



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Vivências em Cuidados Paliativos

Relatório de Estágio apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre
em Cuidados Paliativos

por

Ana Catarina Magalhães Ferreira

sob orientação de

Professora Doutora Margarida Vieira

Universidade Católica Portuguesa

Novembro, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Vivências em Cuidados Paliativos

Relatório de Estágio apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre
em Cuidados Paliativos

por

Ana Catarina Magalhães Ferreira

sob orientação de

Professora Doutora Margarida Vieira

Universidade Católica Portuguesa

Novembro, 2012

*“O que realmente torna o sofrimento intolerável é quando este não é cuidado” (Cicely
Saunders, 1993)*

RESUMO

Devido a um aumento exponencial das doenças crónicas, associado ao aumento da esperança média de vida e consequentemente à constituição de uma população muito envelhecida, os cuidados de longa duração e, a filosofia dos cuidados paliativos na qualidade dos cuidados de enfermagem torna-se fundamental.

A minha escolha por um estágio nesta área para conclusão do Mestrado em Cuidados Paliativos, prende-se com este facto. O presente trabalho, expõe todos os objetivos, atividades e intervenções desenvolvidas ao longo do estágio, bem como os obstáculos, dificuldades sentidas e estratégias utilizadas para os ultrapassar. Uma grande parte do estágio decorreu no Hospital Pedro Hispano na Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos intra-hospitalar e na assistência domiciliar da mesma equipa em parceria com o Centro de Saúde de Leça da Palmeira. Posteriormente foi realizado um estágio no Centro de Humanización de la Salud dos Religiosos Camilos, em Madrid, o que permitiu a comparação de uma outra realidade da assistência em cuidados paliativos.

Este relatório traduz toda a minha motivação, empenho e expectativa para conseguir melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, prestados ao doente paliativo, tendo em conta toda a sua vulnerabilidade pela fase em que se encontra. Ao longo deste documento, relato os objetivos a que me propus, nos diferentes campos de estágio, bem como os obstáculos e dificuldades na sua execução. Descrevo e constato alguns dos cuidados e competências adquiridas, bem como, realidade dos domicílios, necessidades dos doentes, comunicação estabelecida, controle sintomático e algumas reflexões críticas sobre os cuidados prestados. Elaborei um guia de acolhimento do doente e um estudo de caso, conforme as necessidades sentidas.

Da intensa e profunda reflexão sobre o trabalho desenvolvido, constatei que o interesse por este tipo de cuidados tem vindo a crescer, todavia, continuam a existir lacunas na formação dos profissionais de saúde, sendo que para uma excelência de cuidados nesta área será necessário uma formação específica.

ABSTRACT

Due to an exponential increase in chronic diseases associated with increased life expectancy and hence the formation of a very aged population, the long-term care and the philosophy of palliative care on quality of nursing care becomes essential. My choice for an internship in this area to complete the MSc in Palliative Care, relates to this fact. This paper exposes all the objectives, activities and interventions developed during the internship, as well as the obstacles, difficulties and also, the strategies used to overcome them. A large part of the internship took place at the Hospital Pedro Hispano Support Team in Palliative Care-hospital and in home care in the same team in partnership with the Centro de Saúde de Leça da Palmeira. This experience was enriched with an internship at Centre de la Salud Humanización of Religious Camilos in Madrid, which allowed the comparison of another reality in palliative care.

This report reflects all my motivation, commitment and expectation to be able to improve the quality of nursing care provided to palliative patient, taking into account all their vulnerability through the phase where it is. Throughout this document, reporting the goals that I set out in the various fields of the internship, as well as obstacles and difficulties in implementation. I describe and realize some of the care and skills, as well as the reality of the households, the needs of patients, communication established, symptomatic control and some critical reflections on the care provided. I felt the need to prepare a guide to ease the admission of the patient and a case study.

From the intense and profound reflection on the work I developed, I found that the general interest for this area type of care has increased, however, gaps remain in the training of health professionals, and specific training will be needed to achieve excellence of care in this.

AGRADECIMENTOS

À Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos, pelo apoio, incentivo, orientação e esclarecimento de dúvidas. Em especial à Dra. Céu Guerra e ao Enfermeiro Miguel por me terem proporcionado a oportunidade de realizar atividades que enriqueceram o meu estágio e por me fazer refletir sobre os problemas da pessoa alvo de cuidados.

À Professora Doutora Margarida Vieira pela orientação e apoio na realização do meu Relatório de Estágio.

A todos os professores que me fizeram crescer a nível profissional, contribuindo assim para o meu desenvolvimento.

À enfermeira e amiga Marta Passos pela disponibilidade, partilha de experiências e pelos bons e maus momentos que permitiram engrandecer a capacidade de trabalho em grupo.

À psicóloga e amiga Mariana Pereira pelo seu apoio, sabedoria e partilha de experiências.

À professora doutora Maria Cândida Pacheco pelos conselhos e amizade.

Ao meu primo, enfermeiro António Manuel Alves Vieira da Silva que sempre me ajudou e incentivou para saber sempre mais em Enfermagem.

Aos meus Pais por toda a ajuda e compreensão sempre demonstrada ao longo do meu percurso académico.

Ao Miguel pelo apoio incondicional ao longo da minha
vida.

E por último, mas não menos importante, obrigado a todos os **doentes e familiares** com quem tive a oportunidade de prestar bons cuidados de enfermagem e com quem pude crescer a nível profissional e pessoal.

A todos um sincero obrigado!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DM2 – Diabetes Mellitus do tipo 2

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System

HCIS – Health Care Information System

IPO – Instituto Português de Oncologia

OBS – Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

SAPE – Sistema de Apoio á Prática de Enfermagem

SC – Subcutânea

SU – Serviço de Urgência

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. JUSTIFICAÇÃO DO ESTÁGIO	13
3. ESTÁGIO NO HOSPITAL PEDRO HISPANO	15
3.1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL E DA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS	15
3.2. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	19
3.3. ESTUDO DE CASO.....	51
4. VISITA DE ESTUDO AO CENTRO DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD DE SAN CAMILO	63
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD DE SAN CAMILO	63
4.2. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	64
5. CONCLUSÃO.....	69
6. BIBLIOGRAFIA	71

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Guia de Acolhimento ao Doente e Família

Anexo II – Plano de Formação no Centro de Humanización de la Salud de San Camilo, Madrid.

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. Para a conclusão deste mestrado, optei por um estágio curricular que decorreu no período de 19 de Março a 19 de Maio de 2012, na Equipa de Cuidados Paliativos do Hospital Pedro Hispano, no Porto. Realizei ainda um pequeno estágio ao Centro de Humanización de la Salud dos Religiosos Camilos, em Madrid, no período de 4 a 6 de Junho de 2012.

Este documento tem como objetivo a descrição de atividades e intervenções de enfermagem desenvolvidas em estágio, bem como a sua reflexão crítica. Com os objetivos traçados numa fase inicial e a sua posterior reflexão, constatei se foram ou não adquiridas competências em cuidados paliativos.

A metodologia utilizada na elaboração do relatório é descritiva e crítico-reflexiva, ou seja, é realizada uma descrição de atividades, com reflexão crítica dos resultados destas atividades para a minha aprendizagem.

Aprofundi e desenvolvi as competências adquiridas nas unidades curriculares anteriores, levando à consolidação do saber e do saber-fazer para aquisição progressiva de competências relacionadas com o saber-ser enfermeiro (nomeadamente saber ser enfermeiro em cuidados paliativos). A aquisição de competências resulta de um contacto direto com o cliente enquanto recetor dos cuidados de enfermagem, com estruturas sociais de intervenção e com a experiência e saberes dos restantes profissionais.

A minha opção pelo estágio foi de certa forma, uma maneira de aplicar todos os conhecimentos adquiridos ao longo do 1ºano do mestrado, e sobretudo aplicar esses conhecimentos numa instituição que implementasse a filosofia dos cuidados paliativos. O contacto com novas realidades, com diferentes equipas, aqui ou fora de Portugal é uma experiência de aprendizagem e como tal, uma forma de aquisição de novos conhecimentos.

O período de estágio mais alargado foi na Equipa de Suporte de Cuidados Paliativos do Hospital Pedro Hispano (19 de Março a 19 de Maio de 2012), onde

usufruí da oportunidade de prestar cuidados diretos aos doentes paliativos e pôr em prática todos os conhecimentos previamente adquiridos. Estes cuidados foram prestados nos domicílios dos doentes da área de residência do Centro de Saúde de Leça da Palmeira, sendo que foi dada assistência no Hospital Pedro Hispano. Realizei um estágio de quinze horas no Centro de Humanización de la Salud dos Religiosos Camilos, em Madrid (4 a 6 de Junho de 2012), onde pude observar e refletir sobre um diferente contexto e sobre a assistência ao doente paliativo.

Ao longo deste relatório irei realizar uma justificação mais complexa sobre a minha opção pela realização de um estágio, bem como a caracterização dos locais onde desenvolvi atividades para a concretização dos meus objetivos. Menciono quais os objetivos gerais e específicos a que me propus, bem como as atividades e intervenções desenvolvidas para a sua concretização. Especifico quais as dificuldades sentidas e como as consegui ultrapassar para atingir os meus objetivos. Descrevo um estudo de caso de um doente que me sensibilizou e que de certa forma me levou a refletir sobre temas de difícil decisão em cuidados paliativos. Por último, apresento as conclusões com todos os resultados obtidos e onde irei sintetizar as competências adquiridas ao longo deste percurso, não esquecendo de enunciar todas as dificuldades e limitações sentidas para a consecução dos meus objetivos.

Deste modo, considero que o relatório é um documento substancial que retrata as principais vivências e aprendizagens do estudante, ao longo do decorrer do estágio.

2. JUSTIFICAÇÃO DO ESTÁGIO

A minha opção pela realização de um estágio em Cuidados Paliativos foi no sentido de conseguir desenvolver competências na assistência em enfermagem, transferindo conhecimentos adquiridos em sala de aula, para a prática clínica. Desenvolver competências técnicas, relacionais e teóricas com o doente paliativo/família e com a equipa multidisciplinar. Para Phaneuf (2005) citado por Sapeta (2011,p.106), uma competência é “o conjunto integrado de habilidades cognitivas, habilidades psico-motoras e de comportamentos sócio-afectivos que permitem exercer, ao nível do desempenho, exigido à entrada do mercado de trabalho, um papel, uma função, uma tarefa ou uma atividade”. Se não possuímos estas competências numa fase de licenciatura, num mestrado é algo que deve começar a ser interiorizado, uma vez que me estou a especializar em uma determinada área. É algo que não está desde logo construído mas que se vai construindo ao longo do tempo e ao longo do meu percurso como enfermeira. Segundo Phaneuf (2005), citado por Sapeta (2011,p.107), “a competência para exercer cuidados de enfermagem revela-se muito complexa e supõe uma combinatória de múltiplas dimensões onde os saberes científicos, organizacionais e técnicos se interpenetram e se alimentam uns aos outros”.

Para Le Boterf, citado por Sapeta (2011,p.99), “para construir e operacionalizar as suas competências, um individuo precisa de sentido”. Por isso, com a escolha deste estágio eu pretendi que as minhas intervenções não fossem meramente um cumprimento de normas e protocolos da equipa de cuidados paliativos mas a prestação de cuidados diferenciados, personalizados e individualizados a cada doente, tendo em conta o estado de vulnerabilidade em que se encontra e sobretudo privilegiando o bem-estar e a qualidade de vida dele.

3. ESTÁGIO NO HOSPITAL PEDRO HISPANO

Este capítulo dedica-se exclusivamente ao local onde desenvolvi grande parte do meu estágio em Cuidados Paliativos, o Hospital Pedro Hispano. Tendo como base um documento provisório denominado “Regulamento da Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos”, realizei a caracterização da equipa, bem como o seu modo de atuação e áreas de trabalho, funções dos enfermeiros e articulação com os centros de saúde. Mencionei quais os objetivos a que me propus (gerais e específicos), bem como as atividades desenvolvidas para a sua execução, sendo que evidenciei quais as dificuldades sentidas para atingir estes objetivos. Por fim, elaborei um estudo de caso de um doente ao qual prestei cuidados de enfermagem e no qual desenvolvi um plano de cuidados, utilizando uma linguagem CIPE.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL E DA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

A Equipa de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde de Matosinhos é uma equipa multidisciplinar, que integra médicos e enfermeiros do ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde) e hospital, com apoio de outros profissionais de saúde, nomeadamente psicólogo e assistente social. A sua área de influência respeita todo o concelho de Matosinhos (Leça da Palmeira, São Mamede Infesta, Senhora da Hora e Matosinhos).

Tem como missão promover os Cuidados Paliativos no concelho de Matosinhos, integrando recursos dos cuidados de saúde hospitalares e primários, de forma a promover a articulação entre os dois níveis de cuidados e melhorar a acessibilidade a Cuidados Paliativos.

É uma equipa transversal à Unidade Local de Saúde, exercendo atividade quer no hospital, quer no ACES e comunidade. Tem uma coordenação única e responsáveis da área médica e enfermagem exercidas por elementos pertencentes à Equipa, de modo a promover a articulação entre diferentes níveis e uma efetiva continuidade de cuidados.

A implementação na ULSM (Unidade Local de Saúde de Matosinhos) de uma equipa de suporte em Cuidados Paliativos que integra vertente de consultadoria intra-hospitalar e a de consultadoria e apoio domiciliário tem como objetivos:

- Otimizar os recursos existentes;
- Facilitar o acesso de toda a população residente em Matosinhos a Cuidados Paliativos de excelência, independentemente do contexto em que acedem aos cuidados de saúde;
- Assumir um papel dinamizador na implementação de um modelo de cuidados ao nível da ULSM que beneficie a dignidade e a qualidade de vida dos doentes com doença terminal;
- Disponibilizar uma ação de consultadoria e formação contínua a todos os profissionais, de acordo com o contexto de cuidados em que exercem, em particular na discussão de dilemas éticos e no apoio à tomada de decisão;
- Diminuir a distância entre os dois níveis de cuidados permitindo uma troca de experiências e aprendizagens;
- Permitir uma efetiva articulação entre os dois sectores de saúde, fator essencial para um funcionamento adequado não só dos Cuidados Paliativos, mas de toda a rede de Cuidados Continuados.

Pretende-se que a equipa de suporte em Cuidados Paliativos da ULSM tenha formação diferenciada, móvel, mas que não dispõe de estrutura de internamento, mas de espaço físico para sedear a sua atividade.

Esta equipa é constituída por dois médicos, cinco enfermeiros, uma assistente social e um psicólogo. A equipa está sediada no piso quatro do Hospital Pedro Hispano, dispondo de um apoio de assistente técnico.

A equipa dispõe de uma viatura própria para deslocação dos profissionais, entre hospital e centros de saúde e domicílio. Em alternativa usa a frota de viaturas da ULSM. Também dispõe de um gabinete, onde se efetuam as consultas externas e de um gabinete situado no Hospital de Dia para se efetuar possíveis procedimentos invasivos e atitudes terapêuticas.

Dispõe de material básico para eventual intervenção urgente (medicamentos, incluindo opióides, compressas, agulhas, entre outros). O material básico disponível para a equipa deve sempre existir em stock próprio sob a responsabilidade desta.

