



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

## **UM OLHAR SOBRE A PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica

Por Tânia Alexandra Ferreira Lopes

Lisboa, Março de 2015



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

## **UM OLHAR SOBRE A PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica

Por Tânia Alexandra Ferreira Lopes

Sob orientação da Sra. Prof. Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, Março de 2015

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

Cora Coralina

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família pelo apoio incondicional.

Ao meu namorado pela compreensão da minha ausência.

Aos meus amigos pela sua capacidade de incentivo e reforço positivo.

À Professora Patrícia Pontífice Sousa, pela sua dedicação, sabedoria e disponibilidade que me ajudaram a enfrentar e superar as dificuldades que senti neste percurso.

A todos os Enfermeiros que lutam diariamente para fazer a diferença junto dos doentes.

Aos Enfermeiros Vasco Silva e Maria João Esperto como orientadores dos campos de estágio, pelo seu apoio, disponibilidade, orientação, valorização e motivação, como exemplo de profissionalismo e abertura dos seus conhecimentos...

À equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz e do Serviço de Urgência do Hospital de Abrantes pelo seu apoio, dinamismo e saberes partilhados...

Às Enfermeiras Nélia Trindade, Maria Aparício, Margarida Carmo e Teresa Batista pela sua prontidão, disponibilidade e partilha de saberes...

Por último, mas não menos importantes, aos doentes/clientes e respetivas famílias pelas experiências únicas que me proporcionaram, permitindo o meu crescimento pessoal e profissional.

## RESUMO

Este relatório retrata o percurso realizado ao longo do meu estágio, representando o culminar do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O estágio estaria normalmente dividido em três Módulos: Módulo I – Serviço de Urgência; Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios e Módulo III Opcional – Cuidados Paliativos. No entanto, como me foi creditado o estágio de cuidados intermédios/intensivos, fiz apenas dois estágios: o de Cuidados Paliativos, num hospital privado de Lisboa, e o de Urgência, num hospital da região centro. O que motivou a escolha dos locais de estágio foram as características, valências e qualidade da assistência prestada pelos mesmos, que primam pela excelência dos cuidados, permitindo o desenvolvimento de competências que me habilitem a prestar cuidados de enfermagem especializados.

Neste relatório são descritas as atividades realizadas no sentido de concretizar os objetivos definidos, relatando as competências e os comportamentos desenvolvidos. No decurso do estágio desenvolvi competências relacionadas com o cuidar do doente crítico e da sua família. Desta forma, mobilizei conhecimentos, habilidades e capacidades para prestar cuidados de enfermagem com qualidade ao doente crítico inserido em ambientes tão distintos como a unidade de cuidados paliativos e o serviço de urgência.

Esta variedade de ambientes permitiu-me desenvolver as competências humanas, técnicas e científicas exigidas a um enfermeiro especialista, assim como a reflexão crítica e a tomada de decisão.

Inserido no estágio de cuidados paliativos, torna-se fulcral mencionar o programa de melhoria contínua dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros que foi desenvolvido por mim, em parceria com a equipa de enfermagem, sobre o impacto dos programas educativos dirigidos a cuidadores de doentes dependentes aquando do regresso a casa, elaborado através duma revisão integrativa da literatura.

Torna-se evidente que os profissionais de saúde são responsáveis pelo colmatar das necessidades dos cuidadores através de uma comunicação clara e objetiva, proporcionando a informação necessária aos mesmos para poderem cuidar do doente aquando do regresso a casa. Acima de tudo deve ser facultado o apoio necessário a cada cuidador, assegurando a presença do enfermeiro para auxiliar no que precisarem e também para o esclarecimento de dúvidas.

Evidenciam-se várias necessidades de intervenções ao nível do cuidador informal do doente dependente, nomeadamente no que diz respeito ao ensino, informação, apoio emocional e encaminhamento, quer em contexto hospitalar, quer em contexto comunitário. Desta forma, salienta-se a relevância da visibilidade da nossa prática, quer pela investigação em áreas dos cuidados de enfermagem, quer pela sua comunicação, suportada por um referencial teórico, que lhe confere credibilidade e qualidade. O presente relatório procura ser um testemunho da análise e reflexão pessoais que faço sobre o estágio realizado.

Palavras-Chave: Alta do paciente; Cuidador; Educação em saúde; Enfermagem.

## **ABSTRACT**

This report describes the course of action of my internship, representing the final step towards obtaining my Master's Degree in Nursing in the Specialization Area of Medical-Surgical Nursing. The internship would normally be divided in three Modules: Module I – Emergency Service; Module II – Intensive/Intermediate Care; and Module III Optional – Palliative Care. However, I received credit for my previous work in Intensive/Intermediate Care and completed only two Modules: Palliative Care, at a private hospital in Lisbon, and Emergency, at a hospital in the centre region. What motivated my choice of internship locations were the characteristics, broad range and quality of the care provided at those locations, which are known for the excellence of their care, allowing for the development of competences that qualify me to provide specialized nursing care.

In this report, I describe activities conducted towards fulfilling the defined objectives, describing the competences and behaviours developed. During the course of my internship, I developed competences related to caring for critical patients and their relatives. I employed knowledge, skills and capacities to provide care to critical patients in different environments such as the palliative care unit and the emergency room.

This diversity of environments allowed me to develop the human, technical and scientific competences one should expect from a specialist nurse, as well as my critical thinking and decision making.

In the scope of the palliative care internship, it is important to highlight the Nurses Council Quality Standards continuous improvement programme I developed together with the nursing team, focused on the impact of training programmes aimed at caregivers for dependent patients upon home return, developed through an integrative literature review.

It became evident that healthcare professionals are responsible for fulfilling the needs of caregivers through clear and objective communication, providing the necessary information to allow them to care for the patient upon home return. Above all, the necessary support should be given to each caregiver, ensuring a reliable presence of the nurse to provide assistance and to clarify any doubts.

Several areas in which the informal caregiver needs assistance were evident, namely training, information, emotional support and guidance, whether in a hospital or community setting. Therefore, the relevance of the nursing practice visibility should be highlighted, whether by research in nursing care or by its communication, supported by a theoretical framework that endows it with credibility and quality. This report aims at providing an account of my personal analysis on the internship I undertook.

**Keywords:** Patient discharge; Caregiver; Health education; Nursing.

## **ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS**

ADSE - Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BCOS – Bakas Caregiving Outcomes Scale

BPS – Behavioral Pain Scale

BIS – Índice Bispetral

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CGD – Serviços Gerais da Caixa Geral de Depósitos

CNPI – Checklist of Nonverbal Pain Indicators

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIAV – Centro Informação Antivenenos

DIB – Drug Infusion Ballon

EAP - Edema Agudo do Pulmão

EC – Escala de Caras de Wong-Baker

ECV – Escala de Classificação Verbal

EN – Escala Numérica

EO – Escala do Observador

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OCBS – Oberst Caregiving Burden Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

PCA – Patient Controlled Analgesia

PCR – Paragem Cardiorespiratória

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

PT – Portugal Telecom

PUSH – Pressure Ulcer Scale for Healing

PSTT – Pressure Score Status Tool

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCPC – Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UMC – Urgência Médico-Cirúrgica

UCDM – Unidade de Curta Duração Médica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1 - O IMPACTO DOS PROGRAMAS EDUCATIVOS DIRIGIDOS A CUIDADORES DE DOENTES DEPENDENTES AQUANDO DO REGRESSO A CASA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</b> .....	10
<b>2 – ANÁLISE E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DOS ESTÁGIOS</b> .....	30
2.1 – MÓDULO III OPCIONAL – CUIDADOS PALIATIVOS .....	33
2.2 - MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	43
<b>3 – CONCLUSÕES</b> .....	54
<b>APÊNDICES</b> .....	62
<b>APÊNDICES I –</b> Medicação off-label usada em Cuidados Paliativos.....	63
<b>APÊNDICE II –</b> Sessão de Educação para a Saúde sobre o Impacto dos Programas educativos dirigidos a cuidadores de doentes dependentes.....	96
<b>APÊNDICES III –</b> Póster sobre o Impacto dos Programas educativos dirigidos a cuidadores de doentes dependentes .....	106
<b>APÊNDICE IV –</b> Artigo Científico sobre o Impacto dos Programas educativos dirigidos a cuidadores de doentes dependentes.....	108
<b>APÊNDICE V –</b> Póster sobre Maus Tratos de Idosos – Sinalização e Prevenção .....	115
<b>APÊNDICES VI -</b> Formas de Intervenção para a Prevenção ao Abuso/Abandono de idosos (Esquema adaptado da Cochrane Collaboration – Interventions for preventing abuse in elderly- Protocol, 2013) .....	117
<b>APÊNDICES VI –</b> Póster sobre Maus Tratos a Idosos (direcionado às vítimas).....	119

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório tem como principal intuito descrever a aprendizagem resultante de um processo de conhecimento visando a aquisição de competências específicas de enfermeira especialista e mestre em enfermagem, sendo um importante elemento didático, refletindo um ensino e aprendizagem contínuos.

Este é um instrumento que remete para a trajetória do saber construído, possibilitando aos alunos e professores uma compreensão maior do que foi ensinado. Para o elaborar é preciso estar ciente e ser responsável pela construção do próprio conhecimento e nessa dinâmica, aprender que esse processo será ferramenta de trabalho do futuro profissional que deve ser autor de sua caminhada, capaz de construir as estratégias necessárias a cada momento ou situação e ser criativo para procurar novas linhas de ação (VIEIRA, 2002).

Este relatório demonstra o meu processo de aquisição de competências enquanto aluna do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica. O estágio foi dividido em três módulos: módulo III, realizado na Unidade de Cuidados Paliativos e Continuados de um hospital privado de Lisboa entre as datas de 28 de Abril a 21 de Junho de 2014; módulo I realizado em serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, num hospital da região centro, entre as datas de 8 de Outubro a 1 de Novembro de 2014; e, por último, o módulo II, o estágio em cuidados intensivos/intermédios, que me foi creditado pela minha experiência profissional.

O que motivou a escolha dos Locais de Estágio foram as características, valências e qualidade da assistência prestada por estes serviços, que prima pela excelência dos cuidados de enfermagem, permitindo-me adquirir e desenvolver competências que me habilitem a prestar cuidados de enfermagem especializados.

