estratégia a desenvolver com vista a alcançar este fim. Em Portugal é defendido que “*o modelo de cuidados continuados deve ser misto, isto é, deve compreender cuidados residenciais flexíveis de apoio aos cuidados domiciliários*” (ERS, 2015, p. 10). Nesta área, os dados encontrados apontam para a necessidade de 133 equipas de cuidados paliativos domiciliários em Portugal (CAPELAS, 2009). Até Fevereiro 2016, são conhecidas 22 equipas de cuidados paliativos domiciliários. Sendo 15 dessas equipas de gestão pública (com base em hospitais ou serviços de saúde primários). De acordo com a codificação das unidades territoriais - NUTS III de Portugal, das 30 regiões apenas 9 regiões têm equipas que prestam cuidados domiciliários. De salientar que nos Açores existe apenas uma equipa com base na Ilha Terceira, bem como na Madeira existe apenas uma equipa sediada no Funchal que dá resposta a toda a ilha (OPCP, 2016).

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2015) no âmbito de um estudo com o objetivo de analisar o acesso, a qualidade e a concorrência dos cuidados oferecidos pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, englobando as unidades e equipas em cuidados paliativos, em Portugal, os cuidadores informais “*representam uma componente importante, e mesmo central, da prestação social de cuidados continuados*” (ERS, 2015, p. 22). Por outro lado, Portugal, relativamente a outros países como a Noruega, Suécia e Holanda, “*encontra-se na posição mais baixa, quer no que se refere à distribuição de recursos por 1000 habitantes, quer face à percentagem da população com idade igual ou superior a 65 anos*” (ERS, 2015, p.11). Quer isto portanto dizer que “*mais de 90% da população com 65 ou mais anos sem acesso a cuidados continuados de qualidade, devido a lacunas na dotação de recursos humanos dedicados a estes cuidados*” (ERS, 2015, p. 11) e as situações mais graves estão no Norte e na grande Lisboa. Convém, ainda, referir os custos associados a este tipo de abordagem, visto que Portugal está entre os países com menor despesa, 0,31% do PIB (ERS, 2015).

O Serviço de Apoio Domiciliário em Cuidados Paliativos enquanto estratégia alternativa aqui enunciada deve constituir, por isso, uma prioridade em termos de implementação, pois segundo Capelas (2009) são o suporte de toda a rede, sem a qual o doente não deixará de estar institucionalizado e, por sua vez, não se conseguirá demonstrar redução de custos na abordagem destes doentes e consequentemente critérios de efetividade e eficiência, assim como a redução da mortalidade institucional destes doentes.

Por fim, e em jeito de sugestão, articulando os resultados obtidos da RSL aqui em análise, com a reflexão da e na prática clínica durante a prestação de cuidados paliativos a doentes e famílias em contexto domiciliário, propõe-se que no planeamento das intervenções o enfermeiro atenda aos seguintes aspetos – organização e dinâmica familiar, dimensão afetivo-relacional, recursos económicos e sociais, rede social e familiar de apoio, condições habitacionais, capacidade instrumental e cognitiva do cuidador. Assim, pretende-se a formação de um plano assistencial baseado em ações e decisões alicerçadas no conhecimento real das vivências familiares, para que se possa concorrer para a melhoria dos cuidados ao doente e família nesta fase do ciclo de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Diana (2013) – O Impacto da Doença Oncológica na Família. **Portal dos Psicólogos** [em linha]. ISSN 1646-6977. Acedido a 14/04/2015.

Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0327.pdf>

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (2006) – **Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: recomendações da ANCP.**

CAPELAS, Manuel Luís (2009) – Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. **Cadernos de Saúde.** Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. **ISBN:** 977164705500594. Vol. 2, nº 1 (2009). p.51-57

CASTRO, Susana (2008) – **Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio.** Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS. CIPE (2006) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão Beta. Geneve: Associação Portuguesa dos Enfermeiros

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM (1948) [acedido a 15 Dezembro 2014]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2014) – **Portugal: Doenças Oncológicas em números 2014**. Lisboa: DGS. ISSN 2183-07

DURO, Susana (2013) – **Cuidar da Família ao Longo da Vida**. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN: 978-972-54-0372-3

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2015) – **Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos**. Porto: ERS

EYRE, Sharon (2010) - Supporting informal carers of dying patients: the district nurse's role. **Nursing Standard**. Vol. 24, nº 22. p. 43-48. Acedido em 16/04/2015.

Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=92f5e730-062b-41fe-891d-1c39e7dc6643%40sessionmgr114&vid=0&hid=110&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=20222376>

GIVEN, Barbara et al (2012) – Family and Caregiver Needs over the Course of the Cancer Trajectory. **Journal Supportive Oncology**. Vol. 10, nº 2 (Março 2012) p. 57-64

HANSON, Shirley (2005) - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família**. 2ª edição. Loures: Lusociência. ISBN: 974-8383-83-5

JACK, Barbara et al. (2013) - Supporting home care for the dying: an evaluation of healthcare professionals' perspectives of an individually tailored hospice at home service. **Journal of Clinical Nursing** [em linha]. Vol. 22, p. 2778-2786. Acedido em 16/04/2015.

Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=0ab38144-2d41-4892-95f1-f0f25cba3b98%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4114&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=23600967>

JORGE, Ana Maria (2004) – **Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-79-7.

KUBLER-ROSS, Elisabeth (1998) – **Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 8ª Edição. São Paulo: Martins Fontes. ISBN 85-336-0963-9

LIMA, Filipe (2013) – **Necessidades do Familiar/Cuidador do Doente Oncológico Paliativo**. **Revista de Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN: 2182-9764. 2ª Série, nº 4 (Agosto 2013). p. 38-47

MACEDO, Ana et al. (2008) – Perfil da Doença Oncológica em Portugal: Racional, Objectivos e Metodologia – Estudo Perfil. **Acta Medica Portuguesa**. Vol. 21, nº 4 (2008). p. 329-334

MATOS, Pedro; PEREIRA, Maria da Graça (2005) – Áreas de Intervenção na Doença Oncológica. In: PEREIRA, Maria da Graça; LOPES, Cristiana – **O Doente Oncológico e a Sua Família**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-195-9

MEHTA, Anita et al. (2011) - Striving to Respond to Palliative Care Patients' Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 38, nº 1. p. 37-45. Acedido em 16/04/2015

Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=19105e0a-ee90-43a6-b54c-cc2fc5ccbbd1%40sessionmgr114&vid=0&hid=110&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=mdc&AN=21186150>

MINUCHIN, Salvador (1982) - **Família, Funcionamento e Tratamento**. 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas

MOREIRA, Isabel (2001) – **O Doente Terminal em Contexto Familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família**. Coimbra. Formasau. ISBN: 972-8485-22-0

NOGUEIRA, Maria Assunção (2003) – **Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE CUIDADOS PALIATIVOS - OPCP (2016)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005) - **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: Organização Mundial de Saúde. ISBN 92 4 156300 1

PASCOINHO, Ana Filipa (2011) – Cuidadores informais de idosos com patologia oncológica: Dificuldades e estratégias de coping no processo de cuidar. **Onco.New** (Portuguese Association of Oncology Nursing) [em linha].Nº16. p. 14-22. ISSN 1646-7868. Acedido em 16/04/2015.

Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=6b65d579-83f3-4711-a187-40e2829ea4ff%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4114&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=ccm&AN=2011204154>

PEREIRA, Maria da Graça; LOPES, Cristiana (2005) – **O Doente Oncológico e a Sua Família**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-195-9

SANCHEZ, Keila et al. (2010) – Apoio Social à Família do Paciente com Câncer: Identificando caminhos e direcções. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. Vol. 63, nº 2, p. 290-299.

SILVA, Kênia (2014) – Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: implicações para o processo de formação. **Ciência Cuidado e Saúde** [em linha]. Vol. 13, nº 3 p.503-510. Acedido em 16/04/2015.