A equipa de Cuidados Paliativos tem como áreas de trabalho:

- **Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos** (após solicitação pela equipa assistencial) prestando consultadoria a doentes internados, ao serviço de urgência, intervenções em hospital de dia e idealmente, dispondo de consulta aberta médica e de enfermagem.
- **Consulta Externa Hospitalar de Cuidados Paliativos**, em que são observados doentes referenciados do internamento, da consulta de grupo oncológica e doentes referenciados do serviço de Urgência.
- **Consultadoria em Cuidados Paliativos** em casa centro de saúde da ULISM, articulando com as equipas assistenciais, através da integração de enfermeiro da equipa de Cuidados Paliativos em equipa de cuidados do Centro de Saúde (Unidade de Cuidados na Comunidade/Equipa de Cuidados Continuados Integrados – UCC/ECCI).
- **Apoio Domiciliário**, após consultadoria com médico assistente, após internamento hospitalar, ou por referenciação de outras equipas de Cuidados Paliativos.
- **Apoio Telefónico** das 9h às 15h dias úteis, através da disponibilização do número do secretário, por enfermeiro/médico da equipa hospitalar.
- **Outras funções:** articula-se com hospital e/ou rede de Cuidados Continuados Integrados quando necessário o internamento; manter reunião semanal interdisciplinar com discussão dos doentes em seguimento; programar ações de formação em Cuidados Paliativos nos Centros de Saúde e hospital; promover intercâmbio com outras equipas de Cuidados Paliativos; participar em estudos clínicos; facultar estágios práticos em Cuidados Paliativos.

A equipa é interdisciplinar, todavia com especificidades comuns a cada um dos grupos profissionais, no entanto só irão ser abordadas as funções do enfermeiro na equipa.

São funções do enfermeiro da equipa:

- ✓ Identificar as necessidades de saúde do doente e competências do cuidador;
- ✓ Estabelecer relação com o doente/cuidador de modo a ser o elo de ligação privilegiado para assegurar a prestação de cuidados;
- ✓ Elaborar um plano de cuidados para o doente/cuidador adaptado ao local de permanência;
- ✓ Estar atento a sinais de fadiga do cuidador;
- ✓ Ser o elo de ligação para a continuidade de cuidados entre hospital/domicílio devendo ser o consultor do enfermeiro de família.

Articulação

O pedido de intervenção da equipa de Cuidados Paliativos poder ser efetuado quer a partir do hospital quer a partir do domicílio. Podem ainda ser referenciados diretamente à equipa, utentes/cuidadores em seguimento por outras equipas de Cuidados Paliativos.

A nível hospitalar, quando no internamento é identificada a necessidade de intervenção da equipa deve o pedido ser formalizado pelo médico responsável pelo doente, através do pedido de colaboração interna de Medicina Paliativa, no SAM (Sistema de Apoio ao Médico).

Se o doente se encontra no serviço de Urgência, em “triagem”, “sala de tratamentos 2”, ou “OBS” (observação) deve o médico responsável pelo doente contactar telefonicamente o médico da equipa de Cuidados Paliativos, de modo a ser avaliada a disponibilidade da equipa intra-hospitalar. Se o doente se encontra em “OBS” mas com internamento formalizado no SAM, deve ser efetuado o pedido de colaboração interna de Medicina Paliativa. Pode também ser solicitada a consulta externa de Cuidados Paliativos através do HCIS (Health Care Information System).

Em consulta externa a colaboração é solicitada através do pedido de consulta externa de Cuidados Paliativos, se for previsível a necessidade de apoio domiciliário, tal deve ser referido no pedido de colaboração.

Quando no domicílio, o pedido de colaboração da equipa é efetuado pelo médico assistente de cuidados de saúde primários através de um impresso “Consultadoria de Cuidados Paliativos”. Esse pedido é entregue ao enfermeiro da equipa pertencente a esse centro de saúde. O pedido de consultadoria é analisado na reunião semanal de quarta-feira.

Em alternativa, e se a colaboração for considerada urgente, o médico assistente deve contactar telefonicamente os médicos hospitalares que integram a equipa em tempo completo.

A equipa de Cuidados Paliativos promove e colabora com outras equipas na realização de estudos, estabelecimento de protocolos de atuação e dinamização de cuidados. É promovida e incentivada a formação contínua dos elementos da equipa. Esta equipa tem também protocolos institucionais estabelecidos com várias faculdades para a possibilidade de estágios.

3.2. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Antes de enunciar os objetivos, referi algumas das suas funções, com o intuito de serem um auxílio numa reflexão mais profunda. Assim, um objetivo deve ser capaz de clarificar uma ideia, deve ser um instrumento de comunicação e servir de instrumento de orientação do estudante na aprendizagem, sendo por isso, um guia do seu percurso. Um guia, para que se consiga desenvolver competências no saber-fazer (aptidões, prática e técnicas de relação), saber-saber (conhecimentos teóricos), saber-ser (atitudes) e saber-evoluir, isto porque cada vez mais se verifica a necessidade de formação específica em cuidados paliativos por parte dos enfermeiros, mas também se apura a falta de motivação para evoluírem nesta área. Segundo Mccoughlan, citado por Pessini et al (2004, p.178), “tanto no ocidente rico como nos países pobres, a educação inicial dos profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, psicólogos – presta pouca atenção às questões da morte e do morrer”. Este facto contribui de certa forma, para que existam mitos e ideias erróneas, em torno dos cuidados paliativos, tais como, a morfina ser o

último fármaco a ser utilizado (abreviando a morte) e o doente que é admitido em cuidados paliativos é porque já não há mais nada a fazer.

Como profissional de enfermagem e futura Mestre em Cuidados Paliativos, proponho-me a alcançar os objetivos que irei enunciar de seguida. Assim, através da minha capacidade de autonomia, decisão, responsabilidade, dinamismo e respeito pelo próximo, procurarei desenvolver o meu percurso de aprendizagem em cuidados paliativos, com o intuito de obter uma qualificação de mestre e sobretudo prestar cuidados de qualidade ao cliente, contribuindo para proporcionar melhores cuidados e mais conhecimentos aos profissionais de saúde, respeitando sempre a pessoa na sua multidimensionalidade e respeitando a ética e deontologia da minha profissão.

Objetivos Gerais

1. Conhecer aprofundadamente o local onde irei desenvolver estágio;

Com este objetivo pretendi desenvolver atividades, tais como, observação do Hospital Pedro Hispano (nomeadamente do local onde se encontra a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos), leitura do regulamento da equipa, comunicação com os diferentes elementos da equipa para obtenção de dados sobre o local de estágio, observação da equipa no desempenho dos seus diferentes papéis e intervenções e observação do enfermeiro tutor na prestação de cuidados.

Objetivos específicos

1.1. Adquirir conhecimentos sobre dinâmicas da equipa;

Para atingir este objetivo, desenvolvi atividades tais como, observação de dinâmicas da equipa e dos diferentes papéis dos profissionais na organização do trabalho e prestação de cuidados ao doente (abordagem ao doente paliativo).

A comunicação e a procura de informações sobre o seu regulamento/funcionamento foram também outras atividades desenvolvidas.

A integração do doente nos cuidados da Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos era feita a nível hospitalar, quando no internamento era identificada a necessidade de intervenção da equipa devendo o pedido ser formalizado pelo médico responsável pelo doente, através do pedido de colaboração interna de Medicina Paliativa, no SAM.

Se o doente se encontrasse no serviço de Urgência, em “triagem”, “sala de tratamentos 2”, ou “OBS” deveria o médico responsável pelo doente contactar telefonicamente o médico da equipa de Cuidados Paliativos, de modo a ser avaliada a disponibilidade da equipa intra-hospitalar. Se o doente se encontrasse em “OBS” mas com internamento formalizado no SAM, deveria ser efetuado o pedido de colaboração interna de Medicina Paliativa. Poderia também ser solicitada a consulta externa de Cuidados Paliativos através do HCIS.

Em consulta externa a colaboração era solicitada através do pedido de consulta externa de Cuidados Paliativos, se fosse previsível necessidade de apoio domiciliário, tal deveria ser referido no pedido de colaboração.

Quando no domicílio, o pedido de colaboração da equipa era efetuado pelo médico assistente de cuidados de saúde primários através de um impresso “Consultadoria de Cuidados Paliativos”. Esse pedido era entregue ao enfermeiro da equipa pertencente a esse centro de saúde. Em alternativa, e se a colaboração for considerada urgente, o médico assistente deveria contactar telefonicamente os médicos hospitalares que integram a equipa em tempo completo. Por vezes, esta situação era necessária uma vez que surgiam doentes (mesmo sem ser em cuidados paliativos) com sintomas mal controlados e o médico sentia a necessidade de pedir auxílio à equipa de cuidados paliativos com o objetivo de controlo sintomático. Na maioria das vezes, por dor descontrolada pedindo ajuda na dosagem e titulação de opióides.

Durante o internamento se o doente desejasse e tivesse condições físicas e sociais para ir para o domicílio, tinha essa possibilidade, sendo-lhe entregue um guia de tratamento com a medicação instituída pela equipa de cuidados paliativos bem como todas as recomendações e contactos em caso de situação urgente, ou mesmo só duvida.

Quando o doente optava por ir para domicílio, posteriormente era seguido pela equipa de cuidados paliativos domiciliários de acordo com o centro de saúde da área de residência (Leça da Palmeira, Matosinhos, Senhora da Hora e São Mamede Infesta). Se o doente não possuísse condições físicas, económicas e sociais para ir para o domicílio poderia ingressar numa unidade de cuidados paliativos, unidade de curta, média ou longa duração (conforme critérios de ingresso) ou optar por ficar no Hospital Pedro Hispano, tendo em conta que estaria num serviço de doentes agudos.

Após a observação, participação, compreensão destas dinâmicas e da forma como fui capaz de abordar o doente, considero que atingi este objetivo, sendo que o conhecimento e a prática foram atividades essenciais para a sua consecução.

1.2. Identificar os recursos humanos e materiais existentes no serviço;

As atividades desenvolvidas para a consecução deste objetivo foram a observação dos recursos humanos e materiais existentes na equipa, bem como, a reflexão sobre a necessidade de um aumento dos recursos humanos (nomeadamente de enfermeiros).

A equipa era constituída por doze elementos, cinco médicos (dois de cuidados paliativos e três médicos do centro de saúde que davam assistência à equipa), cinco enfermeiros, um psicólogo e uma assistente social.

Na minha perspetiva, e de uma maneira geral, penso que a equipa estava bem constituída, todavia a presença de um nutricionista seria uma mais-valia. Sendo a diminuição do apetite e conseqüentemente a perda da via oral, muito frequente neste tipo de doentes, torna-se necessário um apoio desta área. No tratamento de sintomas, tais como, náuseas, vômitos, xerostomia, alteração do paladar, odinofagia, obstipação e diarreia, o papel do nutricionista podia ser fundamental. Tendo em conta, o crescente aumento de doentes a necessitar destes cuidados, seriam necessários mais enfermeiros na equipa.

A nível de recursos materiais a equipa dispunha de uma sala no quarto piso do Hospital Pedro Hispano, onde se realizavam os registos de doentes no SAPE (Sistema

de Apoio à Prática de Enfermagem) e SAM, reuniões para discussão de casos e onde eram guardados livros, documentos e um cofre com alguma medicação que fosse necessária. O material necessário para os doentes ficava ao encargo do serviço onde o doente estivesse internado, se este estivesse no domicílio ficaria ao encargo do centro de saúde da área de residência.

A rentabilidade de cada turno levou-me a concluir que seria necessário mais um enfermeiro na equipa intra-hospitalar, para assim, serem prestados cuidados de excelência e o doente ser abordado de uma forma holística. A necessidade identificada teve como fundamento a escassez de tempo para a elaboração dos registos de enfermagem, mas também a impossibilidade da equipa de realizar visita a todos os doentes existentes nos vários serviços. Surgiram algumas situações em que doentes recorriam novamente ao hospital por descontrolo sintomático, o que revela que seriam necessários mais enfermeiros em domicílio para poderem fazer visitas diárias e assim, um maior controlo sintomático, despistando atempadamente situações de descontrolo de algum sintoma e apoio ao doente/família. As consultas de luto, também realizadas em domicílios pelos enfermeiros, eram quase inexistentes, devido à falta de tempo para a prestação de cuidados diretos. Por vezes, os enfermeiros conseguiam apenas fazê-lo telefonicamente, com o intuito de identificar alguma necessidade urgente.

2. Desenvolver o meu espírito crítico-reflexivo;

O nosso espírito crítico-reflexivo é construído não só pela nossa experiência pessoal mas também com base no conhecimento efetuado na pesquisa e na revisão bibliográfica. A qualidade exige reflexão, definição de objetivos e delinear de estratégias, por isso, ao longo do meu estágio e do mestrado em cuidados paliativos, mantive sempre desperta uma atitude crítico-reflexiva. Quando se trabalha para a execução de tarefas, adquire-se apenas competências do tipo “execução” deixando para trás, a capacidade de refletir sobre a prática clínica. Nesta perspetiva, o doente torna-se tão somente o “lugar” em que são realizadas as tarefas (Lopes, 1995). Este é colocado na periferia, quando deveria ser o centro da atenção do enfermeiro e de todos os cuidados. Segundo Bettinelli et al, citado por Pessini et al (2004, p. 91), “ as pessoas

deixam de ser o centro das atenções, com facilidade, transformadas em “objeto” do cuidado e fonte de lucro, perdendo sua identidade pessoal, e ficando dependentes e passivas, à espera do “poder científico” que os profissionais de saúde julgam ter”.

Em estágio, no contexto hospitalar, assisti a uma situação semelhante e que me fez refletir sobre os limites do chamado “ poder científico”. A dona M.R, de quarenta e um anos, com o diagnóstico médico de neoplasia do cólon, e uma metastização a nível hepático, ao longo do internamento, nunca aceitou a doença, manifestando atitudes de negação, mesmo com apoio do psicólogo da equipa. Aceitou sempre todas as ideias e intervenções médicas, com o intuito de alcançar a cura. Foram realizadas múltiplas intervenções, até que os oncologistas acharam que “ não havia mais nada a fazer” e pediram a colaboração dos cuidados paliativos para controle sintomático. Quando o “poder científico” deixou de funcionar com esta doente, ela passou para segundo plano. Foi colocada num serviço, desprovida da sua identidade pessoal, à espera da visita da equipa de cuidados paliativos. Este episódio, e o continuo acompanhar da doente, levou-me a refletir e pesquisar sobre esta temática, concluindo que toda esta conspiração de silêncio em torno da doente e a não aceitação por parte dos profissionais de que a cura já não era possível, levou a uma negação da doença e consequentemente a um maior sofrimento até à morte. O avanço tecnológico associado ao poder científico por vezes é limitador, pois deixa para trás o respeito pelos valores humanos.

Para atingir este objetivo foi necessária uma dedicação, motivação e transposição de conhecimentos adquiridos em “sala de aula” para a prática clínica desenvolvida ao longo do estágio em cuidados paliativos. Recorri a atividades tais como, observação, identificação da necessidade de pesquisa, revisão bibliográfica, formulação de planos de cuidados e reflexão e integração de conhecimentos.

2.1. Ser capaz de integrar conhecimentos e vivenciar questões complexas utilizando e desenvolvendo o meu espírito crítico-reflexivo para compreensão e resolução dessas questões;

Para a concretização deste objetivo, a identificação da necessidade de revisão bibliográfica face a situações de prática clínica foi fundamental. Ao longo do estágio senti necessidade de rever conhecimentos já adquiridos anteriormente (quer a nível de licenciatura ou mestrado) e senti necessidade de pesquisar e assim adquirir novos conhecimentos. Através de alguma revisão bibliográfica, desenvolvi o meu saber-fazer cognitivo, aprendendo a tratar informação e a dar-lhe o sentido certo.