Neste relatório, descrevo as atividades realizadas no sentido de concretizar os objetivos definidos, e relato as competências e comportamentos desenvolvidos. No decurso do estágio desenvolvi competências relacionadas com a comunicação e o estabelecimento de uma relação empática. Mobilizei conhecimentos, capacidades e habilidades para prestar cuidados de enfermagem com qualidade ao doente crítico, inserido em ambientes distintos como de cuidados paliativos e de urgência. Os estágios permitiram-me desenvolver competências técnicas e científicas, assim como a reflexão crítica e a tomada de decisão. Destaco ainda, como alicerces da minha ação, a ênfase dedicada à humanização e à relação enfermeiro/doente crítico/família (pessoa significativa), assim como, a transmissão de más notícias; a participação nas conferências familiares; a preparação do cuidador informal no regresso a casa do doente dependente; a importância da avaliação da dor; o transporte inter-hospitalar, estabilização e prevenção de complicações do doente crítico, tomando medidas preventivas no sentido de corrigir situações problemáticas de maus tratos a idosos em interligação com outros profissionais de saúde. Para além disso, devo ainda acrescentar que ao longo deste relatório tive com Referencial Teórico o Modelo de Transição de Afaf Meleis.

## **1 - O IMPACTO DOS PROGRAMAS EDUCATIVOS DIRIGIDOS A CUIDADORES DE DOENTES DEPENDENTES AQUANDO DO REGRESSO A CASA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

A revisão integrativa da literatura surgiu no contexto de ensino clínico numa Unidade de Cuidados Paliativos e Continuados de um hospital privado de Lisboa inserido num programa de melhoria contínua dos padrões de qualidade de enfermagem. O projeto remete para a preparação de cuidadores de doentes dependentes no regresso a casa. A precisão deste projeto relaciona-se com a carência que os cuidadores de doentes dependentes sentem aquando do regresso a casa identificada em estudos de investigação realizados anteriormente. Para dar resposta a essa carência surgiu a necessidade de realizar uma revisão da literatura sobre a temática.

Educar as pessoas para a saúde consiste em criar condições para que adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco. A mudança ocorre quando no processo de educação para a saúde os interesses e necessidades do indivíduo, família e comunidade são valorizados, envolvendo-os como sujeitos ativos e participantes. Todo este processo exige dinâmica ao nível do planeamento.

Para qualificar os familiares, no sentido de cuidarem da pessoa dependente, é necessário promover o interesse e o seu envolvimento na consecução de objetivos definidos, o que impõe a avaliação inicial da disponibilidade dos familiares, os conhecimentos e experiências adquiridas nos processos de saúde familiares.

Como objetivo geral desta revisão pretendeu-se perceber o impacto dos programas educativos dirigidos a cuidadores na preparação para o regresso a casa. Para além deste objetivo geral foram parametrizados três objetivos específicos: identificar as boas práticas de educação para a saúde aquando do regresso a casa; identificar lacunas existentes nos programas educativos estudados; e por último, analisar medidas de melhoria dos programas educativos dirigidos a cuidadores.

### **NECESSIDADES DE INTERVENÇÃO AO NÍVEL DO CUIDADOR DO DOENTE DEPENDENTE**

O conceito de necessidade é fundamental em cuidados paliativos uma vez que dá origem a um programa de intervenção para a sua satisfação. Remete para um desejo, uma aspiração, algo de que se precisa e de que é imprescindível. Desta forma, é necessário preparar o doente/família/cuidador guiando-os ao longo de todo o processo da doença. No entanto, tem de se ter em conta que nem todos os familiares conseguem desempenhar o papel de cuidador (CERQUEIRA, 2005).

A adaptação da família à doença é descrita por MARQUES (apud CERQUEIRA, 2005) em quatro etapas:

1ª Etapa – a família enfrenta a realidade, desenvolve diversas respostas as quais podem ser agrupadas em cinco fases: impacto, desorganização funcional, procura de uma explicação, pressão social, perturbações emocionais;

2ª Etapa – reorganização durante o período pré morte com a cessação das funções habituais do doente e a necessidade de prestar cuidados; a família vê-se confrontada com a necessidade de redistribuir os papéis;

3ª Etapa – perda: a família vive a perda e a solidão da separação; segue-se o processo de luto que pode ser influenciado por sentimentos de culpabilidade e pelos limites da sua própria capacidade de suporte;

4ª Etapa – restabelecimento: adaptação da família à nova situação e expansão da rede social; esta etapa desenvolve-se depois de conseguido o luto com sucesso.

De acordo com alguns autores, os familiares de doentes paliativos passam por fases semelhantes às do doente, em termos psicológicos. As reações da família dividem-se em seis fases: ansiedade severa, negação, cólera, remorsos, desgosto e, por fim, reconciliação. Deste modo, a família envolvida no cuidado ao doente paliativo sente necessidade de informação sobre a situação clínica, os procedimentos que vão ser tomados e a informação sobre o estado psicológico. Para entender as necessidades do doente, perceber o processo adaptativo à doença e como cuidar em casa é fundamental que o cuidador esteja preparado.

O cuidador de um doente que não pode sair do leito precisa de aprender a dar banho, trocar, alimentar, para além dos cuidados quotidianos consigo mesmo. Cabe aos profissionais de saúde orientar, ensinar, supervisionar e estabelecer os limites do cuidador no desempenho do seu novo papel.

Está descrito na literatura que existem mudanças nas necessidades dos pacientes, familiares e cuidadores com o intuito de servir de resposta às necessidades emergentes de evolução médica e não médica. Áreas que se podem melhorar incluem comunicação clara e eficaz no hospital e suporte na alta para os doentes que vão para casa e para os seus cuidadores (TALLMAN et al., 2012).

A maioria dos cuidadores são pessoas que não têm formação específica que lhes permita garantir a qualidade dos cuidados, nem estão emocionalmente preparados para assumir a responsabilidade das mesmas. O cuidador do doente paliativo vive períodos de grande ansiedade, na medida em que tem grande dificuldade em aceitar a degradação do doente, o peso das atividades diárias como mobilização, higiene, refeições, terapêutica, bem como a dificuldade de compreender as necessidades e os desejos do doente (CERQUEIRA, 2005).

Destacaram-se cinco temas centrais referenciados de maior necessidade pelo cliente, família e cuidador: comunicação efetiva sobre a doença avançada; acesso oportuno e no momento certo aos cuidados de saúde; respeito e honra sobre as decisões e opções de tratamento; necessidades espirituais, psicológicas e sociais e; suporte por parte da equipa de saúde (TALLMAN et al., 2012).

Alguns doentes e familiares referem que as suas necessidades só foram atendidas numa fase mais tardia enquanto outros referiram que as suas necessidades não tinham sido satisfeitas aquando da alta para casa. As necessidades que referem ser de maior importância para a família foram variando ao longo do tempo. Doentes internados e seus familiares têm necessidades de comunicação. Procuram informação sobre o seu estado atual, diagnóstico, prognóstico, etiologia, o que esperar da doença e que medidas tomar. Muitos dos pacientes referem estar confusos com os termos técnicos utilizados e incapacidade de reter a informação fornecida. As equipas em cuidados paliativos comunicam de forma efetiva e com sensibilidade, numa linguagem não técnica, a condição do paciente e as implicações futuras. O cuidado é comunicado através de gestos, toque e atitude. Por vezes ajuda fazer algumas metáforas e analogias para ajudar as famílias e paciente para o que os espera, o curso do futuro, a procura de um significado e possibilidade de resolução de conflitos (ibidem).

Alguns autores consideram como principais necessidades dos prestadores de cuidados: informação relativa sobre as razões subjacentes aos sintomas, o aparecimento de novos sintomas, o que esperar ao nível do prognóstico da doença, o tratamento dos efeitos secundários e os recursos comunitários, meios para tranquilizar o doente, para lidar com a diminuição da energia do doente e com a imprevisibilidade do futuro. Necessitam também de informação sobre a medicação, as necessidades psicológicas do doente, formas de encorajamento do doente e métodos para diminuir o stress do cuidador. São mencionadas igualmente formas de cooperação no diagnóstico da doença, informação sobre o tipo e extensão da doença, forma de cooperar nas alterações de papéis, informação sobre as necessidades físicas do doente, atividades que farão o doente sentir-se importante, formas de aprender a ser mais tolerante/paciente e formas de lidar com a depressão do cuidador. É fulcral a manutenção de uma vida familiar normal, providenciar ao doente a nutrição adequada, trabalhar os medos do cuidador, combater a fadiga e abordar a temática da morte do doente (CERQUEIRA, 2005).

Os cuidadores referem que gostariam de receber apoios económicos mais frequentes, seguindo-se o apoio na alimentação e higiene, acesso rápido e facilitado às consultas e ensino sobre como cuidar de uma pessoa dependente.

As necessidades de quem apoia o doente dependem de vários fatores: profissionalismo dos serviços prestados no domicílio e sua implementação, acessibilidade e capacidade de acolhimento, tipo e grau de dependência, estado de saúde física e psíquica do cuidador, nível económico, isolamento social e geográfico, ausência ou presença de outros cuidadores complementares ou de coabitação, o fato de se manter ou não numa profissão ativa e o género. Quando estamos perante cuidadores formados sobre como prestar cuidados ao doente dependente, a equipa de saúde ganha na satisfação que adquire no atendimento com qualidade, o doente recupera melhor no seu ambiente familiar, o cuidador sente-se apoiado e confortado e o próprio hospital ganha com a racionalização do uso dos seus recursos (ibidem).

Os cuidadores informais referem inúmeras dificuldades na transição do familiar idoso do hospital para o domicílio. Desta forma, surge a necessidade de encontrar um espaço, nas

instituições familiares, que o familiar da pessoa idosa possa ocupar, para que o processo de gestão de cuidados se mantenha adequado às situações, de modo a que a tarefa de cuidar adquira um significado próprio na manutenção da qualidade de vida do idoso e seus familiares e não seja visto como uma obrigação e um sofrimento, com graves repercussões na dinâmica familiar. Evidenciam-se várias necessidades de intervenções, nomeadamente no ensino, informação, apoio emocional, encaminhamento, quer em contexto hospitalar quer em contexto comunitário (RIBEIRO, 2010).