SELIGMAN, L. (1996) – Promoting a Fighting Spirit: Psychotherapy for cancer patients survivors, and their families. San Francisco, Jossey-Bass Inc.

SOUSA, Janaina; ALVES, Elíoenai (2015) - Cuidados paliativos de enfermagem na atenção domiciliar. **Rev Enfermagem UFPE**. Vol. 9, nº2. p. 669-676. ISSN 1981-8963

TWYGCROSS, Robert (2003). **Cuidados Paliativos**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-093-6

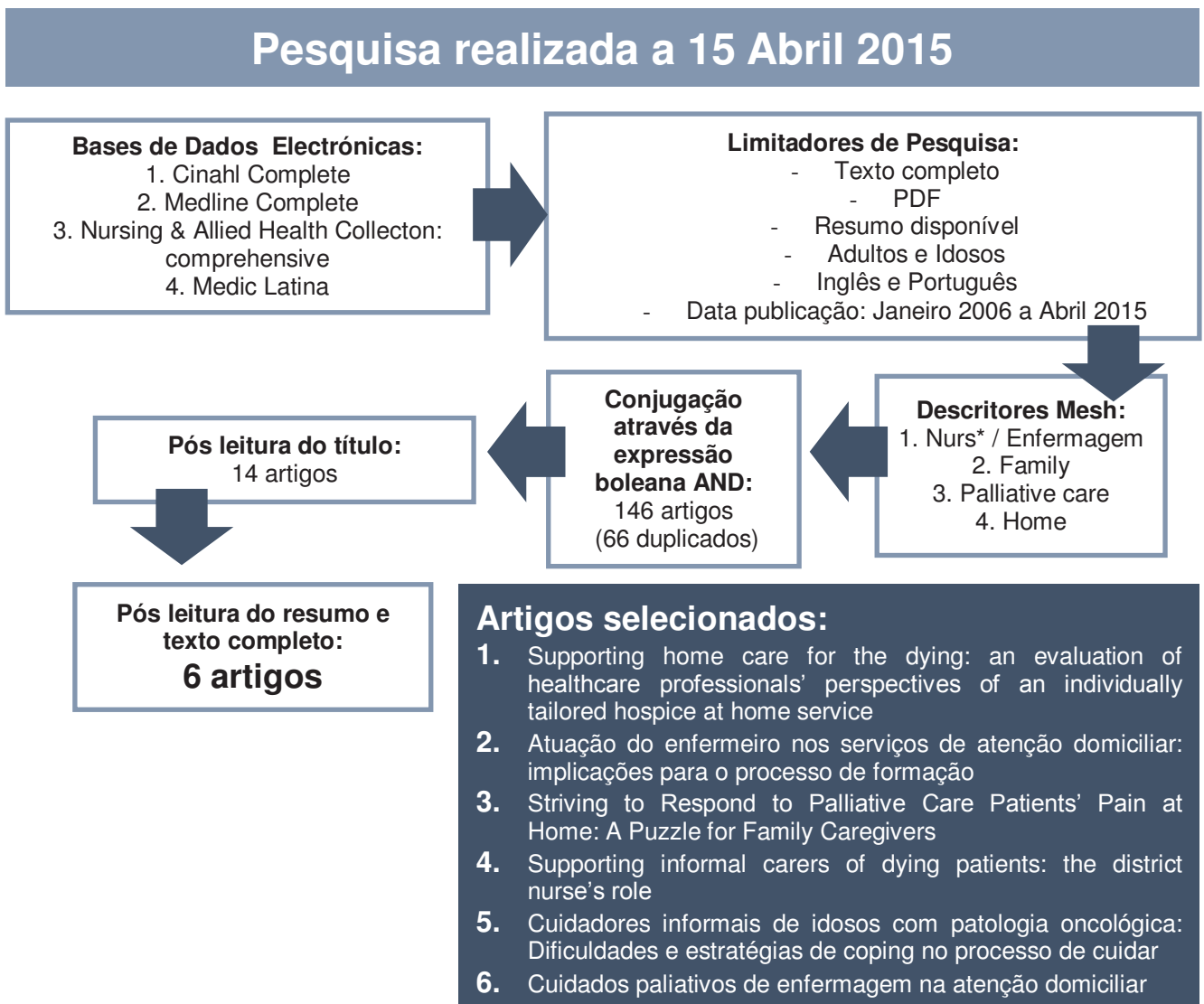
#### **LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA:**