Vivenciei situações em que me senti um pouco dividida entre a minha opinião pessoal e o conhecimento. Consegui ultrapassar esta dificuldade com a ajuda da minha capacidade de reflexão crítica sobre cada situação específica. O conhecimento e a qualidade de vida do doente são dois fatores que estiverem sempre presentes nas minhas decisões. Segundo Burlá et al, citado por Pessini et al (2004,p.127), “ no processo da terminalidade deve-se levar em conta não a quantidade de vida que resta à pessoa, mas sim a qualidade de vida, que deve permanecer até ao final”. Recordo uma situação de uma doente com um diagnóstico médico de glioblastoma multiforme, ao qual a toma de corticosteroides prolongava a vida inutilmente. A doente manifestou de forma consciente, a sua vontade pela suspensão destes fármacos. Quando questionada pelo enfermeiro e médica responsáveis, sobre a sua suspensão, senti algum conflito interior entre a minha opinião pessoal e o saber profissional. A minha resposta final foi baseada no conhecimento previamente adquirido e sobretudo na vontade da doente, respeitando assim, a sua autonomia. Opinião que coincidiu com a dos profissionais responsáveis pelo caso. Com esta doente, tive a oportunidade de realizar algumas técnicas de enfermagem, tais como, a colocação de cateter subcutâneo, administração de opióides, tratamento de feridas, entre outros. A par com a habilidade técnica desenvolvida, sinto que fui capaz de refletir sobre estas técnicas tendo em conta a doente e o seu domicílio, ou seja, colocar um soro em perfusão valorizando não só fatores inerentes à doente, mas também as condições da habitação, conhecimentos do prestador de cuidados e preferência da doente.

Nesta situação que vivenciei houve uma vontade expressa da doente, pela suspensão da terapêutica. Esta questão foi comunicada ao filho (familiar mais próximo) que aceitou e compreendeu a decisão da mãe. Após reflexão e ponderação, a equipa optou pela suspensão do corticosteroide. Passado alguns dias a doente faleceu no domicílio, de forma tranquila.

A nível hospitalar, experienciei uma situação um pouco semelhante à descrita anteriormente, todavia, enquanto na anterior foi um pedido consciente para a suspensão de tratamentos, nesta houve um pedido baseado no sofrimento e descontrole sintomático. A dona L.M de quarenta e um anos, com o diagnóstico de neoplasia do cólon e metastização a nível ósseo. No decorrer das visitas, a doente demonstrou sempre sentimentos de esperança, isto é, confiança na equipa, entusiasmo pela vida, expressando as razões que tinha para viver e para manter uma atitude otimista. Sempre tive dificuldade em perceber, como é que apesar de tantos tratamentos e de estar com uma anemia, ela mantinha energia e boa disposição. Porém, em todas as conversas que tive com ela, tentei sempre dar a entender que ela deveria estar preparada para se alguma coisa corresse menos bem, como uma espécie de “*tiro de aviso*”, ou seja, preparando-a para o avançar da doença, para um possível descontrolo sintomático, mas sempre reforçando a ideia de que teria ajuda da equipa numa fase final. Após a doente ter ido para domicílio (sendo seguida por um colega da equipa), recorreu à urgência com um descontrole sintomático, sendo que apresentava dor dez (segundo escala numérica da dor) e a sua manifestação foi através de choro e gritos. Os médicos da urgência pediram ajuda à equipa de cuidados paliativos, tendo-me deslocado à urgência com a médica da equipa.

Foi talvez das situações mais marcantes deste estágio e da minha vida, enquanto pessoa e profissional de saúde. A doente apresentava uma intensa sudorese, palidez e alteração dos parâmetros vitais. Apresentava uma dor, não só física mas total. Para Saunders (1967), citado por Pimenta et al (2006, p.333), “o conceito da dor total, que inclui a dor física (sensação dolorosa associada a lesões reais), a dor psíquica (medos do sofrimento, da morte, do desconhecido, tristezas, raiva, revolta, perdas, inseguranças, incertezas, desespero, depressão), a dor social (isolamento, rejeição, abandono, mudanças de papéis, dependência, inutilidade) e a dor espiritual (falta de sentido na vida e na morte, medo do pós-morte, do submeter-se, das culpas perante

Deus, busca de fé, de conforto espiritual) ”. Este conceito de dor total deve-se ao facto de ela advir de múltiplos fatores e por isso, requerer da parte do profissional uma abordagem holística. Para além disso, o profissional ainda tem de estar atento às barreiras que se apresentam ao controlo da dor. A doente referiu frases, tais como, “Eu não tenho direito a morrer? Quero morrer com a minha dor controlada, com dignidade.”. Segundo Pimenta et al (2006,p.125), “ a dor oncológica é referida em cerca de 60% dos doentes e 30% relatam como moderada a intensa. Apesar de frequente, a dor oncológica é controlada inadequadamente”, todavia, “ seu alívio é um direito da pessoa, que deve ser atendido pelos profissionais”.

As intervenções com esta doente passaram pelo controle efetivo da dor física, através de analgésicos e após melhoria desta, a compreensão da etiologia do “pedido para morrer”. Segundo Pessini (2006,p.114), “ Quando alguém pede para morrer, precisamos avaliar qual o verdadeiro motivo”. Um pedido para morrer pode ter origem em algum conflito do doente, ou apenas ser um sinal de alerta para o profissional de saúde estar mais atento a este.

Percebi que o fez num ato de desespero e que efetivamente tinha assuntos pendentes que ainda desejava resolver em vida. Segundo Kovács, citado por Pimenta et al (2006,p.98), “ é importante que descubramos as razões mais profundas para tal pedido, como, por exemplo, sofrimento muito incapacitante e intolerável, um não-sentido para a vida, o desejo de deixar de ser uma sobrecarga para a família”. Porém, para mim esta situação foi extremamente difícil, uma vez que nunca tinha sido confrontada com uma vivência tão forte a nível emocional. O presenciar do sofrimento da doente e da forma como esta se encontrava na urgência, levou-me a concluir que grande parte dos profissionais de saúde não estão preparados a nível de conhecimentos, nem de emoções para lidar com estes acontecimentos. Por vezes, o doente só necessita de ver esclarecida alguma dúvida, ou saber que não vai estar sozinho num momento difícil. Senti uma enorme impotência, em não poder tomar decisões, mas também, satisfação por conseguir refletir sobre este caso, com discernimento, conhecimento e consciência.

Comparando os dois casos, mencionados anteriormente, posso concluir que efetivamente um deles foi um pedido consciente para a suspensão de terapêutica e dos tratamentos que prolongavam a vida futilmente e o outro foi um pedido de desespero

em que a dor total conduziu a uma tomada de decisões precipitadas por parte da doente. Posso ainda concluir, que a falta de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde a nível de controlo sintomático e sobretudo do uso de opióides conduz ao medo de intervir e conseqüentemente a uma má qualidade dos cuidados prestados a este tipo de doentes.

2.2. Ser capaz de realizar uma avaliação sobre o meu processo de aprendizagem;

Ao longo do estágio e das formações a que assisti fui refletindo sobre quais as minhas dificuldades, “pontos fortes”, “pontos fracos”, pontos a melhorar e sobretudo sobre o que poderia fazer para melhorar o conforto e a qualidade de vida do doente. O refletir sobre o meu processo de aprendizagem conduz a uma reflexão e avaliação sobre os cuidados prestados ao doente, durante a prática clínica. A avaliação é uma forma de procurar o sentido/ valor de determinada intervenção.

Segundo Collière (1999,p.315), “ a avaliação dos cuidados de enfermagem tem como fim questionar a maneira como os cuidados dinamizam as capacidades das pessoas para responder às suas necessidades de saúde, isto é, como lhes permitem valorizar o que fazem, adquirir uma valorização do que são, mas, ao mesmo tempo – porque uma coisa não vai sem a outra – como as enfermeiras e enfermeiros valorizam as suas capacidades de prestar cuidados desenvolvendo-as, diversificando-as a partir desse questionar sobre os problemas humanos”. Perante esta afirmação, julgo que a identificação do problema se revela o pilar fundamental para a formulação de um diagnóstico de enfermagem, o traçar de objetivos e intervenções específicas, que sejam capazes de conduzir o doente à consciência e à motivação pelo seu processo de saúde.

Para uma correta avaliação do processo de aprendizagem, considero que foi imprescindível a formulação de planos de cuidados específicos para cada doente, pois só assim, consegui refletir e perceber quais os resultados das intervenções prestadas. Embora, não me tivesse sido atribuída uma classificação, sinto que fui capaz de atingir este objetivo com êxito pois fui sempre competente para autocriticar-me e autoavaliar-me. Segundo Le Boterf (2003), citado por Sapeta (2011, p.105), existem vários tipos de saberes a nível do desenvolvimento de competências, tais como, saberes teóricos,

saberes do meio, saberes processuais, saber-fazer operacional, experiencial, social e relacional e cognitivo. Estes saberes vão sendo adquiridos ao longo do nosso percurso académico e profissional. Na minha perspetiva penso que consegui realizar uma correta avaliação dos que desenvolvi e aprofundi.

3. Mobilizar conhecimentos teórico-práticos na assistência de enfermagem ao doente paliativo;

Para a consecução deste objetivo foi necessário o desenvolvimento de conhecimentos e competências a vários níveis. Pressupõe-se que tenha desenvolvido não só habilidades técnicas de enfermagem, mas também conhecimentos sobre as várias áreas e temas de cuidados paliativos e da assistência ao doente. Para atingir este objetivo foi indispensável o reconhecimento e reflexão sobre as minhas limitações e obstáculos. Todavia, segundo os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001) “bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas”, ou seja, enquanto enfermeira devo ser detentora de uma sensibilidade e perspicácia que me permita perceber as necessidades da pessoa alvo de cuidados, sabendo que esta é um ser biopsicossocial.

3.1. Elaborar um plano de cuidados de enfermagem, específico para cada doente;

Ao longo do estágio, demonstrei uma atitude pró-ativa na elaboração de planos de cuidados de enfermagem. Segundo Collière (1999,p.245), “se o processo de cuidados se inicia por um levantamento das necessidades vitais e pela procura de uma forma de lhes responder, há que fazer apelo a conhecimentos diversos e de naturezas diferentes para perceber os sinais do processo saúde-doença e compreender a sua significação”. Por isso, discuti e refleti sempre com o enfermeiro tutor sobre os principais problemas de enfermagem dos doentes, diagnósticos, intervenções implementadas e resultados dessas mesmas intervenções, com o objetivo de prestar cuidados individualizados e específicos. Para identificar um problema ou uma necessidade, não basta somente termos conhecimentos, mas sim relacioná-los com a pessoa que estamos a observar, ou seja, conhecer a pessoa e criar uma ligação com esta, para que ela se sinta segura e confiante para verbalizar os seus sentimentos e necessidades. Baseei-me no registo de

doentes no SAPE, mas também me senti motivada para elaborar os meus planos de cuidados e pensar em cada pessoa individualmente, tendo como guia orientador a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). No decorrer deste relatório apresentei um estudo de caso com o seu respetivo plano de cuidados que considerei ser uma mais-valia para a minha aprendizagem. Na elaboração de planos de cuidados identifiquei segundo a CIPE, como focos mais comuns, dor, medo, autocuidado, stresse do prestador de cuidados, conhecimento e atitude face à gestão de medicamentos. Como principais diagnósticos de enfermagem identificados, penso ser pertinente referir a dor presente, medo presente (que normalmente é face à doença, tratamentos, morte e situação familiar), autocuidado dependente (devido à incapacidade da pessoa de tratar das suas necessidades básicas e íntimas), stresse do prestador de cuidados presente e o diagnóstico do conhecimento diminuído em relação à alimentação, posicionamentos e gestão do regime terapêutico, eram muito frequentes. Ainda relativamente ao diagnóstico de enfermagem medo e da sua etiologia, segundo Parkes et al (1998), citado por Pessini et al (2004, p.279), “apontam os principais medos daqueles que estão gravemente enfermos: separação das pessoas ou situações familiares; de se tornar uma sobrecarga para os outros; de perder o controle dos dependentes; de não dar conta das responsabilidades; de se tornar dependentes; de não conseguir realizar as metas desejadas; de não ver o futuro dos familiares (filhos e netos crescerem); de morrer; do medo dos outros, de vê-lo refletido no olhar, espelho da alma”. Sobretudo em doentes mais novos, com filhos pequenos, prevalece muito esta angústia e medo, por não os verem crescer e por não poderem ser uma proteção para eles. Para Pessini et al (2008,p.152), “alguns pacientes manifestam temor em relação a algumas questões espirituais, entre as quais: não ser perdoado por Deus, não saber o que vai acontecer depois da morte e não ter encontrado o sentido da vida”.

A elaboração de planos de cuidados permite uma continuidade nos cuidados. Segundo os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001) “Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”. Em cuidados paliativos, reporto-me mais para uma fase de prevenção de complicações decorrentes de uma fase avançada da doença e promoção do bem-estar, conforto e qualidade de vida do doente. É necessária, “a identificação, o mais rapidamente quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais os enfermeiros têm competência, para prescrever, implementar e avaliar

intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

As intervenções de enfermagem que implementei foram variadas, uma vez que para um mesmo diagnóstico, podem existir intervenções diferentes, tendo em conta o doente que é alvo dos meus cuidados, o seu diagnóstico médico, situação familiar, económica, entre outros fatores que se tornam preponderantes na implementação de intervenções autónomas. Todavia, menciono algumas das intervenções mais comuns em cuidados paliativos, segundo a CIPE versão um:

- Gerir o regime medicamentoso;
- Gerir a dor;
- Monitorizar o estado fisiológico do doente;
- Manter a dignidade e a privacidade;
- Avaliar resposta do doente à medicação;
- Avaliar o controlo de sintomas;
- Avaliar o bem-estar psicológico;

Estas foram algumas das intervenções de enfermagem implementadas no decorrer da prática clínica.

A elaboração de planos de cuidados permite uma melhor gestão do tempo em função dos cuidados, o que se torna uma mais-valia para o doente pois este beneficia de uma melhor adequação e personalização dos cuidados, evitando a “repetição” das intervenções a que é sujeito. Permite uma uniformização da linguagem, ou seja, passamos todos a utilizar uma linguagem universal. Através da elaboração de planos de cuidados específicos consegui fazer uma correta avaliação dos cuidados prestados, pois só assim, é possível uma visão global de problema, diagnóstico, intervenções e resultados dessas intervenções. Só assim, com estes resultados poderemos chegar a níveis de excelência nos cuidados.

3.2. Realizar técnicas e procedimentos de enfermagem de acordo com a situação clínica do doente;

Considero que me adaptei a este tipo de cuidados de forma bem-sucedida. A nível da medicação senti-me apta na preparação e administração. Na realização de outras técnicas, tais como, tratamento de feridas, colheitas de sangue, entubações, trocas de sacos de colostomias, foram sempre realizadas com conhecimento e habilidade técnica e adequadas ao estado do doente. Por vezes, os profissionais tendem a valorizar muito a técnica ou então, a desvalorizá-la, referindo-a como um indicador de desumanização. Segundo Bermejo (2008,p.16),” a técnica é um meio que mais que desumanizar, pode humanizar, dependendo de como é utilizada”. A esta citação, posso acrescentar que quem realiza a técnica é o homem (profissional de saúde), por isso, nas suas mãos está o poder de humanizá-la ou não. Na minha prestação de cuidados e sobretudo na realização das técnicas de enfermagem, valorizei sempre a vontade e autonomia do doente e a sua privacidade, adaptando o procedimento à pessoa alvo de cuidados e por isso, contribuindo para a personalização dos cuidados de enfermagem.

Como refere Bermejo (2008,p.18), “ muitas vezes, o doente e o profissional da saúde encontram-se ligados apenas por aparelhos, tubos e demais instrumentos terapêuticos. Em consequência, paulatinamente vem-se depositando a confiança nos medicamentos e nos instrumentos acessórios de diagnóstico ou tratamento, ao invés da pessoa”.