Da análise dos discursos produzidos num estudo efetuado por GOMES e HENRIQUES (2011), verificou-se que o cuidador informal evidenciava algumas dificuldades na prestação de cuidados à pessoa idosa com dependência funcional, o que se traduz em necessidades de ensino no apoio às atividades de vida diárias, sobretudo ao nível da alimentação, posicionamento, transferência e higiene corporal. Este refere ter uma melhor preparação para a alta no que concerne à execução de procedimentos técnicos aliado ao estabelecimento de uma relação de parceria com o enfermeiro. A experiência prévia como cuidador revelou-se como uma mais-valia na gestão de cuidados e mobilização de recursos, embora não aparente ser suficiente perante o agravamento e novas situações.

Foram sugeridas medidas pelos cuidadores para a preparação para a alta nomeadamente a: identificação do cuidador principal e rede de suporte informal; iniciativa e disponibilidade dos profissionais de saúde para o esclarecimento e orientação; maior proximidade e participação nos cuidados à pessoa proporcionadas pelos profissionais de saúde. Esta adequação exige a prévia avaliação diagnóstica das necessidades do cuidador para as quais se orienta o processo de intervenção (ibidem).

## **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

O aumento da complexidade do sistema de saúde exige, naturalmente, uma maior diferenciação e preparação dos técnicos que dentro dele desenvolvem o seu quotidiano profissional. Só assim conseguem transmitir à população estilos de vida saudáveis apropriados à manutenção da saúde e prevenção da doença (SOUSA, 2005).

A Educação para a Saúde prepara os indivíduos para um papel ativo na saúde. Assim, um dos seus principais objetivos é ajudar as pessoas a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde. Pretende-se que as pessoas se sintam capazes para colaborarem nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde (SIMÕES et al., 2011).

A Organização Mundial de Saúde defende que é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra as doenças crónicas e incapacitantes. Estas intervenções devem ter lugar em vários contextos como por exemplo a escola e o trabalho. Educar as pessoas para a saúde consiste em criar condições para que adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco. Por vezes, não se mudam comportamentos apenas porque alguém

dá indicação da necessidade de mudança ou disponibiliza a informação atualizada em saúde. A mudança ocorre quando no processo de Educação para a saúde os interesses e necessidades do indivíduo, família e comunidade são valorizados, envolvendo-os como sujeitos ativos e participantes. Todo este processo exige dinâmica ao nível do planeamento (ibidem).

Neste sentido, a Educação para a Saúde não poderá ser uma mera transmissão de informação; implica planejar um programa adequado, prevendo-se os recursos e metodologias a utilizar, capazes de dar uma resposta apropriada às necessidades de saúde de cada pessoa, família e comunidade. O papel do enfermeiro como planeador direciona-se para a identificação das necessidades de aprendizagem específicas das pessoas, valorizando as suas preocupações, as barreiras existentes à aprendizagem e estratégias facilitadoras dessa aprendizagem. Um programa de Educação para a Saúde é algo que se pode modificar em função de novas necessidades e situações que vão aparecendo ao longo da sua implementação. É da responsabilidade do enfermeiro conceber e planejar programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta a identificação das reais necessidades que as pessoas têm na área da saúde. Para além disso, está previsto no Código Deontológico o dever de todos os enfermeiros serem sujeitos ativos na educação para a saúde, encorajando a independência e o desempenho autónomo das pessoas. A promoção da saúde em geral, e a Educação para a Saúde em particular, é um processo no qual o enfermeiro assume um papel relevante, garantindo sempre a participação ativa dos cidadãos. Como tal, para que a Educação para a Saúde seja um aliado para a mudança de comportamentos deve ser encarada como uma tarefa de cidadania organizada e previamente planeada por profissionais de saúde (idem).

Os enfermeiros lidam diariamente com pessoas que passam por um processo de transição. As transições provocam alterações no estado de saúde, nos relacionamentos humanos, expectativas ou habilidades (MELEIS, 2005).

Numa perspetiva de transição para a prática de enfermagem mais humanizada e holística, requer-se um conhecimento a respeito do crescimento e desenvolvimento ao longo do ciclo vital, através de adaptações aos eventos importantes da vida e mudanças no estado de saúde de uma situação de bem-estar para uma de enfermidade (SCHUMACHER e MELEIS, 1999).

Meleis (1975;1985;1986;1991) propôs a *Transição* como um dos conceitos centrais na disciplina de enfermagem. Os encontros entre enfermeiros e clientes ocorrem frequentemente durante períodos transicionais de instabilidade, precipitados por mudanças associadas ao desenvolvimento, situacionais ou de saúde/doença. Tais mudanças podem conduzir a profundas alterações nas vidas dos indivíduos e dos seus próximos e terem implicações significativas na saúde e bem-estar (apud ZAGONEL, 1999).

São considerados três tipos de transições relevantes: de desenvolvimento, situacionais e de saúde-doença. Muitos artigos fazem referência a transições entre níveis de cuidados dentro do sistema de saúde no decorrer de uma doença. Uma preocupação relevante é a transição associada à alta hospitalar para o domicílio, centros de reabilitação e clínicas de apoio. O

próprio cuidador também se encontra numa fase de transição quando inicia os cuidados a uma pessoa dependente. Têm sido propostos modelos nos quais os enfermeiros fornecem cuidados transicionais no sentido de aumentar a continuidade dos cuidados através do sistema de saúde e promover um eficaz custo-benefício na utilização dos cuidados de saúde (ibidem).

De acordo com o estudo efetuado por STAJDUHAR, FUNK e OUTCALT (2013), os cuidadores familiares aprendem segundo o seguinte processo: tentativa e erro, através da procura ativa de informação e orientação, aplicando conhecimento e habilidades de experiências prévias e refletindo sobre as experiências correntes.

As estratégias que envolvem ativamente o paciente e o cuidador têm um efeito maior na ansiedade do paciente do que as estratégias passivas. Existe evidência que suporta a provisão de informação de rotina a doentes com AVC e familiares. Apesar de a melhor maneira de dar informação não ser ainda muito clara, os resultados sugerem que as estratégias que envolvem ativamente ambos os doentes e cuidadores deviam ser usadas na prática de forma rotineira (SMITH, FORSTER e YOUNG, 2009).

Ao proporcionar educação e suporte aos familiares cuidadores de doentes com AVC pode-se reduzir a tensão ao lidar com estas situações de vida e melhorar conseqüentemente a sua qualidade de vida (OUPRA, et al., 2010).

## **PLANEAMENTO DA ALTA**

O termo Planeamento da Alta tem sido usado para descrever o processo que auxilia o utente e família nas suas necessidades de cuidados de saúde, aquando da alta de uma instituição de saúde. A finalidade do planeamento consiste em proporcionar a continuidade de cuidados. O planeamento da alta é um processo centralizado, coordenado e multidisciplinar, que assegura ao utente um plano de continuidade após o regresso a casa. Este deve começar no momento da admissão do doente e continuar durante todo o internamento, implicando a colaboração conjunta do utente, do seu prestador de cuidados informal e da equipa multidisciplinar (JESUS, SILVA e ANDRADE, 2005).

As necessidades de cuidados de saúde por parte dos utentes e da família, nos diferentes estádios da doença, juntamente com os cuidados de enfermagem proporcionados vão garantir a continuidade de cuidados. Espera-se utentes e família bem formados, altamente motivados e preparados para a chegada do doente a casa, fazendo a gestão do autocuidado de forma a evoluírem para um grau mais elevado de autonomia, aceitando sempre que necessário a ajuda de recursos existentes (ibidem).

A preparação para o regresso a casa deve começar logo após a admissão. Os critérios de alta devem obedecer a um determinado número de fatores nomeadamente: o doente e familiares entendem a sua condição e a razão do internamento, perceberem as limitações decorrentes da idade e das limitações físicas e cognitivas também elas decorrentes da doença, estado emocional e mental, perceberem o nível de cuidados necessários após a alta e o impacto da doença no contexto familiar e na vida social da família. Por último, devem saber realizar as intervenções necessárias para prestar cuidados ao seu familiar em fim de vida, após a alta da

unidade hospitalar e, no regresso a casa terem a noção da necessidade de medicação, material e equipamentos para dar respostas às necessidades do doente (XUE, 2013).

Todo o processo de planeamento do regresso a casa pressupõe ser baseado nas competências dos enfermeiros, sendo que estes raramente aprendem estes conhecimentos nos programas académicos, ou seja, todo o conhecimento do processo da alta é ensinado no local de trabalho e melhorado através da experiência profissional (LEE e EMMERSON, 2006).

Desta forma, muitas vezes, a relevância do planeamento do regresso a casa é colocada em segundo plano relativamente a outras ações de enfermagem consideradas vitais para o tratamento do doente levando alguns profissionais a considerarem o planeamento da alta como uma das competências menos interessantes e dinâmicas do seu papel (LEE, 2004).

Para alterar esta realidade é importante incutir esta problemática no programa da educação em enfermagem, clarificar o nível de competência exigido e gerir processos de mudança no sentido de atingir novos conhecimentos e habilidades (LEE e EMMERSON, 2006).

O enfermeiro deve proporcionar informação sobre os recursos existentes na comunidade e que poderão ser úteis após a alta. A adaptação da estrutura física da casa às necessidades funcionais do utente favorece a independência nas atividades de vida. Ao enfermeiro compete ainda identificar as mudanças estruturais e equipamento necessário e encaminhar para os serviços competentes (JESUS, SILVA e ANDRADE, 2005).

Alguns estudos revelam que o funcionamento da equipa multidisciplinar tem um favorável impacto nas readmissões, unidades de cuidados intensivos, cuidados paliativos, nos próprios custos e na experiência hospitalar. Após a alta, existiram algumas necessidades que não existiam ao início. O aparecimento de novos sintomas e problemas práticos apareceram mais tarde. Para a família que observa novos sintomas para os quais não tinha sido previamente alertada, não sabe como ajudar o seu familiar. Nessa altura, referiram a necessidade de ter um número de contacto para situações emergentes, nomeadamente o que fazer em determinada situação e o transporte para uma unidade de saúde (TALLMAN et al., 2012).