Decreto-lei n.º 136/2015, de 28 de Julho – Rede Nacional de Cuidados Integrados

Lei n.º 52/2012, de 5 de Setembro - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Diário da República, 1ª Série – N.º 172)



FIGURA 1: PROTOCOLO DE PESQUISA - METODOLOGIA UTILIZADA



QUADRO 1

SISTEMATIZAÇÃO DA ANÁLISE DOS ESTUDOS SELECIONADOS

<b>TÍTULO:</b>	<b>1. Supporting home care for the dying: an evaluation of healthcare professionals' perspectives of an individually tailored hospice at home service</b>
<b>Autor(res)/ano</b>	JACK, Barbara et al. (2013)
<b>Objetivos</b>	- Explorar as perspetivas dos profissionais de saúde do serviço hospitalar que tem diferentes componentes individualmente adaptados para responder às necessidades dos doentes.
<b>Metodologia</b>	- Estudo quantitativo - Estudo qualitativo <b>Instrumentos de colheita de dados:</b> - Focus Group - Entrevista semi-estruturada - Inquérito eletrónico
<b>Participantes</b>	75 profissionais de saúde
<b>Resultados</b>	- Sobre a “hospitalização domiciliária” como um dos componentes do serviço hospitalar, os profissionais de saúde relataram de forma geral um impacto positivo sobre os doentes e cuidadores - cuidados individualizados, respeito pela vontade do doente, internamentos hospitalares mais curtos e diminuição dos re-internamentos. - Este tipo de serviço especializado tem a capacidade de proporcionar cuidados de acordo com as necessidades do doente e dos prestadores de cuidados ao longo da trajetória de doença. Esta parece ser uma opção de escolha do doente para uma morte em casa.
<b>TÍTULO:</b>	<b>2. Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliária: implicações para o processo de formação</b>
<b>Autor(res)/ano:</b>	SILVA, Kênia et al (2014)
<b>Objetivos</b>	- Descrever os serviços de atenção domiciliária de Belo Horizonte - Analisar o papel da enfermagem nesse contexto, discutindo as implicações para a formação dos enfermeiros.
<b>Metodologia</b>	Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa <b>Instrumentos de colheita de dados:</b> - Entrevista com os coordenadores e enfermeiros dos programas de atenção domiciliária - Estudos de casos de pacientes assistidos no domicílio
<b>Participantes</b>	- 13 serviços de atenção domiciliária (SAD) públicos e privados - 10 coordenadores dos SAD - 9 enfermeiros
<b>Resultados</b>	- A preparação dos enfermeiros relativamente aos cuidados domiciliários, é um desafio para o ensino em enfermagem. Presume-se que, para além da prestação de cuidados, há necessidade de formação de uma nova equipa de trabalho que tenha como desafio cuidar das pessoas no seu contexto familiar, exigindo a aquisição de competências não apenas técnicas, mas também sociais humanas, e éticas (decidir nas distintas e imprevisíveis situações que se apresentam, implica lidar com a exposição das tensões e contradições das relações familiares, por exemplo) - Os enfermeiros desempenham papéis de gestão, supervisão, procedimentos, identificação de situações de risco ou vulnerabilidade, articulação dialógica com a família, etc. - A discussão do plano de cuidados com a família é fundamental, visto que