Em cuidados paliativos, se o doente confiar mais na técnica do que no profissional de saúde, o resultado poderá ser um maior sofrimento para o doente numa fase final de vida, uma vez que a cura nunca irá ser atingida. Como cita Bermejo (2008,p.23), “ o valor primordial da dignidade da pessoa deveria orientar o uso da tecnologia, a fim de que ela não se torne desumanizadora.” Transferindo esta citação para a minha prática clínica e refletindo sobre as minhas ações, considero que fui capaz de prestar cuidados adaptados ao doente, agindo pelo respeito da sua dignidade, privacidade e autonomia. O ideal segundo Barbosa et al, citado por Neto (2010, p.247), é que os cuidados paliativos “ pretendam ser uma resposta técnica e humanizada aos problemas e sofrimento gerados pela progressão das doenças graves, e/ou crónicas e incuráveis”. A técnica associada a um cuidado humanizado, transforma-se numa intervenção de excelência para o doente.

3.3.Comunicar de forma eficaz com o doente/família;

Na concretização deste objetivo, existiram algumas atividades/intervenções importantes tais como, observação atenta do doente e família, o estabelecimento de uma relação prévia baseada em empatia, veracidade, profundidade, assertividade e análise da situação tendo em conta a situação específica de cada doente. Segundo Collière (1999,p.246),”para descobrir, escutar e compreender o que nos dizem as pessoas que procuram cuidados, é necessário reaprender a ver e reaprender a linguagem: a linguagem utilizada pelas pessoas no seu quotidiano”. Com esta afirmação, posso concluir que muitas das informações e necessidades dos doentes, são identificadas ou confirmadas através da linguagem não-verbal, ou seja, do olhar, fâcies, postura e forma de estar da pessoa no seu contexto social. Porém, é igualmente importante que eu consiga perceber e compreender a linguagem dos doentes, sendo que muitas das vezes são utilizadas expressões pouco conhecidas ou então, são-nos dadas “pistas” sobre determinado problema, ao qual devemos estar atentos para descodificar.

No contexto de estágio, senti algumas dificuldades na aplicação de uma comunicação eficaz, nomeadamente em doentes com alterações cognitivas.

Para Mota et al citado por Pimenta et al (2006.p.279), “conceitos como consciência, atenção, percepção e memória, entre outros, estão envolvidos na cognição, e a sua disfunção deve-se ao comprometimento de qualquer um desses conceitos que leve a prejuízos na capacidade de o individuo pensar de maneira clara e coerente”. Como referem os mesmos autores, os principais quadros de alteração cognitiva são o delírio, demência, ansiedade e depressão. Segundo Barbosa et al citado por Neto (2010, p.247), “ sendo a demência uma entidade cuja incidência tem vindo a aumentar francamente no mundo ocidental, são ainda poucas as pessoas com demência a receber cuidados paliativos de qualidade: por dificuldade em reconhecer a demência avançada como uma doença terminal, por dificuldades em avaliar e assumir um prognóstico e em suspender terapêuticas fúteis, por dificuldade na valorização dos sintomas através da aplicação das escalas de avaliação tradicionais e por dificuldade em o doente expressar claramente a sua vontade”. Tendo em conta as dificuldades dos profissionais, referidas na citação anterior, e a minha identificação com algumas destas dificuldades, optei por expor uma situação que ocorreu em estágio.

Na assistência domiciliar, vivenciei um episódio de um doente com sessenta e oito anos e um diagnóstico médico de carcinoma do pâncreas, com uma demência, nomeadamente Alzheimer. O estabelecimento da comunicação com este doente foi bastante difícil, sendo que a minha intervenção foi mais direcionada para a família, nomeadamente a esposa, cuidadora principal. Realizei duas visitas domiciliárias por dia, com o intuito de proporcionar um maior controlo sintomático, a nível físico e psicológico. Quando abordei pela primeira vez este doente e cuidadora, percebi que eles estavam nitidamente em sofrimento. O doente não tinha dor, mas tinha insónias, períodos de maior irritabilidade, confusão e mesmo de agressividade com a prestadora de cuidados. Porém, também se verificavam alguns momentos de lucidez em que este referia sentir-se desorientado em relação à sua doença. A comunicação e aliança com a família foi de extrema importância na implementação de intervenções e assim, um controlo sintomático efetivo. Com recurso à farmacologia e algumas medidas não farmacológicas, de controlo de ambiente, ruídos e rotinas do doente, este ficou mais tranquilo, representando assim um menor perigo para si e para a família. Todavia, com a diminuição do estado de lucidez e consciência do doente e pela sobrecarga, stresse e exaustão apresentado pela família, esta preferiu o internamento do doente numa unidade de cuidados paliativos (IPO – Porto). Para Pereira (2010, p.81), “ o acompanhamento do doente em fase terminal de vida por parte dos seus familiares pode conduzir a uma situação de stresse e de desgaste emocional, quer pela perda iminente e processo de luto antecipado que estes desenvolvem, quer pela exaustão física e emocional que a prestação de cuidados pode provocar”. Assim, a equipa agilizou tudo para que rapidamente o doente fosse internado, uma vez que este correspondia a alguns dos critérios de admissão nas unidades de cuidados paliativos (cansaço do cuidador informal principal e desgaste/exaustão familiar). Segundo Pereira (2010,p.92), “ o apoio proporcionado à pessoa doente e/ou em fase terminal de vida em regime de internamento, pode ainda ter a vantagem de contribuir para que o desgaste físico e psicológico dos familiares seja menor, além de poder proporcionar uma sensação de maior confiança e segurança, desde logo pelo facto de haver uma maior capacidade de resposta face a situações eventualmente complexas”. Este facto contribuiu assim, para diminuir o stresse e a preocupação da prestadora de cuidados. Também em contexto hospitalar, se consegue um controlo sintomático efetivo, não só em relação ao cancro, mas também há demência, que por vezes numa etapa final se torna de difícil controlo.

Para Barbosa et al citado por Neto (2010, p.250), “ nas fases finais de demência, os sintomas mais frequentes serão as alterações comportamentais, a dor abdominal (atenção à obstipação, à retenção urinária e aos fecalomas), as dificuldades na alimentação, a febre e as infecções e a retenção das secreções respiratórias”.

Nesta situação que experienciei pude desenvolver a minha assertividade, capacidade de escuta e compreensão face a momentos mais “tensos” e ao mesmo tempo desenvolver intervenções com o doente/família, com o objetivo de obter um maior controlo sintomático e melhoria do seu bem-estar. Foram implementadas intervenções, tais como, promoção de um ambiente calmo, iluminado e sem ruídos que despoletassem ansiedade no doente, orientação do doente em relação ao espaço, tempo e mesmo em relação a si próprio, transmissão de tranquilidade e confiança, mas ao mesmo tempo adotando uma atitude firme e assertiva, evitando confrontos. Mesmo assim, o recurso à farmacologia (haloperidol) foi fundamental, uma vez que as alterações do ciclo sono-vigília, com insónias e comportamentos agressivos, dificultavam a qualidade de vida do doente e da prestadora de cuidados. O estabelecimento da comunicação com o doente e a identificação de alguns sintomas físicos e sua etiologia foram dificultados pela alteração cognitiva apresentada. A comunicação com a prestadora de cuidados e com a família do doente, foi essencial para ultrapassar esta dificuldade, uma vez que estes são conhecedores do doente de uma forma integra.

Apesar, de se ter recorrido ao internamento, através das minhas intervenções e do apoio dado à família, posso afirmar que fiz tudo o que estava ao meu alcance, como estagiária. Informei sempre o doente de todos os procedimentos e nunca realizei uma intervenção contra a sua vontade. O doente tem o direito de saber sempre a verdade para poder decidir livremente, desde que isso não o prejudique diretamente, ou outra pessoa. A informação reduz a ambiguidade que é grande causadora de angústia para o doente/família.

Ao longo do estágio vivenciei ainda outras situações particularmente difíceis. Em contexto hospitalar, deparei-me muitas vezes com uma intensa e repetida conspiração de silêncio. Na maioria das vezes, os médicos assistentes, não comunicavam os diagnósticos aos doentes. Esta sobrecarga acabava por ficar para a equipa de cuidados paliativos. Como é que se diz a um doente que vai morrer? Como se prepara a família? Como se explica que não vale a pena insistir nos tratamentos? Como

se declara que afinal já não há solução e que agora manter o conforto e a qualidade de vida será o essencial? São questões muito complexas, que ao longo do mestrado fui ouvindo e lendo na literatura, mas nunca tinha experienciado tão de perto. E estas questões estão munidas de um intenso sofrimento para o doente e família. A grande dificuldade não está em dar ou não dar a má notícia, mas sim em como fazê-lo. Para Kovács, citado por Pimenta et al (2006,p.95), “ O que se observa tradicionalmente é o jogo do empurra, no qual cada membro da equipe acha que é o outro que deve comunicar ao paciente, e ninguém assume a responsabilidade, e alguém terá de desincumbir-se da tarefa”. A mesma autora citada por Pimenta et al (2006,p.90) chama à conspiração do silêncio, “ um teatro de má qualidade”.

Na minha opinião, o doente sabe sempre aquilo que tem e por mais que os profissionais, familiares e pessoas significativas procurem esconder, ele saberá sempre que algo se passa com ele. O omitir um diagnóstico a um doente pode fazer com que o processo de aceitação da doença se torne mais moroso. No entanto, apenas devo dizer aquilo que o doente quer saber acerca do seu estado. Como forma de ultrapassar esta dificuldade, baseei-me na teoria de **Robert Buckman** (1992) sobre os seis passos para a comunicação de más notícias. Em primeiro lugar, devo proporcionar um ambiente adequado, ou seja, o enfermeiro deve assegurar que existe um ambiente calmo, tranquilo, sem interrupções, onde o doente e a família possam ter o seu momento de reflexão. É também importante, avaliar aquilo que ele sabe e para isso existem inúmeras estratégias. O enfermeiro pode perguntar ao doente se sabe o valor, objetivo de determinado exame que realizou, pode mesmo perguntar o significado de um sintoma. O terceiro passo é saber aquilo que ele quer saber, isto é, se o doente quer saber do seu estado, da sua doença ou se prefere que ela seja transmitida a um familiar/pessoa significativa. A comunicação de uma má notícia não deve ser imposta, deve ser livre. O quarto passo é a transmissão da notícia, em que o enfermeiro deve estabelecer um diálogo com o doente, evitando termos técnicos e eufemismos que dificultem a compreensão ou que minimizem, agravem a situação. É relevante salientar que neste passo não podem ser dadas falsas esperanças, pois isso só irá agravar o sofrimento. O próximo passo é a resposta às reações deste com respeito e empatia. O enfermeiro deve respeitar e aceitar a reação deste, escutando e dando-lhe espaço para a expressão de sentimentos. Por fim, a sexta e última fase é a proposta de um plano de acompanhamento, ou seja, o profissional de saúde estabelece um “contracto”,

“negócio”, que possibilite o seu acompanhamento nessa fase da vida, estabelecendo objetivos que possam ser exequíveis e que não originem frustração.

As más notícias devem ser dadas de forma consciente e por um profissional (normalmente médico ou enfermeiro) que acompanhe mais o doente e família, e sobretudo que seja de referência para estes, ou seja, aqueles que permaneceram com eles desde o início do internamento e que de certa forma, estabeleceram com eles uma aliança terapêutica, baseada em conceitos como, confiança, empatia, respeito, honestidade, veracidade e escuta ativa.

Em suma, este foi um dos objetivos mais difíceis de conseguir mas, talvez seja, o que foi melhor conseguido ao longo do estágio em cuidados paliativos. Segundo Pimenta et al, citado por Kovács (2006,p.88), “uma escuta atenta envolve também o olhar, observar olhos, rosto, mãos, postura. Envolve ir além das palavras, do conteúdo e estar ciente do tom de voz, das reticências, do silêncio”.

Na concretização deste objetivo senti a necessidade de explorar, desenvolver e consolidar uma competência emocional. Para Gilbert et al (1995), citado por Bermejo (2008,p.91), a competência emocional é a “ habilidade de conhecer e lidar com o âmbito dos sentimentos”. Perante esta citação, não significa que eu seja desprovida de sentimentos, todavia que os saiba controlar e usar em benefício das minhas ações. O desenvolvimento desta competência torna-se por isso, uma mais-valia na prestação de cuidados.

Segundo Bermejo (2008,p.92), “ é necessário que os profissionais de saúde realizem consigo mesmos um processo de integração dos próprios sentimentos, que passe a reconhecê-los, a aprender a lhes dar nome, aceitá-los sem moralizar sobre eles, aproveitar sua energia colocando-a a serviço dos valores, e a serem donos de sua expressão de maneira assertiva”.

3.4. Estabelecer uma relação empática com o doente/família;

Para Bermejo (2011), a empatia

“ supõe adotar o marco de referência pessoal do outro para captar o seu mundo interior; uma espécie de radar emocional ou significados. O objetivo último não é sentir o mesmo que o outro, nem se quer estar de acordo com o outro, mas compreender e transmitir compreensão, mesmo que não se partilhe o que se compreende, ou seja, que não se esteja de acordo”.

A concretização deste objetivo torna-se bastante difícil uma vez que o estabelecimento de uma relação empática depende de vários fatores. Os profissionais podem teoricamente saber o que é ser empático mas na prática não o conseguem aplicar. Na verdade, o conciliar da empatia, do ser empático, com o que são cuidados ao doente paliativo, ainda se torna mais confuso para alguns profissionais de saúde. Segundo Ferreira, citado por Barbosa et al (2010,p.192), “ a ideia de que Cuidados Paliativos são «colocar a minha mão empática sobre a mão sofrida de um doente e às vezes dar um pouco de morfina» só pode revelar duas realidades: superficialidade do conhecimento e profundidade do desconhecimento”. Para segurar na mão do doente não preciso de ser profissional de saúde, qualquer amigo ou voluntário o faz, todavia para segurar na mão do doente, compreendendo os seus problemas e juntamente com ele, procurando estratégias de coping, ou incentivando-o a encontrar estratégias que lhe permitam enfrentar os problemas de forma positiva, só uma verdadeira relação empática e de ajuda o poderá fazer.

Segundo Bermejo (2011), a atitude empática engloba três fases: *identificação*, *incorporação* e *repercussão e separação*. Na minha opinião, inconscientemente abordei cada uma delas. Envolvi-me na problemática e na vivência de cada doente e cada família. Consegui que as comunicações estabelecidas, despertassem impulsos semelhantes, ou seja, como se naquele momento fosse eu a viver a situação. Contudo, chega sempre o momento da separação, em que me afastei temporariamente do doente e fui conduzida pela razão, deixando um pouco de lado o patamar dos sentimentos.

Com o auxílio das aulas lecionadas a nível do mestrado, dos exercícios práticos que foram realizados e com a minha experiência e sensibilidade a nível pessoal foi-me possível concretizar este objetivo.

3.5. Integrar conhecimentos de ética e deontologia nos cuidados de enfermagem, atendendo aos direitos humanos e envolvendo a pessoa no seu processo de doença.

Este objetivo apresenta uma maior relevância para quem usufrui dos cuidados (doente) e talvez seja, o menos respeitado por quem o presta (profissionais de saúde). Para a sua consecução, implementei atividades, tais como, revisão bibliográfica, observação e reflexão sobre os cuidados prestados aos doentes e pesquisa, aprofundamento de questões éticas em saúde e respeito pelos direitos dos doentes/família.