Os profissionais de saúde têm de responder às necessidades individuais de cuidados diferenciados. Doentes e família têm de processar a informação médica administrada, necessitando, por vezes, de psicoterapia e suporte espiritual. As necessidades do cuidador variam do tipo de cuidado recebido após a alta. Alguns familiares sentiram necessidade de estar melhor equipados para cuidar do seu familiar e outros procuraram formação para cuidar do doente em casa (ibidem).

A prática do enfermeiro na preparação da alta, passa necessariamente pela capacitação do doente e família para o seu autocuidado. O nível de dependência do doente, a gravidade da situação de doença, a avidez de informação, a distância do domicílio e a experiência de cuidar influem positivamente nas relações entre o familiar cuidador e o enfermeiro (SILVA, 2007).

De uma forma geral, as maiores dificuldades sentidas pelos familiares após a alta foram: diferenciar os sintomas “normais” que seriam de esperar dos sintomas de alerta e como dar resposta a estes últimos; ter um contacto telefónico em caso de necessidade; comunicar com alguém da equipa clínica logo após a alta; treinar alguns procedimentos a realizar em casa

(posicionamentos e transferências, higiene e conforto) e; por último, as necessidades que são inerentes ao familiar cuidador do doente em fim de vida, para receber também ele cuidados de saúde. Para colmatar essas necessidades, torna-se relevante a realização de determinadas *checklist* individualizadas e personalizadas. Os casos mais complexos podem necessitar de um suporte maior por parte da equipa, nomeadamente na ajuda a cuidar do doente aquando da alta (TALLMAN et al., 2012).

Quando estas necessidades não são atendidas, os familiares tendem a levar o doente à Urgência aquando do aparecimento de novos sintomas. A efetividade, as estratégias de comunicação e as intervenções realizadas por uma equipa especializada de cuidados paliativos melhoram a experiência do cuidar no domicílio (ibidem).

Os critérios para o regresso a casa implicam estarem resolvidos os problemas inerentes ao doente que cursaram com o motivo do internamento, não haver a necessidade de intervenção especializada, apenas de cuidados de saúde primários e o paciente e/ou família recusarem a permanência no hospital (NEWBURY e HATHERELL, 2004).

A comunicação e colaboração entre os cuidados de saúde primários são fulcrais para a parceria de cuidados prestados aos doentes em fim de vida e suas famílias. Os cuidados paliativos necessitam de intervenção precoce e contínua e suporte terapêutico quando os sintomas aparecem, com maior ou menor intensidade, até à última etapa de vida (ibidem).

Em alguns países, nomeadamente na Noruega, os pacientes com os sintomas controlados podem ter alta para casa mas têm de ter uma clínica ou local de referência onde se deslocar caso haja necessidade, mantendo sempre um contacto direto com o hospital. É fulcral haver sempre um acompanhamento do doente e familiar (AAMODT et al., 2013).

É papel do enfermeiro assegurar que as necessidades de ensino e formação ao utente e familiar foram realizadas em tempo oportuno e que não existem dúvidas no momento da alta, confirmar o acompanhamento do doente após a alta, providenciar material informativo em suporte de papel sobre a medicação, higiene, alimentação, atividade física e posicionamentos/transferências e, registo de consultas marcadas. Este deve confirmar com o doente e/ou familiar que a informação foi interiorizada, através de questões e exemplificação de determinados procedimentos. Deve ser responsável pela entrega do documento/nota de alta de enfermagem ou transferência e por dar o contacto telefónico do serviço em caso de dúvidas. Deve também providenciar formação aos familiares quando estiverem em casa com o doente, incentivar o exercício físico através de um suporte da medicina física e de reabilitação, instruir sobre as necessidades de voltar a adotar o plano nutricional e de exercício físico conforme evolução da doença (XUE, 2013).

De acordo com BENZAR et al. (2011), foi realizado um estudo acerca do Planeamento da Alta a doentes paliativos e seus cuidadores onde foram identificados três temas essenciais que deveriam ser referenciados no planeamento da alta: prognóstico, manuseamento de sintomas e a quem se dirigir ou telefonar quando tiverem dúvidas. Esses défices são possíveis de ser corrigidos antes da alta hospitalar, no entanto, requerem uma complexa participação interdisciplinar. Os familiares que percebem o prognóstico, estão preparados para o

manuseamento de sintomas e, por sua vez, sabem a quem telefonar quando precisam, lidam mais efetivamente com os desafios da doença terminal. Desta forma, é possível proporcionar melhoria da qualidade do cuidado para os doentes e respetivos cuidadores/familiares.

## **ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

O presente estudo consiste numa pesquisa bibliográfica desenvolvida através do método da Revisão Integrativa. A Revisão Integrativa é uma metodologia específica de pesquisa em saúde que sintetiza um assunto ou referencial teórico para maior compreensão e entendimento de uma questão, permitindo uma ampla análise da literatura. Este método foi desenvolvido de acordo com os propósitos da Prática Baseada em Evidência e tem como pressuposto um rigoroso processo de síntese da realidade pesquisada (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

A Prática Baseada na Evidência busca a tomada de decisão e solução dos problemas de acordo com a melhor e mais recente evidência, relacionada com as particularidades de cada paciente dentro do contexto do cuidado. Ela exige agilidade na associação de resultados provindos de pesquisas na prática clínica. Ou seja, a revisão integrativa permite a procura, a avaliação crítica, a síntese do tema investigado e o seu resultado é o estado atual do assunto pesquisado. Para elaboração de uma revisão integrativa é necessário que os estágios de desenvolvimento da pesquisa sejam claramente descritos (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008; WHITTEMORE e KNALF, 2005).

Para elaborar uma revisão integrativa relevante que pode subsidiar a implementação de intervenções eficazes no cuidado aos doentes, são necessárias seis etapas claramente definidas (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008):

1ª Etapa – Estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa;

2ª Etapa – Amostragem ou revisão da literatura;

3ª Etapa – Categorização dos estudos;

4ª Etapa - Avaliação dos estudos incluídos na revisão;

5ª Etapa - Interpretação dos resultados;

6ª Etapa - Síntese do conhecimento ou apresentação da revisão.

## **IDENTIFICAÇÃO DO TEMA – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO**

Qual o impacto dos programas educativos dirigidos a cuidadores de doentes dependentes na preparação para o regresso a casa? - Nível de questão 1.

## **PESQUISA NA LITERATURA**

Revisão da literatura nas bases de dados: CINAHL PLUS FULL TEXT; MEDLINE.

Palavras-chave: (“Patient discharge”) AND (“caregiver\*”) AND (“health education”) AND (“nurs\*”) NOT (“child\*”) NOT (“mental disorders”).

A pesquisa foi efetuada entre os dias 30 de Maio e 2 de Junho e 15 de Dezembro.

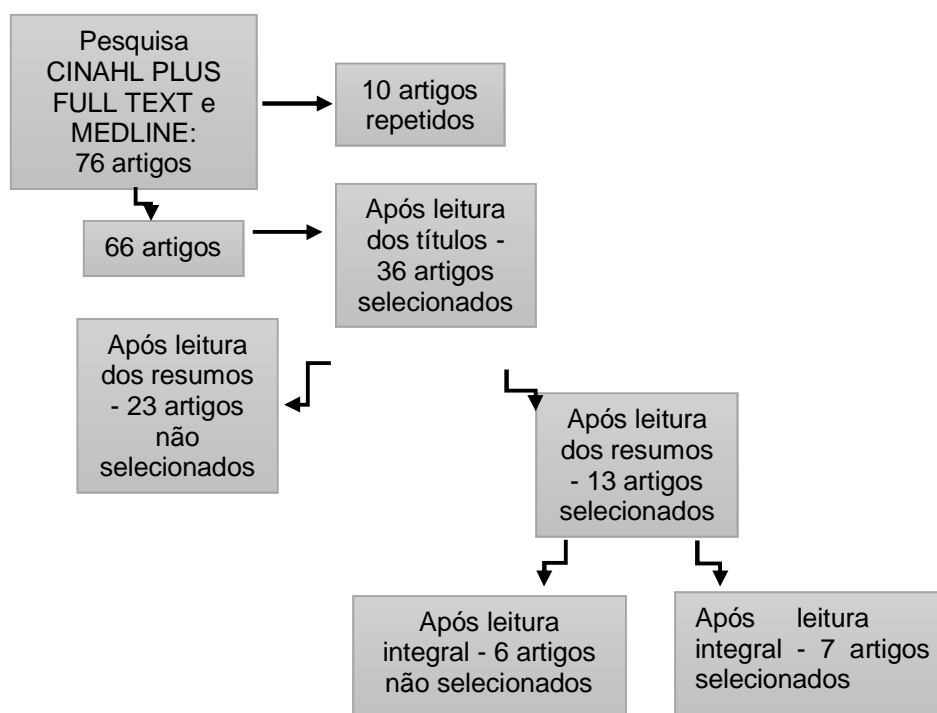
## CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE ARTIGOS NA LITERATURA

**Crítérios de inclusão:** Todos os cuidadores de doentes dependentes com alta para o domicílio.

**Crítérios de exclusão:** Doentes do foro psiquiátrico e pediátrico.

**Limitadores:** Texto completo, artigos em inglês ou português entre as datas de Janeiro de 2009 a Dezembro de 2014.

## ESQUEMA DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS



## CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS

A revisão integrativa da literatura é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e, análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

Numa primeira fase, após a seleção dos documentos que compunham o estudo, foi realizada uma lista dos artigos. A partir desta, foi elaborado um quadro contendo informações que respondessem à questão de investigação. Tais informações consistem no objetivo, metodologia, resultados, conclusões e recomendações. A partir desta fase da Revisão Integrativa, foi possível encontrar evidência científica que se encontra referenciada na discussão dos resultados. De seguida, esses artigos foram divididos e categorizados em programas de preparação para a alta e avaliação a longo prazo, programas de preparação para a alta e avaliação a curto prazo e programas de preparação para a alta.