	<p>um dos pressupostos desta modalidade assistencial é tornar o cuidador e o doente corresponsáveis pelo cuidado. Deste modo, a família assume uma responsabilização nos processos de tomada de decisão associada aos cuidados prestados, com a permanência das decisões centradas na equipa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O contacto telefónico pode ser um meio de contacto para orientações pontuais quanto ao uso de medicamentos, sondas, cateteres ou em situações de agudização. Pós contacto telefónico, a situação clínica do doente é analisada.</li> <li>- A monitorização eletrónica é também utilizada como estratégia, uma ferramenta que pode ser ativada para garantir o acompanhamento dos pacientes clinicamente estáveis.</li> </ul>
<b>TÍTULO:</b>	<b>3. Striving to respond to palliative care patients' pain at home: a puzzle for family caregivers</b>
<b>Autor(es)/ano</b>	MEHTA, Anita et al. (2011)
<b>Objetivos</b>	Descrever os vários tipos de dor experienciados pelos pacientes em cuidados paliativos no domicílio, como os seus cuidadores e familiares avaliam a dor e como é que intervêm.
<b>Metodologia</b>	Estudo qualitativo - Grounded Theory <b>Instrumentos de recolha de dados:</b> - Entrevista semi-estruturadas
<b>Participantes</b>	24 cuidadores familiares de doentes com cancro avançado que recebem cuidados paliativos em casa
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os cuidadores familiares avaliaram diferentes tipos de dor e, por conseguinte, aplicaram diferentes tipos de intervenções. Nem todos os cuidadores familiares foram capazes de distinguir os diferentes tipos de dor que afligem os doentes e, conseqüentemente, não selecionaram as intervenções mais apropriadas. Isto muitas vezes, leva a uma gestão inadequada da dor e à frustração dos cuidadores familiares.</li> <li>- Um conhecimento aprofundado sobre a dor e os vários tipos de dor é primordial para uma melhor intervenção e conseqüentemente um melhor controlo da dor.</li> </ul>
<b>TÍTULO:</b>	<b>4. Supporting informal carers of dying patients: the district nurse's role</b>
<b>Autor(es)/ano</b>	EYRE, Sharon (2010)
<b>Objetivos</b>	- Explorar o papel do enfermeiro no apoio aos familiares e amigos, que assumem o papel de cuidadores informais para com os doentes que desejam morrer em casa
<b>Metodologia</b>	Revisão sistemática da literatura
<b>Participantes</b>	-----
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O enfermeiro pode apoiar os cuidadores, promover o conforto ao doente, encontrar as necessidades do cuidador, usando as suas competências de comunicação e aconselhamento, fornecendo informação em tempo útil, planeando e antecipando as necessidades e coordenar os serviços e profissionais adequados.</li> <li>- Através do uso de GSF (Gold Standards Framework) e da LCP (Liverpool Care Pathway) o enfermeiro e a equipa de cuidados primários podem estar aptos para ajudar os doentes e os seus cuidadores a experienciarem uma "boa morte".</li> <li>- Ferramentas de cuidado aos doentes: GSF (Gold Standards Framework), ferramenta criada para o cuidado paliativo em doentes com cancro. No Reino Unido, esta ferramenta tem sido usada no cuidado a doentes não oncológicos em regime de cuidados</li> </ul>