Durante o estágio deparei-me com inúmeras situações em que o doente realizava exames, e era submetido a tratamentos em que a informação e a sua posterior autorização ficavam aquém. Simplesmente era informado de que “ iria realizar um exame”. Ao nível dos procedimentos de enfermagem, a situação era muito semelhante, ou seja, observei que raramente os enfermeiros informavam e pediam autorização ao doente.

Para mim esta é das questões que são mais desrespeitadas. Segundo o artigo 84.º do código deontológico do enfermeiro, existe o dever de “ informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo (..)” . Para a enfermagem, o consentimento informado é a garantia de que a autonomia do doente está a ser respeitada. Todavia, na prática clínica isso não se verifica. Os doentes esperavam pela visita da equipa de cuidados paliativos intra-hospitalar, para questionarem sobre determinado exame que tinham feito ou que iriam realizar posteriormente.

Uma outra situação com que me confrontei diariamente em meio hospitalar foi o desrespeito pela dignidade do doente paliativo. Por vezes, este era “esquecido” por alguns profissionais de saúde, sendo que o doente paliativo era visto como aquele “por

quem já não havia mais nada a fazer”. Segundo Joaquim (1999,p.13), citado por Sapeta (2011,p.89), “ a qualidade biológica de uma vida humana não altera a sua dignidade. O demente, o doente terminal que está inconsciente ou em estado vegetativo persistente têm a mesma dignidade que eu.” Assim, o doente/família têm o direito de usufruir de uma qualidade nos cuidados, como ser humano que são e, de acordo com toda a sua história, sendo por isso o respeito por ela, um dever ético do profissional de saúde. Apesar de seres frágeis e vulneráveis devido à doença, não significa que não tenham dignidade e autonomia para poderem decidir ou escolherem alguém para decidir por eles.

A omissão de um diagnóstico por parte do enfermeiro, quando questionado pelo doente, pode adiar a resolução de questões na vida do doente que podem se manifestar numa morte com sofrimento. Segundo Pereira (2010, p.49), “ o sofrimento pode também ser agravado pela ocultação da verdade acerca da sua situação de vida, ficando a pessoa confinada à sua percepção e a um sentimento de abandono cada vez maior pela impossibilidade de poder expressar-se com os outros de um modo sincero”. O doente tem o direito à comunicação da verdade por parte dos profissionais de saúde, e perante isto, a estabelecer objetivos na sua fase final de vida.

Para Vieira (2007,p.113), “ nenhuma ação de enfermagem ocorre “num vazio moral” ou é livre de risco ou consequência moral. Até o ato mais insignificante pode afetar o bem-estar e interesses morais de outras pessoas”.

4.Desenvolver competências na área da organização/ gestão e formação para a equipa de cuidados paliativos;

Para a consecução destes objetivos foram necessárias atividades e estratégias inerentes à organização e interesse pela formação e pelo aumento de conhecimentos dentro da equipa de cuidados paliativos.

4.1. Colaborar na gestão de recursos humanos e materiais;

Para a concretização deste objetivo recorri a atividades tais como, observação da estrutura física do serviço, identificação dos recursos existentes, recolha de informações e reflexão junto da equipa de cuidados paliativos de forma a perceber toda a sua organização física e funcional.

A gestão e organização da equipa é um passo fundamental para que se consigam prestar cuidados de excelência. No meio hospitalar, a médica chefe da equipa, distribuía os enfermeiros para realizarem visita aos doentes, pelos vários serviços, sendo que só um estagiário os acompanhava. As visitas eram assim efetuadas por um médico, um enfermeiro e um estudante estagiário. Porém, penso que esta constituição seria insuficiente, devido à demora das visitas e à quantidade de doentes existentes. Assim sendo, os enfermeiros na maioria das vezes, não tinham tempo para terminar os registos de enfermagem. Ao realizar estes registos não senti qualquer dificuldade, pois senti-me sempre segura e confiante para questionar os doentes sobre toda a panóplia de sintomas, medicação, medos e situação socioeconómica atual. Por vezes, ainda tinha que reunir com os familiares e explicar a toma de algum fármaco, ou algum procedimento técnico e, aí o tempo era mesmo muito escasso. A nível de recursos humanos penso que estaria insuficiente. As equipas nos serviços não estão “aptas” na sua grande maioria, para responder às necessidades dos doentes de cuidados paliativos ou muitas das vezes, simplesmente não queriam ficar com mais esse “peso”, deixando exclusivamente ao cuidado da equipa de cuidados paliativos. Adotando uma atitude um pouco crítica, mas também muito reflexiva, concluí que não existe uma continuidade dos cuidados, nem uma uniformidade na linguagem utilizada o que acabava por prejudicar o doente e suas famílias. Os enfermeiros continuam a trabalhar por execução de tarefas e não como enfermeiros de referência para o doente, privilegiando um cuidado personalizado.

Nos cuidados ao domicílio verificou-se exatamente o mesmo, o enfermeiro da equipa não tinha tempo para realizar todas as visitas de utentes do centro de saúde em ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados) e os doentes referenciados pela equipa de cuidados paliativos pertencentes ao mesmo centro de saúde. Desloquei-me aos domicílios com o enfermeiro tutor e realizei cerca de seis domicílios por turno (por dia). Neste sentido, para efetuar registos e reformular planos de cuidados, quase sempre

ficava depois da hora. Este indicador é por isso, revelador de uma falta de recursos humanos.

No que diz respeito aos recursos materiais, penso que em ambos os sítios havia uma distribuição equitativa, e nunca faltou material ou medicação a algum doente. A equipa realizava uma adequada gestão dos materiais, sem desperdícios desnecessários.

4.2.Participar no plano de formação contínuo da equipa conforme necessidades identificadas.

Para atingir este objetivo senti necessidade de desenvolver atividades, tais como, observação das necessidades de formação na equipa, identificação das necessidades de informação/ensino dos doentes e das famílias e da formação da equipa e, ainda o planeamento e elaboração de um Guia de Acolhimento ao doente, até à presente data inexistente no serviço (**anexo II**). O diálogo com a chefe da equipa e a participação em reuniões desta foi uma atividade imprescindível para identificar as necessidades de formação.

No decorrer do estágio, identifiquei que muitos doentes numa fase inicial da doença e mesmo mais avançada, não sabiam o que eram cuidados paliativos. O médico assistencial reencaminhava os doentes para a equipa de cuidados paliativos sem lhes explicar, o que são cuidados paliativos, qual a sua filosofia e de que cuidados poderão usufruir com o apoio da equipa. Senti então necessidade de elaborar um guia de acolhimento, para o doente e a família, com o intuito de lhes fornecer mais informação. Este guia de acolhimento tinha como objetivos:

- Informar doente/família da filosofia dos cuidados paliativos;
- Dar a conhecer ao doente/família a constituição e os objetivos da equipa;
- Facilitar a apresentação/conhecimento da equipa ao doente/família.

Mesmo que esta informação seja dada oralmente ao doente, pode um familiar não compreender, ou mesmo o doente pode no momento não estar com disposição para

ouvir e, estando impresso em papel, há sempre um momento do dia em que pode ser lido, parecendo-me então uma mais-valia. Assim, este guia foi elaborado com bastante rigor e dedicação, tendo em conta aspetos tais como, linguagem simples e acessível, explicitar bem o funcionamento da equipa e contatos para o doente em caso de dúvidas sobre a sua doença, sintomas e/ou a toma de algum fármaco.

Em domicílios, também identifiquei uma área menos desenvolvida e com necessidade de maior investimento. Elaborei um draft de um folheto, mas não foi aprovado pela totalidade dos elementos da equipa. Alguns acharam importante e necessário, outros que não faria sentido tendo em conta as habilitações literárias dos utentes. Ainda sugeri que fosse aplicado só a alguns doentes, mas acabou por não haver uma uniformidade nas opiniões. O folheto tratava-se de uma descrição de vários sintomas, comuns em doentes em fase avançada da doença ou terminal, com a possibilidade de o doente ou prestador de cuidados o poder descrever, segundo características, episódio, intensidade e frequência. Nesta folha haveria ainda a possibilidade de registo de alguns parâmetros vitais. Esta necessidade surgiu de uma visita a um domicílio em que a prestadora de cuidados do doente me mostrou uns registos de tensão arterial, glicemia capilar e ainda de sintomas como vômitos, náuseas e diarreias. A folha, escrita pela familiar do doente estava um pouco confusa, daí ter surgido a necessidade de eu realizar uma folha mais formal onde colocaria todos estes dados, de forma a simplificar o seu registo e posterior avaliação. Apesar de na prática clínica aplicar a escala de avaliação de sintomas de ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), considero que muitos doentes apresentavam dificuldade em quantificar o sintoma numa escala de zero a dez. Alguns sintomas podem ser de difícil identificação e avaliação, todavia não podem ser esquecidos pelo profissional de saúde. Como refere Pereira, citado por Barbosa et al (2010,p.63), “ apesar da dor ser subjetiva, quantificá-la e documentá-la a intervalos regulares serve de indicador da resposta ao tratamento, e guia futuros planos de tratamento”. Na causa de um sintoma podem estar vários fatores etiológicos, por isso, o profissional deve avaliar antes de tratar, explicar as causas do sintoma ao doente e família, não esperar que o doente se queixe e adotar uma estratégia terapêutica mista - recorrendo a técnicas farmacológicas e não farmacológicas (Barbosa,2010). A avaliação regular de todos os sintomas, decorrentes da progressão da doença, são de extrema importância e traduzem uma boa prática de enfermagem.

Penso que a criação dessa folha de registo teria sido uma mais-valia para uma orientação sobre o controlo sintomático e assim para se necessário serem implementadas novas intervenções ou feita alguma alteração terapêutica. Segundo Pereira, citado por Barbosa et al (2010,p.58), “ os profissionais de enfermagem, pela sua maior proximidade do doente, detêm um papel fundamental na monitorização dos sintomas e, como tal, no sucesso do processo terapêutico”.

Relativamente às reuniões semanais da equipa de cuidados paliativos, penso que foram sempre um fator preponderante no meu processo de aprendizagem. Não só tive a possibilidade de observar e participar (descrevendo ou dando a opinião) na discussão/ resolução de casos, como também me motivaram para a pesquisa sobre novos temas e novos conceitos em cuidados paliativos.

A disponibilidade da equipa comigo e com o grupo foi fantástica, uma vez que foram sempre promotores de novas experiências no processo de aprendizagem.

5. Observar diferentes contextos de cuidados paliativos;

Este objetivo tem como estratégias para a sua consecução, algumas visitas de estudo dentro e fora do país, com o intuito de conhecer novas realidades em cuidados paliativos. Obtendo informações sobre essas realidades, foi importante refletir sobre os cuidados em Portugal e fora dele. Conheci o hospital Pedro Hispano e uma realidade em contexto domiciliário. Inscrevi-me na visita ao Centro de Humanización de la Salud de San Camilo, em Madrid, no qual participei com empenho e dedicação.

5.1.Realizar uma visita de estudo a um serviço de cuidados paliativos fora do país;

Com o intuito de conhecer novas realidades na prestação de cuidados paliativos, decidi inscrever-me numa visita de estudo ao Centro de Humanización de la Salud de San Camilo, em Madrid. Esta visita foi muito enriquecedora, tendo por isso contribuído para a aquisição de novos conhecimentos e para a consolidação de outros.

Com este pequeno estágio num outro contexto de cuidados paliativos foi-me possível a comparação de instalações, cuidados, profissionais, o que de certa forma se tornou enriquecedor para a minha aprendizagem.

5.2. Colaborar com a equipa de cuidados paliativos em visitas domiciliares;

Para concretizar este objetivo foram necessárias atividades, tais como, observação, reflexão das intervenções a desenvolver e técnicas a realizar, participação em reuniões de grupo e visitas domiciliárias e execução de técnicas de enfermagem.

Segundo Neto (2010, p.21), “os cuidados paliativos são cuidados preventivos: previnem maior sofrimento, motivado por vários sintomas (dor, fadiga, dispneia ou falta de ar, vômitos, confusão) pelas múltiplas perdas (físicas, psicológicas e outras) associadas à doença grave e terminal, e reduzem o risco de lutos patológicos.” Para que esta afirmação seja de certa forma “cumprida” é preciso que haja um árduo trabalho de equipa, que pode ser prestado a nível hospitalar e/ou a nível domiciliário. Requer intervenções específicas para cada doente e suas famílias.

Para Neto (2010), esta intervenção assenta em quatro pilares fundamentais:

- Saber controlar os vários sintomas que os doentes apresentam (e não apenas a dor), utilizando medidas farmacológicas (medicamentos) e não farmacológicas;
- Saber comunicar adequadamente com o doente e a sua família, usando obrigatoriamente estratégias para a promoção da sua dignidade;
- Prestar apoio à família, detetando os seus problemas, as suas necessidades, mobilizando também as suas mais-valias e ajudando-a a lidar com as perdas, antes e depois da morte do doente;
- Saber trabalhar em equipa multidisciplinar, integrando o trabalho dos diferentes profissionais e voluntários, todos devidamente treinados, para dar resposta às múltiplas necessidades dos doentes e seus familiares.

A prestação de cuidados paliativos em contexto domiciliário, tornou-se um local distinto para a prestação de cuidados personalizados e diferenciados. O domicílio permite ao doente estar no seu meio-ambiente, conforto e intimidade, na companhia dos seus familiares e/ pessoas significativas (Moreira, 2001). Posso afirmar que fui capaz de prestar este tipo de cuidados, na medida em que avaliei sempre a situação do doente, ou seja, as suas condições económicas, situação familiar, presença de um prestador de cuidados e a forma como os cuidados eram prestados por este, com o objetivo de o doente se sentir bem e confortável no domicílio. Quando menciono sentir-se “bem”, refiro-me a haver uma harmonia familiar, estar sintomaticamente controlado, entre outros fatores que possam ser relevantes para a qualidade de vida deste.

A prestação de cuidados de enfermagem e mais especificamente, cuidados paliativos ao domicílio, exigiu-me uma maior destreza, habilidade técnica e capacidade para resolução de problemas tendo em conta os vários fatores a que estive exposta (doente, família, ambiente, recursos materiais, cuidadores, entre outros). Como afirma Pereira (2010,p.97), “ os profissionais de saúde que integram a equipa de cuidados paliativos devem ser capazes de analisar a viabilidade de o acompanhamento da pessoa em fase terminal de vida poder ser proporcionado no domicílio”. Para o doente permanecer no domicílio, tem que reunir determinadas condições que assegurem uma morte com dignidade. Nesta ordem de ideias, Pereira (2010.p99), refere que “ tal só é possível se esta ajuda proporcionar alívio de sintomas, apoio psicológico, emocional e espiritual, alívio do sofrimento, comunicação adequada, promoção no conforto e apoio no luto de modo articulado e eficaz, garantindo a promoção do conforto, qualidade de vida e dignidade da pessoa nesta fase da sua vida”. Se o enfermeiro achar que há necessidade, ou que o doente não tem condições para permanecer no domicílio, deve ser consciente para propor o seu internamento.

Segundo Teixeira et al citado por Pimenta et al (2006, p.376) ” para os profissionais de saúde, atuar fora dos domínios do hospital, das paredes edificadas, do ambiente conhecido, significa exposição e risco, em que sofrem sobrecarga física e emocional”. E na minha opinião, esta foi uma das minhas dificuldades. O conhecer todo o ambiente do doente, incluindo a sua família, o facto de muitas vezes ter que improvisar situações, presenciar discussões familiares, deixou-me por um lado frágil numa fase inicial do estágio, mas por outro, uma profissional mais flexível, segura,

autônoma e com maior destreza e habilidade técnica. Também experienciei o oposto, em que os doentes estavam praticamente sozinhos e contavam apenas, com o apoio de vizinhos ou familiares distantes. Em contexto domiciliar vivenciei muitas situações de partilha de medos, de acontecimentos de vida dos doentes e familiares que me fizeram refletir sobre os cuidados que são prestados em cuidados paliativos.