Categorização	Estudos
Programa de preparação e avaliação da alta a curto prazo	1
Programa de preparação e avaliação da alta a longo prazo	2, 4, 5, 6
Programa de preparação para a alta	3, 7

**Tabela 1: Categorização dos estudos encontrados**

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação e a discussão dos resultados da revisão integrativa serão realizadas simultaneamente neste tópico. Optou-se por unir as duas últimas etapas da pesquisa para facilitar o entendimento do processo de análise.

Como é referido na literatura, nesta fase da revisão todas as características e os resultados dos estudos que compõem a amostra foram levados em consideração e explicados claramente os procedimentos realizados nas etapas anteriores, com o intuito de que a conclusão pudesse expressar uma síntese das evidências disponíveis na literatura (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Após a análise e exclusão dos artigos que não respondiam à questão de investigação, foram selecionados sete artigos nas bases de dados científicas.

Estudo	Dados dos artigos	
1	Título	<b>Enhancing preparedness and satisfaction of caregivers of patients discharge from an inpatient rehabilitation facility using an interactive website.</b>
	Autor (es)	Karon Stone.
	Fonte / Data	Association of Rehabilitation Nurses. Rehabilitation Nursing, 2014.
	Objetivos	Testar o uso de um <i>site</i> interativo para aumentar a preparação e satisfação dos cuidadores.
	Metodologia	Foi fornecido um website aos cuidadores e o acesso ao <i>email</i> de um enfermeiro de reabilitação. Os recetores de cuidados tinham os seguintes diagnósticos: AVC, amputação,

		trauma/ortopedia, lesão cerebral ou debilidade. A preparação dos cuidadores foi averiguada antes da utilização do <i>website</i> e depois da alta. A satisfação com os recursos foi avaliada depois da alta. As medidas utilizadas para essa avaliação foram: Preparedness for Caregiver Scale e Client Satisfaction Questionnaire que foram preenchidas duas semanas após a alta. Setenta cuidadores completaram a preparação antes da alta. Trinta cuidadores responderam a ambos os instrumentos após a alta.
	Resultados/ Conclusões/ Recomendações	<p>Projeto descritivo usado antes e após a utilização de <i>website</i> interativo avaliando o seu impacto na preparação do cuidador. A partir da análise efetuada constatou-se que houve um aumento da preparação após a utilização dos recursos, não havendo nenhuma alteração nas necessidades pessoais dos cuidadores e satisfação com os recursos despendidos. Os cuidadores de doente com traumatismo craniano referiram menos preparação do que os cuidadores de doentes com outras patologias. Apesar do elevado interesse referido na utilização do <i>email</i> com o enfermeiro de reabilitação, este não foi utilizado.</p> <p>Existe relevância clínica de que os recursos da internet melhoram a preparação do cuidador. Com a diminuição da duração do internamento hospitalar providenciar aos cuidadores <i>websites</i> e outros serviços online baseados na evidência podem complementar a existência de outros serviços de saúde.</p> <p>No entanto, é necessária mais pesquisa focada na preparação do cuidador e suporte das suas necessidades pessoais para poder avaliar o impacto no resultado da reabilitação.</p>
2	<b>Título</b>	<b>Serious Adverse Events Experience by Survivors of Stroke in the First Year Following Discharge from Inpatient rehabilitation.</b>
	Autor (es)	Sharon Ostwald, Kyler Godwin, Fang Ye, Stanley Cron.
	Fonte / Data	Association of Rehabilitation Nurses. Rehabilitation Nursing 2013.
	Objetivos	Identificar a incidência de eventos adversos que ocorrem em sobreviventes de AVC durante o primeiro ano após a alta de um centro de reabilitação e determinar o tipo e padrões de eventos adversos.
	Metodologia	Os dados foram recolhidos durante 12 meses após a alta e remeteram para eventos que resultaram em admissões na urgência ou outro serviço hospitalar, unidade de cuidados de longa duração ou, em morte. Foi usada a estatística descritiva para descrever o tipo de padrões de eventos adversos e, foram feitas comparações entre os sobreviventes que experienciaram ou não, um evento adverso ou mais.
	Resultados/ Conclusões/ Recomendações	<p>De entre 159 participantes, 50% referiram um total de 163 eventos adversos. A maioria dos eventos adversos (82,2%) foram inesperados e a maioria ocorreu durante os primeiros seis meses; ocorreram 12 AVC e 6 AIT.</p> <p>A Educação acerca da prevenção e tratamento de eventos adversos mais comuns são fulcrais antes da alta do doente. A</p>

		orientação antecipada pode ajudar os sobreviventes de AVC e cuidadores a modificar o seu estilo de vida e a prevenir os efeitos adversos mais comuns.
<b>3</b>	<b>Título</b>	<b>Policy and Practice Note - Determinants of Health in Discharge Planning for Seniors: Asking the Right Questions.</b>
	Autor (es)	Lisa MacNaughton-Doucet.
	Fonte / Data	Canadian Journal on Aging, 2013.
	Objetivos	Questionar os idosos acerca do processo de alta hospitalar para perceber em que medida as equipas de saúde interdisciplinar podem melhorar esse processo.
	Metodologia	Estudo Qualitativo realizado através de entrevista a idosos e a cuidadores.
	Resultados/ Conclusões/ Recomendações	Um Planeamento da Alta eficaz pode levar a uma transição para casa bem-sucedida de forma a suportar a qualidade de vida e permitir que os idosos façam parte da sociedade tendo uma participação ativa na mesma. Esse planeamento é baseado num plano de cuidados compreensivo, desenhado por profissionais de saúde que tenham informação específica e atual sobre as metas, preferências e o estado clínico dos doentes. Para resultar num máximo benefício, o planeamento da alta deve abordar as principais questões socioeconómicas.
<b>4</b>	<b>Título</b>	<b>Influence of a Transitional Care Clinic on Subsequent 30-day Hospitalizations and Emergency Department visits in individuals discharged from a skilled nursing facility.</b>
	Autor (es)	Hae Park, Laurance Branch, Tatjana Bulat, Bavna Vyas, Cynthia Roever.
	Fonte / Data	Journal Compilation, The American Geriatrics Society, 2013.
	Objetivos	Avaliar uma intervenção para melhorar o processo de alta na transição dum Centro de Enfermagem para a Comunidade.
	Metodologia	Experiência envolvendo um desenho pré e pós alta. Estudo Retrospetivo. O grupo da pré-intervenção possuía 134 indivíduos os quais tiveram alta dum centro de enfermagem (pós hospitalização) para a comunidade. Em contrapartida, o grupo que recebeu a intervenção no centro de enfermagem (após a hospitalização) correspondia a 217 indivíduos. A intervenção correspondeu a uma visita única dum enfermeira especializada em Geriatria, antes da alta do centro de enfermagem, onde foram realizados ensinamentos acerca da medicação, da necessidade de utilização de recursos médicos/equipamentos e da existência de serviços domiciliários, promovendo educação para a saúde aos indivíduos e seus cuidadores. Os resultados eram comunicados aos serviços de ambulatório dos Cuidados de Saúde Primários, através de registos informáticos.
	Resultados/ Conclusões/ Recomendações	Os dois grupos foram comparados em várias circunstâncias, nomeadamente durante a hospitalização e após os 30 dias a seguir à alta (mediante a taxa de readmissão hospitalar, dias de internamento nos Cuidados Intensivos e visitas ao serviço

		<p>de Urgência).</p> <p>O grupo que não recebeu a intervenção teve 23% de taxa de readmissão hospitalar enquanto que os participantes da intervenção tiveram uma taxa de 14% de readmissão hospitalar nos 30 dias após a alta. Estes últimos tiveram também menos dias de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos.</p> <p>A diferença entre os dois grupos, no que diz respeito às idas à Urgência, não foi estatisticamente significativa, apesar de ser mais baixa no grupo que recebeu a intervenção.</p> <p>Um planeamento da alta devidamente coordenado e delineado pode reduzir o uso hospitalar após a alta em centros que compartilhem os registos eletrónicos.</p>
<b>5</b>	<b>Título</b>	<b>The impact of Education on Caregiver Burden on two Inpatient Oncology Units.</b>
	Autor (es)	Crista Creedle, Ashley Leak, Allison M Deal, Ann Marie Walton, Gayl Talbert, Barbara Riff, Ann Hornback.
	Fonte / Data	Journal of Cancer Education, 2012.
	Objetivos	Promover a educação para a saúde ao doente oncológico e cuidador de forma a aliviar o “fardo” de cuidar a este último, melhorando os resultados em saúde para ambos os intervenientes.
	Metodologia	<p>Estudo quantitativo.</p> <p>Doentes e cuidadores receberam educação para a saúde através de um programa “Oncology Care Partner” dirigido às necessidades físicas e emocionais do doente.</p> <p>O impacto do programa no alívio do “fardo” do cuidar do cuidador foi avaliado através da Oberst Caregiving Burden Scale (OCBS) e da Bakas Caregiving Outcomes Scale (BCOS) em duas unidades de Oncologia e de transplante de medula óssea em 3 alturas: após 5 dias da admissão do doente, após a alta imediata do doente e 30 dias após a alta do doente.</p>
	Resultados/ Conclusões/ Recomendações	<p>Houve aumentos significativos na escala BCOS entre os 5 dias após a admissão, após a alta e os 30 dias após a alta.</p> <p>Não foram observadas alterações na escala OCBS por dificuldade em se avaliar ou pelo tempo reduzido.</p> <p>A educação estandardizada do paciente ajuda o cuidador a alcançar bem-estar, mas fica a faltar o impacto do tempo despendido e a dificuldade/complexidade das suas tarefas de cuidador. São necessárias mudanças educacionais nestas duas áreas específicas ou a avaliação com outras escalas para realização de futuras investigações.</p>
<b>6</b>	<b>Título</b>	<b>A Clinical Trial of an Individualised Intervention Programme for Family Caregivers of Older Stroke Victims in Taiwan.</b>
	Autor (es)	Yea–Ing Shyu, Li–Min Kuo, Min–Chi Chen e Sien–Tsong Chen.
	Fonte / Data	Journal of Clinical Nursing, 2010.
	Objetivos	Explorar os efeitos a longo prazo de um programa de preparação para a alta envolvendo cuidadores familiares de doentes idosos com AVC.
	Metodologia	Estudo randomizado experimental.