	<p>paliativos. Esta ferramenta é baseada nos sete C's (1) comunicação; 2) coordenação; 3) controlo sintomático; 4) continuidade; 5) aprendizagem contínua; 6) apoio ao cuidador; 7) cuidar de quem está a morrer.</p> <p>LCP - Modelo com as melhores práticas para cuidar de doentes em fim de vida quer no hospital, quer no domicílio em equipas multidisciplinares. Impulsiona os profissionais a comunicarem com os cuidadores sobre a sua consciência e compreensão que o paciente está próximo da morte.</p> <p>Este modelo, pode ainda, ser usado para guiar os enfermeiros no seu papel de apoio aos cuidadores durante os últimos dias de vida dos doentes.</p>
<b>TÍTULO:</b>	<b>5. Cuidadores informais de idosos com patologia oncológica: Dificuldades e estratégias de coping no processo de cuidar</b>
<b>Autor(es)/ano</b>	PASCOINHO, Ana (2011)
<b>Objetivos</b>	- Identificar as necessidades dos cuidadores informais de idosos com patologia oncológica da área de abrangência do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE e as estratégias de coping que mobilizam para fazer face ao processo de cuidados ao idoso.
<b>Metodologia</b>	<p>Estudo descritivo-correlacional, quantitativo</p> <p><b>Instrumentos de recolha de dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevistas semi-estruturadas tendo como base um instrumento de colheita de dados que inclui um questionário sócio-demográfico, as escalas CA DI e CAMI, que pretendem avaliar respetivamente as dificuldades sentidas pelo cuidador e as estratégias de coping utilizadas.</li> </ul>
<b>Participantes</b>	- 65 cuidadores informais de idosos seguidos em ambulatório o HDFF, EPE
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os cuidadores, na sua maioria idosos, percecionam poucas dificuldades no âmbito do processo de cuidados. As mais evidenciadas são as relacionadas com: exigências físicas e financeiras (pensões de velhice baixas/baixos rendimentos dos cuidadores. A ausência de campanhas de divulgação de apoios sociais/financeiros junto da população idosa, limita o acesso a ajudas técnicas e financeiras); Deficiente apoio profissional (Deve tentar-se que haja uma melhor articulação entre a tríade cuidador informal/cuidador formal/idoso e deve fomentar-se uma maior interação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, promovendo a troca de informação entre hospitais e centros de saúde da área de residência destas famílias).</li> <li>- As estratégias de <i>coping</i> utilizadas não são muito eficazes, sendo as mais úteis as relacionadas com ações que visam lidar com os acontecimentos/resolver problemas.</li> <li>- Há relação entre a idade do cuidador informal e as dificuldades financeiras e as dificuldades relacionadas com o apoio profissional e há relação entre as dificuldades sentidas pelos cuidadores e o apoio profissional prestado. Também existe relação entre as dificuldades do cuidador e o grau de dependência percecionado pelo idoso.</li> </ul>
<b>TÍTULO:</b>	<b>6. Cuidados paliativos de enfermagem na atenção domiciliar</b>
<b>Autor(res)/Ano:</b>	SOUSA, Janaina; ALVES, Elíoenai (2015)
<b>Objetivos</b>	Identificar a produção científica em enfermagem sobre cuidados paliativos no cuidado domiciliário
<b>Metodologia</b>	Estudo exploratório, com análise bibliométrica
<b>Participantes</b>	13 resumos (2 teses e 11 dissertações)
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subáreas temáticas observadas foram: cuidadores, neoplasias, família, morte, acolhimento, atenção primária à saúde, cuidados de enfermagem e Estratégia Saúde da Família.</li> <li>- Observa-se baixa produtividade na temática dos cuidados paliativos na</li> </ul>

	<p>atenção domiciliária, com crescimento descontínuo, mas incipiente se considerarmos que os cuidados paliativos passaram a ter maior visibilidade após 2002 com a publicação da Organização Mundial de Saúde sobre os conceitos e princípios norteadores desta prática.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Perspetiva dos cuidadores: vantagens (liberdade e autonomia nos horários de refeições, higiene, sono, lazer e receção de visitas; desvantagens (sobrecarga, privação e maior responsabilização, decorrentes, por vezes, de situações de falta de apoio social)</li><li>- Perspetiva da equipa: o convívio com pacientes com cancro em fase avançada, a conspiração do silêncio, e as emoções advindas do compartilhamento do sofrimento dos pacientes e dos seus familiares ao lidar com a morte são desafios a ser superados. Referem concretizar ações de interdisciplinaridade por meio de reuniões de equipa, na busca por um consenso sobre os cuidados ao doente e à família.</li><li>- Ser cuidador em contexto domiciliário é uma difícil e desafiante experiência, na qual o cuidado ao paciente em fase final de uma doença no domicílio é percebido como um trabalho complexo e criativo que resulta em crescimento pessoal, às vezes marcado pelo cuidado solitário. Paralelamente, observa-se nos cuidadores uma capacidade de transcender as suas limitações pessoais e de adquirir conhecimento técnico para o cuidado.</li></ul>
--	---