O controlo dos sintomas é sempre mais complicado de monitorizar em contexto domiciliário, dado que existem doentes que não sabem explicar a dor, tendem a desvalorizar a dor que tiveram, ou então referem não se lembrar da data do episódio de dor. Porém, os cuidadores informais/familiares, nesta questão são uma mais-valia, uma vez que relembram os doentes de determinado episódio. Para Kovács citado por Pimenta et al (2006,p.92), “ uma doença grave não atinge só a pessoa, mas também toda a sua família, que passa a ser a unidade de cuidados”. Por vezes, a comunicação dos sintomas e dos sentimentos que os acompanham torna-se muito difícil para o doente. Torna-se essencial a atuação do enfermeiro na identificação destes sentimentos que possam originar sofrimento ao doente. Para Pessini et al citado por Selli (2008, p.122), “ quando o ser humano está acometido pelo sofrimento, a tendência normal é a de refletir sobre o sofrimento que o assola e também sobre a própria vida e a forma de conduzi-la. A pessoa repensa valores, atitudes e a própria finitude e fragilidade humana”. Desta reflexão, devido à proximidade da morte e, tendo em conta a minha experiência em estágio, posso concluir que existem dois tipos de doentes, os que ficam frustrados e derrotados pela doença e os que encontram uma razão para o sofrimento, aprendendo a viver com ele.

Um doente em fase terminal fica dependente para realizar a maioria das atividades diárias e, a família, é a primeira responsável pelos cuidados prestados a essa pessoa dependente. No entanto, na ausência da família, esses cuidados também podem ser realizados por vizinhos, amigos ou voluntários, podendo ser ou não remunerados. Neste processo destaca-se, quase sempre, um familiar sobre o qual recai maior responsabilidade, designado cuidador ou cuidador informal. Os cuidadores informais familiares principais realizam tarefas variadas, que passam pela vigilância/acompanhamento e prestação de cuidados diretos, disponibilizando por vezes todo o seu tempo, deixando de lado as suas próprias necessidades. A saúde desse cuidador acaba

por se ressentir e, são cada vez mais frequentes situações de ansiedade, stresse depressão e exaustão.

Durante a prestação de cuidados ao domicílio, os diálogos e os ensinamentos realizados aos prestadores de cuidados foram muito importantes e gratificantes. Porém, também vivenciei situações de exaustão, em que a solução foi mesmo o internamento do doente (de acordo com a vontade deste e da família). Verifiquei que existe uma enorme necessidade de recursos humanos para dar apoio nos domicílios. A falta de profissionais nesta área é notória e reflete-se na qualidade dos cuidados e no tempo despendido com cada doente/família. Por vezes, os cuidadores demonstram algumas dificuldades em reconhecer as necessidades do doente, pelo que é crucial que a comunicação doente-profissional-cuidador, se processe de forma sincera e verdadeira, sem quaisquer barreiras. Por outro lado, os profissionais devem ter em consideração, que os cuidadores de doentes em fase terminal precisam de mais do que informações sobre a evolução da doença, de modo a prepararem a morte. Mais do que questões sobre a doença, os comportamentos não-verbais revelam as suas dificuldades e a forma como estão a ultrapassar todo este processo.

Num dos domicílios realizados, verifiquei a dificuldade de uma prestadora de cuidados na remoção de fecalomas. Esta necessidade foi identificada, através da linguagem não-verbal (olhar e fâcies), sendo que a senhora referiu que tinha receio em partilhar as suas dúvidas por serem elementares. Uma família apoiada e instruída é o ponto de partida para serem prestados melhores cuidados e conseqüentemente o luto ser melhor ultrapassado.

Assim, uma correta avaliação dos sintomas requer visitas domiciliárias semanais/diárias ao domicílio do doente. A avaliação da dor requer o uso de instrumentos de avaliação (em que são abordados parâmetros como, local, tipo de dor, etiologia, intensidade, tempo de duração, em que momentos do dia ocorrem, com que atividades é que esta é exacerbada, com que fatores é aliviada). Porém, apesar de muitas vezes a dor ser o sintoma mais valorizado pelos profissionais, existem outros igualmente importantes, tais como, náuseas, vômitos, cansaço, dispnéia, perda de apetite, diarreia, obstipação, entre outros, que causam um intenso sofrimento no doente e na sua qualidade de vida.

Para efetuar uma correta vigilância de sintomas, desenvolvi e aprofundei conhecimentos sobre, distinção de dor aguda e crônica, incidência e etiologia da dor, fatores desencadeantes e instrumentos de avaliação. O conhecimento da escada analgésica, dos vários tipos de fármacos e seus efeitos, são de extrema importância.

Para Pimenta et al (2006, p.33), uma “boa formação profissional em dor e cuidados paliativos resulta em menos sofrimento aos doentes e familiares, contribui para uma prática profissional mais ética e humanitária e minimiza o custo do cuidado, pois evita consultas recorrentes e internações hospitalares ou domiciliares desnecessárias, por sintomas tratados inadequadamente”.

Considero que a nível do contexto domiciliário, as consultas de luto não corresponderam às minhas expectativas. Considero que este insucesso foi devido à falta de recursos humanos e por isso, ao escasso tempo despendido para estas consultas, sendo que muitas das vezes eram realizadas telefonicamente.

O acompanhamento de uma perda requer a perícia e sensibilidade do profissional de saúde para avaliar a situação. Para Barbosa et al citado por Barbosa (2010,p.488) “ sem uma cuidada avaliação prévia é difícil iniciar um projeto de ajuda pertinente, ou seja, uma intervenção que vá de encontro às verdadeiras necessidades do doente e da família, naquele momento”. Refere ainda, ser importante avaliar a natureza da perda e a ligação com o objeto perdido, ou seja, uma perda pode ser comum, pois todos vivem separações e perdas, mas ao mesmo tempo ela é única, pois cada perda tem um significado específico para cada pessoa, em cada fase da vida ou da doença. Considero que apesar de já haver um conhecimento prévio das famílias, uma “ajuda telefónica” não é suficiente para um apoio à família, ou pessoa significativa. Um processo de luto é constituído por fases, e a pessoa/família tem de ser apoiada no decorrer dessas fases e especificamente em cada uma delas.

Enquanto estagiária, apenas pude refletir sobre esta situação e pesquisar sobre como poderia ser a minha intervenção enquanto profissional. A minha intervenção seria baseada no apoio para um luto normal (disponibilizando informações sobre o processo de luto e principais recursos disponíveis), aconselhamento para lutos de risco (ajudando a pessoa a refletir sobre a perda, incentivando à procura de grupos de autoajuda, orientadores espirituais, mas também profissionais de saúde atentos aos fatores de risco

e à detecção precoce de problemas associados ao luto para, se fosse necessário a referenciação para uma intervenção mais especializada) e a terapêutica no caso de lutos complicados/patológicos (intervindo de forma especializada por equipes pluridisciplinares de saúde mental ou psicoterapeutas como formação em trabalho de grupo) (Barbosa, 2010).

Em suma, julgo que ainda prevalece uma grande necessidade de formação dos profissionais de saúde nesta área. Considero que mesmo existindo uma escassez de enfermeiros em cuidados ao domicílio, deveria ser dada mais importância ao apoio das famílias em fase de luto. Esta fase requer profissionais, com capacidade de empatia, contenção, atitude tolerante, capacidade de introspeção sobre as emoções e conflitos pessoais (Barbosa, 2010).

3.3. ESTUDO DE CASO

Introdução

Este estudo de caso foi realizado no decorrer do estágio em contexto domiciliar, juntamente com a equipa de suporte em Cuidados Paliativos do Hospital Pedro Hispano.

A minha escolha por esta doente, surgiu pela complexidade dos cuidados e pelas dúvidas que inicialmente senti, mas que posteriormente foram sendo ultrapassadas. A perspetiva que segui é a de colheita de dados e tratamento destes e elaboração de um plano de cuidados específico para a doente, tendo por base uma linguagem CIPE. Após a referência aos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados das mesmas, abordei também o que é a doença e algumas questões de carácter ético, que me conduziram a refletir com motivação, numa busca constante por uma excelência nos cuidados prestados.

Objetivos

- Adquirir conhecimentos sobre cuidados ao doente paliativo;
- Desenvolver conhecimentos sobre patologias em cuidados paliativos;
- Refletir sobre questões éticas e sua aplicabilidade.

Colheita de Dados

Nome: M.F.

Sexo: feminino

Idade: 73 anos

Raça: caucasiana

Peso: 75kg

Profissão: reformada

Estado civil: viúva

Alergias: desconhece

Audição: deficit auditivo

Visão: deficit visual

Residência: Reside em Santa Cruz do Bispo (Leça da Palmeira)

Com quem vive: vive com o filho, nora e uma neta.

Prestadores de cuidados: Tem uma irmã que vive ao lado e que presta alguns cuidados á dona M.F. Habitualmente quem está no domicílio é uma empregada, sendo que esta é a prestadora de cuidado principal.

Antecedentes pessoais: Hipertensão, dislipidémia, DM2, histerectomia, oferectomia há trinta e seis anos e apendicectomia há cinquenta anos.

Diagnóstico médico

Neoplasia do SNC (Glioblastoma multiforme desde Junho de 2010) e pedido de medicina paliativa em Junho de 2011.

O Glioblastoma multiforme é um tipo de tumor primário mais comum e mais agressivo nos seres humanos. Esta doença tem como principais sintomas: cefaleias, náuseas, vômitos, convulsões, hemiparesia, deficit da memória, personalidade ou neurológico progressivo, devido ao envolvimento do lobo frontal ou temporal. Até ao momento, não existe uma cura absoluta da doença, porém existem terapias alternativas em conjunto com o tratamento padrão, tais como, cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

História Atual

Doente com setenta e três anos, viúva e com o diagnóstico médico de glioblastoma multiforme, em Junho de 2010. Por impossibilidade de deslocação ao hospital pediu a colaboração da medicina paliativa ao domicílio, em Junho de 2011. Reside em Santa Cruz do Bispo, com o filho, nora e uma neta. Está dependente em todos os autocuidados em grau elevado. Num primeiro contato estava consciente, mas desorientada no tempo. Apresentava-se hemodinamicamente estável, com hemiparésia (lado esquerdo) e dois cateteres subcutâneos (um na região abdominal direita e outro na subclávia esquerda). Algaliada e com razoáveis débitos urinários, de urina um pouco

concentrada, úlcera de pressão de grau I no calcâneo do membro inferior esquerdo, com edema do membro e ferida traumática no membro superior direito. Inicialmente apresentava ligeira disfagia para líquidos, que mais tarde evoluiu para disfagia de sólidos e líquidos, sendo suspensa a dieta alimentar. Na maioria das vezes, estava obstipada e com presença de fecalomas, sendo estes removidos manualmente. Os níveis da glicemia capilar estavam alterados (apresentando hiperglicemia) devido à toma dos corticoides. Diariamente a doente recebia cuidados de higiene de auxiliares do centro de saúde de Leça da Palmeira, uma vez que a prestadora de cuidados não o conseguia fazer sem ajuda.

Com o passar do tempo, a doença foi evoluindo e a doente acabou por ficar só com soro para hidratação, no entanto mantinha-se consciente, com períodos de confusão e desorientação no tempo. Manifestou o desejo de suspender os tratamentos e alguma farmacologia, desejo este que verbalizou a mim e ao enfermeiro tutor e mais tarde à médica responsável, filho e prestadora de cuidados. Foi realizado um desmame dos corticosteroides até à sua suspensão (conforme vontade da doente). Passados cinco dias após suspensão, a doente faleceu no domicílio na companhia do filho.

Terapêutica farmacológica

Devido ao longo acompanhamento desta doente e às diversas alterações terapêuticas, optei por não as mencionar, referindo só quais os fármacos utilizados, dose inicial e a sua via de administração.

- Dexametasona - 5 mg manhã e 2.5 mg a tarde – via SC
- Furosemida – 20 mg manha – via SC
- Fentanilo 12 – 3/3 dias - via transdérmica
- Morfina – 3mg em SOS - via SC
- Diazepam – 5mg em SOS - via rectal
- Soro glicosado em cloreto de sódio – 21 ml/h – via SC
- Enoxaparina – 1 por dia – via SC
- Pesquisa de glicemia, seguida de administração de insulina conforme esquema (se necessário).

Plano de Cuidados

Para a realização deste plano de cuidados e conseqüentemente para a identificação/formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, utilizei como referência, a CIPE versão um e o Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Cuidados Paliativos para uma Morte Digna. Neste sentido, optei por não fazer qualquer referência a datas de início e termo dos diagnósticos e intervenções. Os diagnósticos foram identificados no início da minha prestação de cuidados com a doente e foi dado termo a estes quando se conseguiu atingir os resultados pretendidos e posteriormente aquando do falecimento desta. Considerei que a data não é um aspeto relevante para a análise/reflexão deste estudo de caso.

Foco: Autocuidado

Dados relevantes: a doente não é capaz de realizar as suas atividades de vida diária (tomar banho, alimentar-se, vestir-se, posicionar-se, uma vez que se encontra acamada, devido ao evoluir da doença e das limitações desta).

Diagnóstico: Autocuidado dependente

Resultados esperados: manter as necessidades individuais básicas da pessoa

Intervenções: Lavar região perineal (após remoção de fecalomas); Vestir a doente; Posicionar a doente, alternando entre decúbito dorsal e decúbito lateral direito);

Resultados obtidos: Foram mantidas as necessidades básicas da pessoa

Foco: Capacidade para comunicar

Dados relevantes: a doente manifesta dificuldade em comunicar pois apresenta alguma intolerância a atividade, períodos de desorientação e lentificação psicomotora (como consequência da toma dos fármacos).

Diagnóstico: Capacidade para comunicar diminuída

Resultados esperados: Que a doente consiga comunicar

Intervenções: Instruir a doente para falar devagar e pausadamente; Falar com a doente devagar e de forma audível; Observar sinais de comunicação não-verbal;

Resultados obtidos: Capacidade para comunicar melhorada

Foco: Confusão

Dados relevantes: a doente manifesta alguma desorientação em relação ao tempo, discurso incoerente e por vezes, alguma agitação.

Diagnóstico: Confusão presente (atual)

Resultados esperados: Confusão ausente (nenhum)

Intervenções: Orientar a doente em relação ao tempo e ao espaço; Comunicar de forma clara; Reduzir ruídos, que possam provocar agitação;

Resultados obtidos: Confusão presente (atual)

Foco: Obstipação

Dados relevantes: a doente apresenta uma diminuição da frequência de evacuação (mais de três dias) acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes.

Diagnóstico: Obstipação presente

Resultados esperados: Que a doente consiga defecar

Intervenções: Incentivar a ingestão de líquidos; Informar a prestadora de cuidados sobre o tipo de alimentação aconselhável nesta situação; Providenciar condições favoráveis ao respeito dos hábitos de eliminação intestinal; Pesquisar a presença de fecalomas; Remover fecalomas;

Resultados obtidos: Obstipação ausente

Foco: Úlcera de Pressão

Dados relevantes: a doente encontra-se acamada, pele húmida devido a dejeções, nutrição alterada e mobilidade alterada.