		<p>No estudo participaram 158 pessoas - doentes idosos com AVC (72 dos quais pertenciam ao grupo experimental e 86 ao grupo de controlo) e os seus cuidadores familiares. A intervenção foi aplicada aos cuidadores através do programa de intervenção no sentido de aumentar a sua preparação para a alta e a perceção entre as necessidades específicas decorrentes da situação de saúde do idoso e a sua satisfação durante a transição do hospital para casa. Foram alcançados resultados positivos a longo prazo pelo cuidador refletindo-se na sua saúde, nomeadamente na qualidade de vida, qualidade do cuidado e na habilidade dos doentes com AVC se auto-cuidarem, refletindo-se também na sua saúde, qualidade de vida e utilização de serviços.</p>
	Resultados/ Conclusões/ Recomendações	<p>Após 12 meses da alta dos doentes idosos com AVC, os cuidadores pertencentes ao grupo experimental experienciaram melhor qualidade de vida do que o grupo de controlo. Entre os 6 a 12 meses a seguir a alta, os pacientes pertencentes ao grupo de controlo tinham uma probabilidade maior de ser institucionalizados do que os pertencentes ao grupo experimental.</p> <p>Usando esta amostra, pode-se referir que este programa de intervenção resultou numa melhoria da qualidade de vida dos cuidadores de doentes idosos com AVC e numa diminuição da respetiva institucionalização.</p> <p>Conclui-se que os doentes idosos chineses com AVC e seus familiares beneficiam de um programa individualizado que prepare os cuidadores para a alta do doente.</p> <p>Este programa pode ser aplicado a outras comunidades com população chinesa.</p>
7	<b>Título</b>	<b>Hospital discharge planning for older people and their family. Are we delivering the best practice? A review of the evidence.</b>
	Autor (es)	Michael Bauer, Les Fitzgerald, Emily Haesler and Mara Manfrin.
	Fonte / Data	Journal of Clinical Nursing, 2009.
	Objetivos	Analisar a prática da alta hospitalar aplicada às pessoas idosas e seus cuidadores familiares e, perceber quais as práticas mais benéficas para este grupo.
	Metodologia	Revisão da literatura inglesa acerca de alta hospitalar de pessoas idosas e experiências de cuidadores familiares publicadas depois de 1995.
	Resultados/ Conclusões/ Recomendações	<p>Numerosos fatores têm impacto no planeamento da alta de idosos e nos seus cuidadores familiares. Um deles consiste na diferença entre o cuidado que é prestado no hospital e o cuidado que é prestado em casa. Com a redução do tempo de permanência hospitalar, os profissionais de saúde têm de colmatar as necessidades dos cuidadores através duma comunicação clara e objetiva, proporcionando a informação necessária aos mesmos para poderem cuidar do doente aquando da alta. Acima de tudo deve ser proporcionado o apoio necessário a cada cuidador, demonstrando a presença</p>

		<p>contínua e constante do profissional de saúde para auxiliar no que precisarem e também para o esclarecimento de dúvidas.</p> <p>O planeamento da alta para pessoas idosas e seus cuidadores pode ser melhorado se forem tomadas intervenções dirigidas à família, incluindo-a nos cuidados, dando-lhe a informação necessária, comunicando com uma equipa interdisciplinar e proporcionando apoio após a alta. Essas intervenções devem começar antes do doente ter alta, logo no momento da sua admissão.</p> <p>Este estudo mostra que existe uma correlação direta entre a qualidade do planeamento do regresso a casa e a readmissão hospitalar. É necessário aos envolvidos no processo de regresso a casa do doente, nomeadamente os enfermeiros, que tenham em conta as necessidades dos cuidadores e as suas expectativas com o processo de alta.</p>
--	--	--

**Tabela 2: Revisão Integrativa da Literatura**

O **estudo 1** diz respeito a um programa de preparação para a alta e avaliação da eficácia do mesmo a curto prazo através da aplicação das escalas, Preparedness for Caregiver Scale e Client Satisfaction Questionnaire, aos cuidadores duas semanas após a alta.

Os **estudos 2,4,5 e 6** dizem respeito a um programa de preparação para a alta e avaliação da eficácia do mesmo a longo prazo. Essa avaliação da alta, nos estudos 4 e 5, foi feita num mês após a mesma. Nos estudos 2 e 6 a avaliação foi feita ao longo de um ano após a alta. As intervenções e a preparação para a alta foram concebidas através de ensinamentos realizados aos cuidadores, de visitas presenciais, por telefone ou correio eletrónico e através do preenchimento de escalas para avaliação dessa preparação.

Os **estudos 3 e 7** dizem respeito a um programa de preparação para a alta do cuidador, tendo em conta os aspetos fundamentais que devem estar presentes num correto planeamento da alta, devendo abordar as questões socioeconómicas e envolvendo sempre o cuidador. Nesta fase de transição, os enfermeiros desempenham um papel fulcral nesse processo, tendo em conta as necessidades dos cuidadores e as suas expectativas com o processo de alta.

De acordo com o **estudo 1**, os cuidadores querem estar preparados para esse papel. Desta forma, procuram informação sobre o doente que vão cuidar e querem saber opções fiáveis e oportunas com os profissionais de saúde. Os cuidadores ficam satisfeitos com o acesso à internet sobre a informação de saúde, recursos e respostas através de *email* de forma atempada. Os resultados obtidos permitiram também perceber quais os cuidadores que estariam em maior risco de não estar preparados para o papel, nomeadamente no que diz respeito a fatores como a idade, sexo, diagnóstico e estado do doente aquando da alta. Apesar dos participantes demonstrarem altos níveis de interesse com o uso do correio eletrónico para comunicar e colocar questões à enfermeira de reabilitação, apenas um participante utilizou esse recurso. Não houve relação estatisticamente significativa entre as idades e sexo dos doentes e cuidadores, com as suas experiências com o computador, com a quantidade de assistência necessária ou com o número de vezes que acederam à internet. No entanto, houve diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao diagnóstico. Os cuidadores de

doentes com lesão cerebral demonstraram não estarem preparados para cuidar dos mesmos após a alta.

O **estudo 2** foi efetuado a casais onde um dos conjugues tinha tido um AVC e após receberem intervenção após a alta de um Centro de Reabilitação e respetivo acompanhamento durante os 12 meses seguintes. As enfermeiras e terapeutas ocupacionais recolheram os dados dos participantes no momento da alta do centro de reabilitação. Os resultados foram categorizados em eventos adversos expectáveis ou não expectáveis. A maioria dos eventos adversos ocorre nos 12 meses após a alta dum centro de reabilitação, sendo que na sua maioria são inesperados. Alguns efeitos negativos dos eventos adversos poderiam ser reduzidos através da identificação de indivíduos em risco, da prevenção e educação para a saúde numa fase inicial, manuseando assim os riscos. Devido à elevada incidência de AVC e AIT, os planos da alta devem incluir os ensinamentos sobre os sintomas do AVC e AIT, a emergência que eles representam, a importância de ligarem o número de emergência aos primeiros sinais e sintomas. Os esforços para reduzir ou prevenir eventos adversos, ajudam não só os sobreviventes de AVC e seus familiares a adquirir uma melhor qualidade de vida, mas também a reduzir custos hospitalares, através de menores visitas à urgência e readmissões hospitalares.

O **estudo 3** remete para os determinantes de saúde no planeamento da alta. Este quando é realizado com recursos humanos limitados conduz a um fraco planeamento, tendo que se cingir ao diagnóstico médico e à necessidade de ocupar a cama. Os fatores que contribuem para um fraco planeamento de alta são a divergência entre a comunicação escrita e a verbal, estadias hospitalares curtas, restrições temporais e lacunas acerca do conhecimento dos cuidados de saúde. As taxas de readmissões hospitalares têm implicações na saúde dos idosos e também para o sistema de saúde. Outras barreiras para a alta dos doentes incluem falta de continuidade dos cuidados, falta de elementos chave na equipa interdisciplinar e o estabelecimento de prioridades.

No **estudo 4**, a intervenção foi administrada ao grupo aquando da alta. Esta intervenção consistia numa visita de duas horas de uma enfermeira especializada em Geriatria e, sob supervisão de um médico Geriatra, no qual eram debatidos os temas: medicação (reconciliação entre a prescrição do domicílio, do hospital e aquando da alta), necessidade de uso de dispositivos e equipamentos médicos, averiguação da necessidade de ajuda especializada e alertar para a possibilidade de utilização de serviços domiciliários. Por outro lado, eram também realizados ensinamentos ao doente e seu cuidador, seguidos de registos eletrónicos enviados aos serviços de ambulatório dos cuidados de saúde primários onde pertencia o doente. Essas intervenções eram realizadas nas 72 horas antes da alta ou no próprio dia para minimizar as interrupções nos cuidados ao doente. A enfermeira revia a folha terapêutica do doente, comunicava com a equipa do centro de enfermagem, entrevistava o doente e o cuidador e fazia um exame físico do mesmo. Para além disso, averiguava a medicação necessária, pedindo a que estava em falta, tratando do equipamento necessário para a adaptação do doente a casa e, se necessário, contactava os serviços domiciliários ou de

reabilitação. Os ensinamentos realizados dizem respeito ao uso correto da medicação e aos sinais e sintomas expectáveis. Todas as intervenções tinham um formato estandardizado.

No **estudo 5**, avaliou-se o impacto do diagnóstico de cancro e a forma como este afeta a capacidade do cuidador de lidar com a doença, as suas necessidades e as do doente. Perguntar ao cuidador quais as suas necessidades educativas antes da alta permitem ajudá-lo a cuidar do seu ente querido. Alguns estudos referem que dar demasiada informação ao cuidador no momento do diagnóstico pode não ser rentável, no sentido deste não conseguir reter essa informação. Outros programas educativos sugerem que o cuidador tem receio de cuidar na medida em que a trajetória da doença é incerta (quando não lhe é fornecida a devida informação). Através deste estudo foi reconhecida a necessidade de informação em determinados pontos-chave durante e após a hospitalização. No entanto, é necessário fazer um reforço positivo quando é transmitida essa informação com o intuito de motivar o cuidador para essa aprendizagem.