Diagnóstico: Risco de Úlcera de Pressão presente (atual)

Resultados esperados: Pele íntegra

Intervenções: Incentivar o prestador de cuidados a posicionar de três em três horas; Proteger proeminências ósseas; Realizar movimentos articulares passivos; Incentivar o prestador de cuidados a manter a pele seca e hidratada; Aplicar creme hidratante;

Resultados obtidos: Risco de úlcera de pressão presente (atual) ´

Foco: Medo

Dados relevantes: A doente verbalizou ter medo de ficar sozinha e não ter ninguém para cuidar dela

Diagnóstico: Medo presente

Resultados esperados: Medo ausente

Intervenções: Incentivar a verbalização de sentimentos; Explicar a doente que dispõe de uma prestadora de cuidados (empregada) que a ajudará no que ela precisar; Segurar na mão da doente, manifestando compreensão; Proporcionar um ambiente calmo;

Resultados obtidos: Medo ausente

Foco: Conhecimento

Dados relevantes: A doente apresenta alguma disfagia para líquidos, a prestadora de cuidados refere não saber como agir perante esta dificuldade da doente;

Diagnóstico: Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentação diminuído

Resultados esperados: Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentação melhorado

Intervenções: Explicar à prestadora de cuidados que não deve dar grandes quantidades de comida, mas privilegiar refeições pequenas várias vezes ao dia; Promover o descanso da doente antes da hora de refeição (para que não tenha sono, nem esteja cansada); Colocar a doente numa posição sentada, com a cabeceira ligeiramente elevada (reduzindo o risco de aspiração); Privilegiar uma dieta líquida mas pastosa; Informar de que não deve forçar a ingestão de alimentos;

Resultados obtidos: Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentação melhorado

Foco: Stresse do prestador de cuidados

Dados relevantes: A prestadora de cuidados encontra-se sob pressão e ansiedade, pois as exigências na fase final da doença são muitas e teme não ser capaz de as suportar. Para além disso refere o risco iminente de perda do emprego, com o falecimento da doente.

Diagnóstico: Stresse do prestador de cuidados presente

Resultados esperados: Stresse do prestador de cuidados ausente

Intervenções: Explicar toda a situação e evolução da doença; Identificar situações de insegurança na atuação; Reforçar positivamente as suas intervenções; Demonstrar apoio e compreensão; Incentivar o contato da equipa, em caso de dúvidas; Informar sobre procedimentos no caso de morte;

Resultados obtidos: Stresse do prestador de cuidados ausente

Foco: Angústia Espiritual

Dados relevantes: com o aproximar da morte a doente revela sentir a falta de um padre, para se poder confessar e partir descansada.

Diagnóstico: Angústia Espiritual presente

Resultados esperados: Angústia Espiritual ausente

Intervenções: Escutar as necessidades da doente; Demonstrar compreensão pela vontade da doente; Consultar o filho da doente sobre a possibilidade da visita de um padre no domicílio;

Resultados obtidos: Angústia Espiritual ausente

Análise / discussão do Caso Clínico e das Intervenções de Enfermagem

Como refere Bermejo (2006,p.81), “ são numerosas as situações, no mundo da saúde, em que os sentimentos influem no desenrolar das tomadas de decisões ou de posicionamentos éticos”.

Na elaboração do meu plano de cuidados, delineei algumas intervenções de enfermagem não só para aquele momento, mas também a longo prazo. É importante reforçar que uma comunicação baseada na empatia, veracidade e respeito, é fundamental para estabelecermos uma relação de ajuda. Estive sempre disponível para uma escuta ativa e para a doente expressar os seus medos.

Detetei o interesse da doente em confessar-se, referindo sentir-se espiritualmente inquieta, solicitando a presença de um padre. Tendo como referência estes dados foi identificado o diagnóstico de angústia espiritual. Este diagnóstico foi detetado devido à relação que estabeleci com a doente. Refere-se Pessini (2006), citado por Pessini et al (2008,p.157), “ à possibilidade de elaborar um diagnóstico espiritual desenvolvendo a habilidade de escuta”. Mais tarde, junto do filho tive a oportunidade de verbalizar a vontade da doente, posteriormente cumprida. Perante uma atitude de “abertura” do doente para a espiritualidade e o manifesto desejo de encontro com a paz espiritual, o profissional de saúde deverá desenvolver uma atitude para a espiritualidade. Segundo o modelo multidimensional de saúde, esta atitude para a espiritualidade passa por três posições fundamentais, tais como, estar desperto (identificando os recursos internos do doente para o desenvolvimento da espiritualidade), estar presente (disponível fisicamente e psicologicamente, sendo o doente o centro da atenção) e estar envolvido (situação que implica uma entrega total da parte do profissional e a concretização de um plano de cuidados que satisfaça as suas necessidades).

Para Pessini et al (2008,p.157), “é preciso que se perceba como o paciente entende, interpreta e vive a sua experiência de estar doente, como é tocado pela finitude e como relaciona isto com a sua fé em Deus ou em outra figura de crença”. Esta solicitação de uma entidade religiosa por parte da doente pode ter várias causas que se relacionam com a forma de como ela vê a doença. Todavia, acho pertinente a distinção entre experiência religiosa e experiência espiritual. Neste caso, a doente solicitou a presença de um padre, uma vez que era da religião cristã, porém poderia solicitar uma outra entidade, ou simplesmente querer meditar, ou ouvir uma música. Segundo Pessini et al (2008,p.255), a religião é a “ crença em existência de uma forma ou forças sobrenaturais considerada (s) como criadora (s) do universo, e como tal deve (m) ser adotada (s) e obedecida (s) ”. Para Pessini et al, citado por Zoboli et al (2008,p.173),” a espiritualidade é o espaço relacional onde a pessoa expressa desejos do seu coração, exigências da sua razão, fragilidades, forças, o caminho que está percorrendo, o que a estrutura, suas razões de viver e de esperança”.

Relativamente ao diagnóstico de medo, foi particularmente difícil certificar-me que este já se encontrava ausente, uma vez que em contexto de domicílio existem sempre muitas barreiras para a sua identificação. O medo tem várias etiologias, mas neste caso em particular, a doente tinha medo da solidão, de sofrer e não ter ninguém com ela. O enfermeiro é aquele que detém conhecimentos e formação para ajudar os doentes a ultrapassar medos e inseguranças. A minha dificuldade não foi na identificação do diagnóstico, nem no estabelecimento de uma relação empática, mas em implementar intervenções que assegurassem a continuidade dos cuidados (nomeadamente que ela não voltasse a sentir medo ou então que conseguisse encontrar estratégias para o ultrapassar, tendo em conta que era uma pessoa idosa, doente, com deficit visual e auditivo e que passava por períodos de agitação e confusão). Julgo que a nossa presença (profissionais de saúde) e a dos familiares, foi fundamental para ela ficar mais calma e sem medo.

A suspensão dos corticosteroides foi talvez das decisões mais difíceis para a equipa, mas que também me levou a refletir. Primeiramente torna-se importante esclarecer que foi da vontade da doente, a suspensão da terapêutica. Esta vontade foi expressa verbalmente aos profissionais e à família. Segundo Neto, citado por Barbosa et al (2010,p.39) ” do ponto de vista médico, a capacidade do doente para consentir ou

recusar determinados procedimentos requer, pelo menos, a aptidão para compreender a informação relevante, para entender a situação clínica e as suas possíveis consequências, para comunicar a escolha e para decidir em função dos seus próprios valores e dos argumentos técnicos apresentados”. Esta senhora sabia da sua doença e de que o fim estaria próximo, e apesar dos períodos de confusão, no momento da expressão da sua vontade, encontrava-se consciente e orientada. Sendo que a doente tinha um glioblastoma multiforme, o corticosteroide prevenia o edema cerebral, com a sua posterior suspensão a doente ficou mais “vulnerável” à morte. Por um lado, o respeito pela vontade e pela autonomia da doente e o respeito por um dos princípios dos cuidados paliativos, o não prolongar da vida inutilmente (suportada pelo uso de terapêuticas fúteis), mas por outro lado surge o pensamento de que a suspensão da terapêutica conduz a um abreviar/acelerar da morte. Para Pereira, citado por Barbosa et al (2010,p.85),” a administração prolongada de corticosteroides não é recomendada por causa da elevada incidência de efeitos adversos. Contudo, deve ser tido em consideração continuar os esteróides em doentes com esperança de vida muito limitada e em quem os esteróides tenham provocado melhorias significativas”. Todavia, após o doente ter sido informado das consequências da recusa do tratamento ou neste caso da administração da medicação, e mesmo assim recusar, o profissional de saúde deve aceitar a decisão deste. O doente tem o direito de recusar qualquer tipo de tratamento, mesmo que este já se tenha iniciado, se achar que este tratamento põe em causa a sua autonomia, dignidade e qualidade de vida. É importante promover a qualidade de vida, eliminando os sofrimentos inúteis e, conseqüentemente suavizar o processo de morte. Para Neto citado por Barbosa et al (2010,p.44), “ o respeito pelo valor da vida humana não implica necessariamente o dever de administrar sempre terapêuticas que prolonguem a vida, já que também se deve aceitar o facto de que a vida é finita e a morte inevitável”. O doente tem o direito de decidir sobre o seu plano de cuidados, por isso, o enfermeiro tem que os planear tendo em conta a vontade deste. Assim, para Pereira (2010,p.125), “ o princípio da autonomia remete, em termos éticos, para uma obrigação de veracidade por parte do profissional de saúde, da qual deriva, naturalmente, o consentimento informado”.

Relativamente ao diagnóstico obstipação, realizei todas as intervenções autónomas e interdependentes (administração de laxantes) possíveis para tentar resolver o problema, todavia só com a remoção de fecalomas é que a doente se sentia mais confortável. Segundo Pacheco et al, citado por Barbosa et al (2010,p.149), “ a

obstipação causa no doente desconforto, incômodo e muitas vezes dor, afetando e comprometendo a sua qualidade de vida. Pode apresentar também, distensão abdominal, mau sabor na boca, língua saburrosa, náuseas e vômitos, e até mesmo agitação ou estado confusional”. Várias foram as causas desta obstipação, tais como, diminuição da mobilidade e da ingestão hídrica, alteração do padrão alimentar e a toma de opióides.

Apesar de apresentar disfagia, não identifiquei este diagnóstico, isto porque se tratava de uma consequência do avançar da doença e nada poderia fazer para a sua regressão.

Uma outra questão, sobre o qual resolvi refletir foi a suspensão da alimentação e colocação de um soro apenas para hidratação da doente. Os familiares aceitaram esta decisão com passividade.

Na definição da OMS, de Cuidados Paliativos, há uma abordagem à importância não só do controle da dor, mas também de sintomas e problemas de ordem psicológica, social e espiritual. A promoção de cuidados paliativos de qualidade pressupõe uma atenção neste sentido, para que o doente possa usufruir de um bem-estar e conforto nesta última fase da vida.

Conclusão

Com a realização deste trabalho, verifiquei que os meus conhecimentos a nível de cuidados paliativos e de elaboração de estudos de caso foram aprofundados e sobretudo fui capaz de refletir sobre a minha prática clínica, indicando intervenções desenvolvidas e outras que poderia ter implementado, percebendo assim, as barreiras existentes na sua concretização.

4. VISITA DE ESTUDO AO CENTRO DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD DE SAN CAMILO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD DE SAN CAMILO

O centro assistencial de San Camilo é constituído por uma Residência Assistida, Centro de dia, Unidade de Cuidados Paliativos e um serviço de Apoio Domiciliário. A primeira valência a ser criada foi a residência assistida, em 1983. Este serviço acolhe cento e trinta e oito doentes dependentes e com uma necessidade de assistência contínua. O centro de dia conta com vinte e seis idosos, sendo que estes podem beneficiar de serviços, tais como, transporte, reabilitação, refeitório, podologia, cabeleireiro, psicólogo, animação sociocultural e terapia ocupacional. A unidade de cuidados paliativos é constituída por trinta e duas camas dispersas por quartos individuais e duplos. Todos os quartos possuem wc sem barreiras, telefone, televisão e estão adaptados às necessidades específicas de cada doente. Dispõe ainda de espaços comuns, como refeitório, sala de estar, terraço, “solarium”, jardins, biblioteca e de três salas. Duas das salas são para uso dos doentes e suas famílias. Estas apresentam uma decoração rustica e dispõe de utensílios de cozinha para que os doentes/famílias possam realizar pequenas refeições. A terceira sala é para momentos de maior privacidade, como por exemplo, uma reunião da equipa com a família, a transmissão de uma má notícia, um momento de reflexão. Nesta unidade são assistidos trezentos e cinquenta doentes por ano, sendo que tem como princípios a promoção da dignidade e autonomia do doente, respeitando os seus próprios desejos e considerando a pessoa na sua globalidade; o controlo sintomático, o acompanhamento psicológico do doente e família em situações de luto ou noutras situações, o apoio social e ainda são realizadas visitas regulares para apoio e acompanhamento espiritual do doente/família.

O apoio domiciliário integra sessenta e cinco profissionais de saúde que desenvolvem o seu trabalho junto do doente, deslocando-se ao seu domicílio. Este centro dispõe de várias especialidades e serviços tais como, medicina (com um apoio de 24h por dia e com especial atenção às áreas de geriatria, oncologia e cuidados paliativos) enfermagem e auxiliares (com apoio de 24h por dia, estando divididos por

três turnos) reabilitação – (englobando fisioterapia e terapia ocupacional, tendo como objetivo a prevenção e manutenção da situação funcional física e cognitiva dos residentes), psicologia (especialidade articulada com a Unidade de Cuidados paliativos e o Centro de Escuta, desenvolvendo intervenções individuais e de grupo, as quais são facilitadoras do processo de adaptação do doente ao centro), serviço social (com o objetivo de facilitar a relação entre a pessoa que usufrui de cuidados, a família e o centro), apoio espiritual (promotor de paz e tranquilidade do doente), animação sociocultural (com o objetivo de promover as relações interpessoais e facilitar a ocupação de tempos livres) e por fim o voluntariado (constituído por pessoas com formação e motivação na área do voluntariado, prestando apoio em todos os serviços do centro).

O centro dispõe ainda de um serviço de formação contínua, com uma vertente presencial ou a distância e atendendo cerca de 12000 alunos por ano. Estabelece várias parcerias com universidades e centros dentro e fora do país. Disponibiliza formação pós-graduada, inserção profissional e organiza várias jornadas e conferências (locais ou nacionais). Já foram feitas algumas publicações através de revistas ou da página existente na internet (www.humanizar.es). O centro de escuta também existente nesta instituição é um serviço gratuito e especializado para familiares de doentes portadores de doença crónica, ou em fim de vida. Tem como objetivo, a ajuda de pessoas que estão a vivenciar um intenso sofrimento.

4.2. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

1. Conhecer o Centro de Humanización de la Salud de San Camilo;

Com o intuito de atingir este objetivo delineei vários objetivos específicos que considere pertinentes para o desenvolvimento do meu trabalho. Ao atingir os mesmos, penso que há atividades que lhes estão inerentes, assim como, a observação, participação e integração de conhecimentos.

1.1.Observar o espaço físico e estrutura organizacional do centro;

O espaço físico do centro foi mostrado por uma profissional do departamento de comunicação do centro. Mais tarde, o professor Bermejo realizou uma nova visita guiada, com mais pormenores que a anterior, e na minha perspetiva muito mais enriquecedora. Esta visita foi importante, na medida em que permitiu perceber a constituição de todos os serviços do centro e assim, compreender o seu funcionamento e toda a panóplia de intervenções realizadas. Suscitou-me mais interesse a unidade de cuidados paliativos, pela importância da atenção dada ao conforto do doente, e ao apoio à sua família. A sala de acolhimento do doente é muito reconfortante, contando com uma decoração inovadora. Existem frases no teto da sala, destinadas aos doentes que chegam em macas. Sente-se que estes são extremamente bem acolhidos e que os profissionais têm como objetivo que estes se sintam integrados no centro. No que diz respeito, à organização do centro, penso que está extremamente bem orientado e que há um bom entendimento entre os profissionais. A função de cada elemento está bem delineada e trabalham todos para o bem-estar e qualidade de vida do doente/família.

1.2.Assistir a formações realizadas no centro;

Tive a oportunidade de assistir e participar oralmente, em formações dadas pelos vários profissionais (psicólogos, médicos, enfermeiros, padres). Foram sem dúvida indispensáveis, uma vez que abordaram temas pouco conhecidos e que contribuíram para uma maior aquisição de conhecimentos. Porém, alguns profissionais foram um pouco repetitivos e abordaram pouco o tema cuidados paliativos, dedicando-se a temas como a descrição da instituição (já feita anteriormente). Um dos temas que achei mais pertinente foi o dado pela psicóloga sobre a competência relacional de uma enfermeira e o modelo de intervenção do counselling. Embora fosse um recapitular, pois estes conteúdos já tinham sido lecionados a nível da licenciatura, é sempre interessante vermos outra perspetiva e refletirmos sobre o tema. Ajudar o outro a encontrar estratégias para ultrapassar situações de crise é sempre uma tarefa árdua e minuciosa. É necessário não só uma relação de empatia mas também requer uma grande mobilização

de conhecimentos. Estive também bastante motivada para a comunicação do professor Bermejo sobre Humanização Hospitalar e causas da desumanização. Como refere, Brusco (2001), citado por Bermejo (2008,p.49), “ no mundo da saúde, humanizar significa fazer referência ao homem em tudo que se realiza para promover e proteger a saúde, curar as doenças, garantir um ambiente que favoreça uma vida sã e harmoniosa em nível físico, emotivo, social e espiritual”. Assim, cada vez mais os enfermeiros devem estar atentos à pessoa como um todo, vendo-a de uma forma holística e por isso, identificando as suas necessidades em todos estes níveis referidos anteriormente. O processo da humanização afeta, as estruturas dos hospitais, os doentes, as plantas, os profissionais de saúde, os cuidadores, familiares, a forma como se enfrentam os conflitos éticos (Bermejo, 2008).

Através dos conteúdos referidos pelo autor, como sendo indicadores de humanização, consegui refletir sobre o que experienciei e observei na prática clínica e o que seria ideal para o desenvolvimento de um cuidado humanizado.

1.3.Assistir a uma psicoterapia de grupo.

Para a consecução deste objetivo foram necessárias atividades tais como, observação e participação na terapia. Foi-me proporcionada a assistência de uma psicoterapia de grupo, denominada de “Estimulação Cognitiva” em que estiveram presentes cerca de quinze idosos residentes no centro. A terapia teve a duração de aproximadamente quarenta minutos e foi dada por um psicólogo e psicoterapeuta do centro. Este realizou vários exercícios cognitivos, tais como, estimulação do cálculo mental, através de contas de somar e subtrair, preenchimento de provérbios, nomes de países e capitais, cores, dias da semana, meses e estações do ano, com objetivo de verificar a orientação no espaço e no tempo dos residentes. Estes exercícios têm como objetivo a estimulação da memória, o melhoramento do humor e a promoção da interação entre os vários elementos do grupo.

Na minha opinião, a sessão foi bem-sucedida e os objetivos foram atingidos. Houve uma boa adesão por parte dos residentes e a relação estabelecida entre o psicoterapeuta e os residentes era muito empática. Numa generalidade, todos

conseguirem manter o seu foco de atenção na terapia e responder às questões efetuadas pelo terapeuta. Havia apenas um elemento mais desatento e um outro elemento mais verborreico.

Assistir a esta psicoterapia foi uma mais-valia no meu processo de aprendizagem, pois pude observar as diferentes técnicas utilizadas com os doentes (tendo como termo de comparação as terapias a que assisti em Portugal), o tipo de linguagem (tendo em conta as dificuldades auditivas e visuais dos doentes) e a postura de terapeuta.

5. CONCLUSÃO

A minha perspectiva sobre este estágio foi de que seria um período exigente, de trabalho, reflexão e aprendizagem. Esperei ser capaz de evoluir, identificar problemas, implementar intervenções e avaliar as mesmas, com o objetivo de promover a minha aprendizagem.

Analisando todo o meu percurso, destaco o estágio em contexto domiciliário, pois este permitiu o desenvolvimento de várias competências e sobretudo promoveu o meu crescimento enquanto enfermeira e futura mestre em cuidados paliativos. Tendo em conta algumas dificuldades sentidas, considero que fui capaz de encontrar as estratégias mais adequadas, tornando estes obstáculos numa fase do meu processo de aprendizagem. O conhecimento das dificuldades e limitações é fundamental para o enfermeiro, enquanto profissional de saúde.

Com a experiência deste estágio, adquiri mais conhecimentos teóricos (tão exigidos numa área de rigor científico como os cuidados paliativos). Desfrutei da oportunidade de dar o meu contributo como pessoa, como enfermeira e como estudante do mestrado em cuidados paliativos e assim, enriquecer os meus conhecimentos sobre valores como a dignidade humana e cuidados no processo de humanização em saúde.

Através do contato frequente com o doente paliativo/família, tive a oportunidade de usufruir de experiências enriquecedoras e que de certa forma, contribuíram para eu encontrar a essência e o sentido dos cuidados prestados. Como refere Pessini et al (2008,p.176), “ um sentido que ultrapassa as normas, rotinas, procedimentos e mesmo as atitudes e comportamentos ético-morais”. Esta nova descoberta permitiu ser mais forte, canalizando todas as minhas energias positivas para o “cuidar do outro” e, sobretudo ultrapassando situações difíceis com maior amadurecimento e discernimento, contribuindo assim para um maior crescimento a nível profissional.

Estabelecendo uma comparação entre os dois locais de estágio (Hospital Pedro Hispano e Centro Assistencial de São Camilo), posso destacar alguns aspetos, tais como, as faixas etárias dos doentes, privacidade, inclusão da família e necessidades dos doentes. Apesar de o estágio no Centro ter sido mais pequeno, através de uma

observação minuciosa posso concluir que é dada mais atenção à privacidade do doente e da sua família, inclusive existem salas de comunicação de más notícias e reuniões familiares. No que diz respeito à faixa etária dos utentes de cuidados paliativos, no centro encontram-se pessoas mais idosas que no hospital, sendo que neste, as idades são variadas. Prevalece uma maior inclusão da família, nas atividades com o doente, terapêutica e tratamentos. No Centro é dada maior importância e resposta às necessidades espirituais do doente, em contrapartida no hospital essas necessidades nem chegam a ser identificadas pelos profissionais de saúde.

Julgo ter sido capaz de identificar problemas de enfermagem, formular diagnósticos, implementar intervenções e avaliar os resultados das mesmas, tendo como princípio a procura de cuidados de excelência. De uma maneira geral, atingi os objetivos a que me propus de forma bem-sucedida, todavia a sua concretização foi morosa.

Em suma, pretendo que este relatório seja uma mais-valia para análise e reflexão dos cuidados prestados a doentes em fim de vida.

6. BIBLIOGRAFIA

- ✓ BARBOSA, António; NETO, Isabel – Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa. Editora: Faculdade de Medicina, 2010.
- ✓ BERMEJO, José Carlos – Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Santander. Sal Terrae, 2009.
- ✓ BERMEJO, José Carlos – Apontamentos para uma Introdução ao Counselling em Saúde.2011.
- ✓ BERMEJO, José Carlos – Humanizar a Saúde – Cuidado, Relações e Valores. Petrópolis. Editora: Vozes, 2008.
- ✓ CIPE® Versão 1- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1, IGIF/APE, 1ª edição,2006.
- ✓ CONSELHO DE ENFERMAGEM - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- ✓ GIACALONE et al, (2009) – Cancer in the elderly: the caregivers’ perception of sénior patients’ informational needs. Archives of gerontology and geriatrics, nº49, p.121-125.
- ✓ MOREIRA, Isabel – O doente terminal em contexto Familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. Coimbra: Formasau, 2001.
- ✓ NETO, Isabel Galriça – Cuidados Paliativos. Lisboa: Alêtheia Editores, 2010.
- ✓ NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

- ✓ PACHECO, Susana – Cuidar a Pessoa em Fase Terminal. Loures: Lusociência, 2002.
- ✓ PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana – Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Edição Loyola, 2ª edição, 2004.
- ✓ PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de – Buscar Sentido e Plenitude de Vida: Bioética, Saúde e Espiritualidade. São Paulo. Paulinas, 1ª edição, 2008.
- ✓ Pessini, Léo. Bioética: Um grito por dignidade de viver. São Paulo. Paulinas, 2006.
- ✓ PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; MOTA, Dálete Faria; CRUZ, Dina de Almeida Lopes Monteiro da – Dor e Cuidados Paliativos. Brasil: Editora Manole, 2006.
- ✓ PEREIRA, Sandra Martins – Confrontar a morte. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2010.
- ✓ SAPETA, Paula – Cuidar em Fim de Vida: O processo de interação enfermeiro-doente. Loures: Lusociência, 2011.
- ✓ SILVA, António Manuel V.A., FONSECA, Bruno; JESUS, Elvino H.; NUNES, Lucília – Cuidados paliativos para uma morte digna – Catálogo de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- ✓ SILVA, Maria Júlia – Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola, 2006.

- ✓ STEIN, Christoph – Os opiáceos no controlo da dor. Lisboa, 1ªed: Climepsi Editores, 2001.

- ✓ VIEIRA, Margarida – Ser Enfermeiro – Da Compaixão à Proficiência. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2007.

ANEXO I

Guia de Acolhimento ao doente e família

ANEXO II

Plano de Formação no Centro de Humanización de la Salud de San Camilo,
Madrid.

O QUE SÃO CUIDADOS PALIATIVOS?

São “Cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida. Os cuidados paliativos são cuidados ativos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação.” (Associação Nacional de Cuidados Paliativos)

EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

A equipa é constituída por elementos de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Assistência Social, Nutrição, todos com formação específica e tem como áreas de trabalho:

- ✓ Suporte Intra-hospitalar;
- ✓ Consulta Externa Hospitalar;
- ✓ Apoio domiciliário.

Membros da Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos:

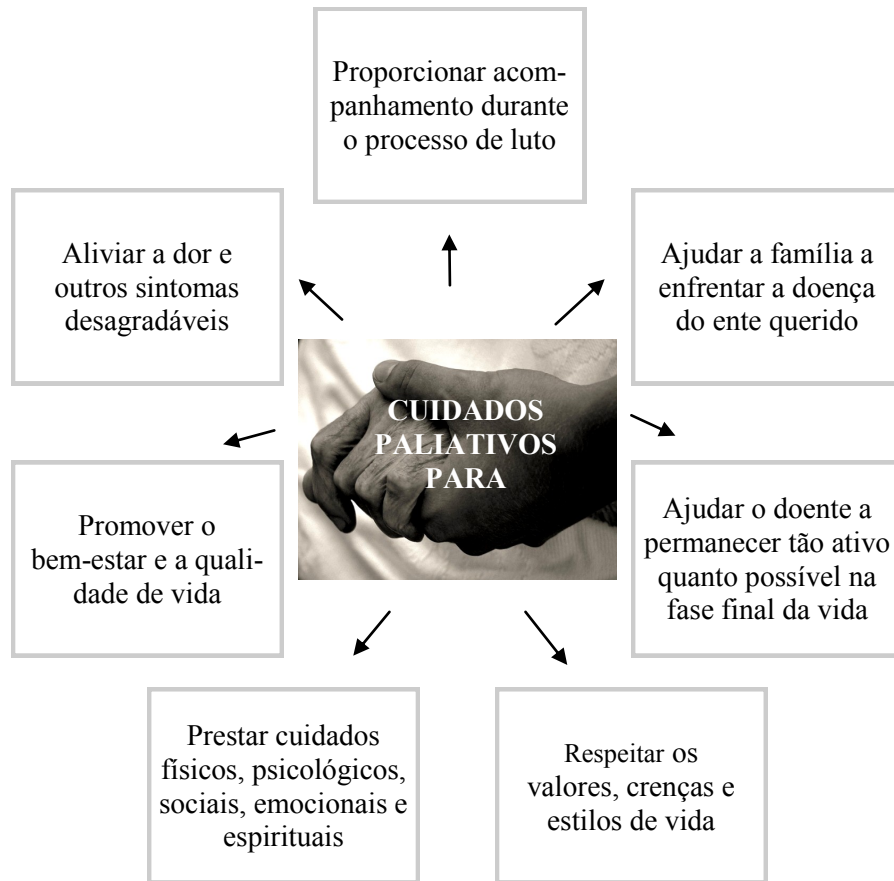
- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| ✓ Dra. Maria do Céu Rocha | ✓ Dra. Maria Manuel Claro |
| ✓ Dr. António Macedo | ✓ Dra. Ilda Gonçalves |
| ✓ Dr. Neto Rodrigues | ✓ Enf.º Bruno Fonseca |
| ✓ Enf.ª Eliana Frias | ✓ Enf.ª Elsa Rodrigues |
| ✓ Enf.ª Isabel Campos | ✓ Enf.º Miguel Pereira |



➔ É importante que partilhem as vossas preocupações e dúvidas com os membros da equipa, de forma a que em conjunto possamos oferecer cuidados de excelência.



EQUIPA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS



Guia de Acolhimento ao Doente e Família



 **Contacto do Hospital:** 911959351 (9h às 15h)

 **Contacto do (a) Enfermeiro (a):** _____



CENTRO DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD · Escultores, 39 · 28760 Tres Cantos
(Madrid, España) Tel. 91.806.06.98 · formacion@humanizar.es · www.humanizar.es

Propuesta de stage en San Camilo

Destinatarios: alumnos de doctorado y máster del instituto de ciencias de la salud de la Universidad Católica.

Fechas:

- Día 4 de junio de 2012, de 16 a 20 horas
- Día 5 de junio de 2012, de 9 a 18 horas
- Día 6 de junio de 2012, 10 a 13 horas

Lunes 4 de junio

16,00-17,00 Acogida y visita inicial

Bienvenida y presentación del Programa.

Visita guiada al Centro Asistencial

José Carlos Bermejo

Diana Sánchez (dep. de comunicación)

17,15 -19,00 Charla

Humanización y enfermería

José Carlos Bermejo

Martes 5 de junio

9,00-11 ✓ Charla

El manejo del duelo como indicador de humanización

Acompañando en el duelo: un caso práctico en el Centro de Escucha

Valentín Rodil

11,00-13,00 Practicum

*Presentación de los departamentos del Centro Asistencial San Camilo
(Residencia Asistida, Unidad de Cuidados Paliativo).*

Intercambio con los responsables de cada Área

Profesionales del Centro San Camilo

13,00-14,00 Charla

San Camilo de Lellis: un hito en la historia de la enfermería

Juan Pablo Hernández

14,00- 15,30 Almuerzo

15,30-16,30 Observación directa y comentario

**ESTA ACTIVIDAD SE REALIZARÁ EN LA SALA DE PSICOTERAPIA,
SITUADA EN EL PASILLO DE PLANTA BAJA.**

Psicoterapia de grupo con personas mayores institucionalizadas

D. Ezequiel Sánchez

16,30-18,00 Charla y taller de trabajo

*La competencia ética en la humanización de la asistencia sanitaria: marco
teórico y abordaje de casos prácticos*

Laura Steegman

Miércoles 6 de junio

10,00-13,00 Charla

La competencia relacional en enfermería: modelo de intervención desde el counselling

Eva García