No **estudo 6**, os resultados demonstram que os idosos chineses com AVC e seus cuidadores podem beneficiar de um programa individualizado que prepare o cuidador para a alta do doente. O cuidador e o doente passam por um processo que envolve três fases: compromisso, negociação do papel e por último, a definição do papel. Durante a fase do compromisso que ocorre logo após a admissão hospitalar, os cuidadores preparam-se para entrar num novo papel. Nesta fase destaca-se a necessidade de informação. Na segunda fase, é requerida ajuda para desempenhar o papel de cuidador. Por último, a preparação do cuidador antes da alta, assim como a satisfação das suas necessidades no momento da alta, podem prever a forma como o cuidador e doente assumem a sua definição do papel, correspondendo esta à última fase. Nela, as atividades e interações entre cuidador e o doente situam-se num padrão estável. A intervenção presente neste estudo aumenta a preparação do cuidador e satisfaz as necessidades no momento de transição para casa. Por outro lado, aumenta também a qualidade do cuidado prestado no primeiro ano após a alta e, diminui a taxa de institucionalização entre os seis meses a um ano após a alta. Denota-se a importância de dar resposta às necessidades específicas de cada cuidador de forma a poder desenvolver as intervenções mais adequadas a cada caso. Este programa não demonstrou efeitos no estado físico, psicológico ou social do cuidador no ano seguinte à alta, melhorando apenas a satisfação com a informação fornecida e com os serviços. O programa de preparação individualizada do cuidador teve um efeito negativo na intervenção realizada dizendo respeito à qualidade de vida do cuidador. Este resultado pode ser explicado pela capacidade do cuidador perceber a exigência do cuidado a ser prestado e, pela consequente redução da sua própria vida social. Por outro lado, melhorando a competência dos cuidadores e por consequência, a qualidade do cuidado por eles prestado, pode ter um impacto negativo no programa de intervenção relativamente à qualidade de vida do cuidador.

O **estudo 7** remete para a necessidade de haver um profissional de saúde responsável que coordene a alta do doente. Este elemento deve estar em comunicação com a equipa de saúde e o cuidador. Este último deve ser preparado para a alta nas primeiras 24 - 48 horas após a

admissão do doente. Os cuidadores que recebem sessões de educação para a saúde adicionais obtêm resultados positivos traduzidos em melhor saúde. A efetividade do planeamento da alta inclui diversos fatores, nomeadamente: envolvimento do cuidador no cuidado e satisfazendo as suas necessidades para desempenhar o seu papel; envolvimento ativo e precoce do cuidador e família; provisão de informação adequada durante o processo de alta; comunicação entre os cuidadores e a equipa de saúde; comunicação e trabalho em equipa interdisciplinar no planeamento da alta; acompanhamento contínuo do doente e cuidador através dos cuidados de saúde primários, grupos de suporte e ajuda.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Existe relevância clínica de que os recursos da internet podem melhorar a preparação do cuidador. Com a estadia cada vez mais curta, providenciar recursos *online* para os cuidadores pode colmatar a inexistência de alguns serviços de apoio ao cuidador. As intervenções para a sua preparação aumentam o conhecimento e o sucesso no ato de cuidar. Com as novas tecnologias, parece importante o uso da internet, assim como o do correio eletrónico para poder comunicar com a equipa de saúde com o intuito de melhorar a experiência da alta.

Os programas educativos nos quais são envolvidos os cuidadores e os seus familiares demonstram melhorar a qualidade de vida e a capacidade funcional depois da alta para casa. O cuidador deve ser envolvido em todo o processo, desde o início, aquando da admissão ao serviço. Aquando do regresso a casa deve-lhe ser fornecido material informativo em suporte de papel, um contacto telefónico do serviço em caso de necessidade, esclarecimento acerca dos serviços de apoio existentes na comunidade e das alterações de infraestruturas necessárias para receber uma pessoa dependente.

Colocar as questões certas aquando da alta pode melhorar a sua efetividade. A equipa interdisciplinar deve saber avaliar cada caso, permitindo perceber as lacunas que existem no momento da alta. Esta situação pode levar a determinadas oportunidades de educação para a saúde, de forma a poder preencher a lacuna existente, permitindo uma alta hospitalar eficaz, sem a necessidade de readmissões hospitalares.

As necessidades educativas são próprias de cada cuidador e de cada doente, devendo ser questionadas pelos profissionais de saúde e, esclarecidas numa fase posterior. Devem ser sinalizados os indivíduos em maior risco de readmissão hospitalar, promovendo educação para a saúde sobre prevenção, identificação prévia dos riscos e a respetiva gestão dos mesmos. Com o intuito de melhorar a experiência da alta devem ser realizadas sessões de educação para a saúde em determinados ponto-chave, ainda com o doente internado, proporcionando o conhecimento necessário e dando reforço positivo sobre o que aprenderam. O conhecimento do cuidador acerca da doença e das suas implicações, assim como a sua integração no plano de cuidados, permitem aumentar o potencial psicológico do cuidador proporcionando resultados positivos na saúde do cuidador e do doente.

Faz parte do papel do enfermeiro assegurar que as necessidades de ensino e formação ao utente e familiar foram realizadas em tempo oportuno e que não existem dúvidas no momento

do regresso a casa.

As estratégias de intervenção no cuidador incidem em fatores que poderão fomentar uma melhor preparação no seu papel. Nomeadamente na participação efetiva do cuidador na preparação do regresso a casa, na participação efetiva dos cuidados ao doente, durante o internamento, sob supervisão dos enfermeiros. Informar e questionar o cuidador, sobre todas as atividades desenvolvidas no cuidar, de modo a permitir a aquisição correta de conhecimentos, capacidades e habilidades, incentivando o cuidador a manifestar todo o tipo de dúvidas relativamente à prestação de cuidados, mesmo aquelas que poderão ser consideradas por ele despropositadas e incongruentes.

O planeamento da alta hospitalar é uma prioridade crescente nos cuidados de saúde e como tal deve ser dada a devida importância.

Mediante os estudos realizados pude concluir que os programas educativos dirigidos aos cuidadores são vantajosos para o doente e cuidador, melhorando a qualidade do cuidado prestado havendo por consequência uma diminuição das readmissões hospitalares.

No entanto, é necessário efetuar mais pesquisas, quer de metodologia quantitativa quer de metodologia qualitativa, para poder melhor lidar com as questões do planeamento da alta e preparação do cuidador informal, trabalhando em conjunto com profissionais e cuidadores para estes últimos receberem o apoio e a ajuda de que necessitam nesse momento importante de transição.

## **2 – ANÁLISE E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DOS ESTÁGIOS**

### **Descrição Geral das Atividades do Estágio Creditado**

O estágio que me foi creditado corresponde ao Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios. Esta creditação só foi possível devido ao serviço onde trabalho desde Abril de 2008. Este serviço está dividido por duas salas: a UCPC e a UCPA.

A UCPC funciona como uma Unidade de Cuidados Intensivos para doentes com antecedentes pessoais relevantes que são submetidos a intervenções cirúrgicas de médio a alto risco. Outra situação possível é quando ocorrem complicações pós-operatórias. Na UCPC o rácio de Enfermeiro-Doente corresponde a 1 Enfermeiro para 2 Doentes.

As especialidades que recebemos de momento são: Cirurgia Geral, Urologia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia. Recebíamos também Ortopedia até ao início do ano de 2012. No entanto, com a saída dessa enfermaria para outro hospital do Centro Hospitalar Médio-Tejo, deixaram de se realizar essas intervenções cirúrgicas no Bloco Central do Hospital de Tomar.

A faixa etária predominante neste serviço é bastante abrangente e situa-se entre os 50 e os 80 anos.

Na UCPA temos doentes submetidos a cirurgias mais simples e que necessitam de recobro de 2 a 3 horas. Nela passam todos os doentes submetidos a Anestesia Geral ou Locoregional no Bloco Central, exceto aqueles que realizam intervenções cirúrgicas apenas com Anestesia Local. Na UCPA existe todo o tipo de utentes desde crianças até idosos. O rácio de Enfermeiro-Doente é de 1 Enfermeiro para 4 Doentes.

### **Relação entre as Atividades Realizadas e as Competências Desenvolvidas**

Na UCPC dadas as características dos doentes que são admitidos é necessário uma monitorização contínua dos mesmos, com avaliações sistemáticas da tensão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio, temperatura e dor. Sempre que seja necessário também pode ser feita a monitorização do nível de Curarização e de Sedação do doente com Neuroestimulador e Índice Bispectral – BIS, respetivamente.

A avaliação da dor é de extrema importância e para tal são utilizadas diversas escalas consoante as características do doente, nomeadamente: Escala Numérica (EN), Escala de Classificação Verbal (ECV), Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI), Escala do Observador (EO), Escala de Caras de Wong-Baker (EC) e, para doentes ventilados, a Behavioral Pain Scale (BPS). Para analgesia contínua do doente usamos DIB (Drug Infusion Ballon) de 24h ou de 48h, PCA (Patient Controlled Analgesia) e cateter epidurais com analgesia continua ou em bólus.

Como atividades de enfermagem interdependentes colaboro na colocação de cateteres venosos centrais, linhas arteriais, cateteres epidurais e na entubação endotraqueal. Para além da Ventilação Invasiva também tenho doentes a fazer, ou que iniciam no serviço, Ventilação Não Invasiva.

Os doentes críticos presentes no serviço necessitam, na maioria das vezes de Aminas em perfusão (dopamina, noradrenalina e dobutamina) e de vigilância “apertada”. Os doentes que desenvolvem insuficiência renal aguda realizam hemodiafiltração neste serviço, não tendo portanto de se descolar ao serviço de Hemodiálise.

Dadas as características destes doentes realizo colheitas de sangue para análise uma vez dia ou mais, sempre que se justifique e, gasometrias arteriais. Na UCPC existe um aparelho de Gasometria para esse efeito, o qual necessita de manutenção que é feita por nós, enfermeiros. A UCPC é o único serviço do Hospital de Tomar que detém duas unidades de Concentrado de Eritrócitos para transfundir em caso de emergência, atuando de acordo com o Protocolo instituído. Para além disso, fomos o serviço pioneiro na realização da classificação ABO à cabeceira do doente, que é efetuada antes de transfundir a unidade de concentrado de eritrócitos.

Outra intervenção de extrema importância diz respeito ao Acolhimento dos familiares, pois este é um momento gerador de stress e não é desejável que familiares inseguros transmitam essa informação ao utente. Explico como é o funcionamento do serviço e, quando são dadas as informações médicas aos familiares.

Realizo pensos cirúrgicos, pensos de úlceras de pressão (embora em menor frequência, uma vez que temos uma percentagem de 0% de úlceras de pressão adquiridas no serviço) e para além disso, utilizo também o sistema de vacuoterapia para determinadas feridas.

Por outro lado, faço a gestão de material e medicamentos, sempre que estejam em falta, em colaboração com a Farmácia e o Aproveitamento.

Giro a dieta dos doentes e a sua progressão na mesma, *de acordo com a minha formação inicial, experiência profissional, de vida e também da minha formação pós-graduada.*

Ao longo do ano são distribuídas tarefas aos enfermeiros do serviço que ficam responsáveis pela verificação da quantidade/validade dos medicamentos e dos soros; do carro de emergência; do carro de pensos; do saco de evacuações; do armário dos medicamentos e dos opióides. Todos os procedimentos efetuados são realizados tendo por base *uma gestão criteriosa dos cuidados na minha área de especialização.*

Para me manter atualizada e sempre que são *identificadas necessidades formativas, são realizadas ações de formação contínua no serviço.* Entre elas podem-se destacar as formações sobre manutenção de Cateteres Venosos Centrais, Linhas Arteriais, Suporte Básico e Avançado de Vida, Ventilação Invasiva e Não Invasiva, necessidades de Nutrição dos doentes no Pós-Operatório, Choque Séptico, SAPE e CIPE, Comunicação com o Doente Ventilado, Técnicas Dialíticas. *Tento manter sempre de forma contínua e autónoma o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional.* Ao longo destes anos tenho feito formação em serviço sobre determinadas temáticas, nomeadamente sobre a Dor, Úlceras de Pressão, Choque

Séptico e Cirurgia Urológica, *comunicando o resultado da minha pesquisa aos colegas e ao público em geral.* Neste momento sou responsável pelo Projeto de Prevenção de Úlceras de Pressão, *promovendo a formação da equipa multidisciplinar sobre esta problemática. De acordo com a evidência científica temos alterado comportamentos com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente,* nomeadamente através da mudança de posicionamentos consoante a tolerância do doente, de material de apoio aos posicionamentos e realização de massagem. *Participo e promovo a investigação em serviço nas variadas áreas referidas anteriormente tendo em conta a minha área de especialização.*

Todos os anos tenho alunos a estagiar no serviço, razão pela *qual realizo supervisão clínica de alunos de enfermagem, demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização.* Para além dos alunos *já colaborei com a integração de novos profissionais no serviço e na supervisão do exercício profissional na minha área de especialização.*

Quando há necessidade de transferência entre hospitais ou para a realização de exames complementares de diagnóstico, o doente sai sempre acompanhado de enfermeiro. A realização de raio X intransportável no serviço também é uma realidade.

Na UCPC existe a permanência contínua do Enfermeiro na mobilização dos doentes e em toda a sua estadia no serviço. Para responder de acordo com as necessidades do serviço e atendendo à rotatividade de doentes que por aqui passam, *é necessário a gestão dos cuidados de forma criteriosa. Em algumas circunstâncias e dada a minha experiência profissional, tomei decisões, liderando a equipa na prestação de cuidados, fazendo uma triagem e priorização de cuidados.*

No que diz respeito à prevenção de complicações no pós-operatório imediato fui responsável pelo despiste de complicações, nomeadamente em alguns casos de cirurgia abdominal do qual resultou hemorragia “em toalha” de um dos vasos ou, drenagem abundante dos drenos, factos que implicaram a ida imediata do doente para o bloco operatório e a reposição de hemoderivados. Em todas as situações *zelo pelos cuidados prestados na minha área de especialização.*

Após a realização da revisão integrativa da literatura sobre os programas educativos dirigidos aos cuidadores de doentes dependentes aquando do regresso a casa, posso mencionar que estou mais alerta para as suas necessidades, começando a preparar os mesmos logo na admissão do doente no serviço. Apesar do meu serviço não dar alta diretamente para casa mas sim para as enfermarias, promovo a formação em determinados pontos-chave aos cuidadores para a realização de procedimentos que irão ser realizados num futuro próximo. A relação terapêutica que é estabelecida é de extrema importância, permitindo aos mesmos o esclarecimento de dúvidas e colocação de questões. Para além disso, são realizados ensinamentos sobre hábitos e estilos de vida saudável, alimentação equilibrada, posicionamentos no leito, alternância de decúbitos e mudança de sacos de ostomia. Desta forma, *posso mencionar que incorporei os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da minha*

*especialização, transpondo-os para a minha prática clínica. Demonstro compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.*

## **2.1 – MÓDULO III OPCIONAL – CUIDADOS PALIATIVOS**

### **Descrição e Características dos Cuidados Paliativos**

Na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos de um hospital privado de Lisboa existem três tipologias de doentes internados neste serviço: paliativos, continuados e da área de médico-cirúrgica. Os dados referidos posteriormente estão de acordo com o que foi referido pela Enfermeira Coordenadora da Unidade, após a reunião de apresentação do serviço.

O serviço tem uma lotação total de 48 camas divididos em quartos individuais e em duplos, correspondendo os quartos individuais a um total de 14 camas. Normalmente os doentes paliativos ficam em quartos individuais. Apenas quando não é possível, pela inexistência de vagas, podem ficar em quartos duplos até haver vaga num individual.

A grande maioria dos doentes internados no serviço são idosos, apresentando uma média de idade de 80 anos. Apesar dos estudos indicarem que a maioria dos doentes paliativos não são do foro oncológico, isso não acontece neste serviço. Os doentes internados são maioritariamente doentes oncológicos, correspondendo apenas a 40% os doentes não oncológicos. De entre os doentes paliativos não oncológicos destacamos doentes com Demências, AVC e Insuficiências de Órgãos. Na realidade deste serviço, os doentes com idades inferiores a 40 anos correspondem a uma percentagem inferior de doentes paliativos. As possíveis formas de internamento variam entre vir de casa, do internamento de especialidades, da medicina interna ou da urgência. Por outro lado, existem também doentes que estão nos cuidados continuados para reabilitação, sendo estes do foro ortopédico ou neurológico.

O horário das visitas é das 10h às 22h, podendo um familiar acompanhar o doente durante a noite também, se assim o desejar. Não há número limite de visitas, pelo que em determinadas circunstâncias e dadas as condições do doente, tem que se gerir o número das mesmas.

A equipa de enfermeiros dos Cuidados Continuados e Paliativos possuem um curso básico de cuidados paliativos, exigência do serviço e, para além disso, mestrados e pós graduações em cuidados paliativos.

Todas as terças feiras às 14h30 há uma reunião da equipa multidisciplinar na qual são apresentados os casos mais complexos e discutidos em equipa.

O registo de conferências familiares é de extrema importância uma vez que a família representa um pilar fundamental no apoio ao doente com necessidades acrescidas, especialmente na presença de doença avançada, incurável e progressiva.

## **Objetivos definidos e Atividades desenvolvidas**

O estágio é um agente fundamental na promoção da articulação entre a teoria e a prática, no qual as verdadeiras dificuldades, bem como as estratégias a implementar são identificadas.

HESBEEN (2000, p. 136) refere que “o estágio é a ocasião do estudante descobrir a realidade das situações de vida. É o complemento ao ensino escolar que, mesmo com as modalidades pedagógicas mais eficazes, não se pode substituir a este contacto direto com a realidade.”

Para JESUS (2006), os enfermeiros devem desenvolver a capacidade de pensar de forma crítica, sendo encarada como a chave na resolução de problemas e consequentemente uma ferramenta no processo de decisão dos enfermeiros. O pensamento crítico e reflexivo ajuda os enfermeiros a tornarem-se mais autónomos e a melhorarem a sua capacidade de decisão. Estes princípios coadunam-se com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, que defende a necessidade destes profissionais demonstrarem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.

O Projeto de Estágio delineado para os Cuidados Paliativos foi constituído por um objetivo geral e três específicos.

O objetivo geral traçado para o Estágio de Cuidados Paliativos consistiu em: **Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados, à pessoa em fim de vida e sua família, no serviço de Cuidados Continuados e Paliativos.** Este foi atingido na sua plenitude, tendo como base a fundamentação teórica que proporcionou os alicerces para o desenvolvimento da prática dos cuidados. Os três objetivos específicos a que me propus e que serão apresentados de seguida também foram alcançados com sucesso.

A OMS considera que os Cuidados Paliativos podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no decurso de qualquer doença crónica potencialmente fatal, definindo que os cuidados paliativos deveriam garantir uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias. Na presença de problemas associados a doenças que ameaçam a vida, fazendo a prevenção e alívio de sofrimento pela deteção precoce e tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, estendendo-se à fase de luto.

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) de 2010, em Portugal, 60% da mortalidade deve-se a doenças crónicas evolutivas como o cancro, 20-25% às insuficiências orgânicas (respiratória, cardíaca, hepática, renal, etc.) ou às doenças neurológicas progressivas (demências, Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica, Esclerose Múltipla). Em múltiplas ocasiões, também existem co-morbilidades (síndromes geriátricas) que se desenvolvem de uma forma progressiva em semanas ou meses, com frequentes crises de necessidades.

Os Cuidados Paliativos promovem o alívio da dor e de outros sintomas; Reafirmam a vida e vêm a morte como um processo natural; Não pretendem antecipar e nem atrasar a morte; Integram aspetos psicossociais e espirituais ao cuidado; Oferecem um sistema de suporte que auxilia o doente a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte; Auxiliam a família e

entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença; Devem ser iniciados o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida como a quimioterapia, radioterapia, cirurgia, tratamento antirretroviral, drogas modificadoras do percurso da doença, e devem incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manuseamento dos sintomas. Os Cuidados Paliativos só são prestados quando o doente e a família os aceitam. Estes respeitam o direito do doente escolher o local onde deseja viver, ser acompanhado no final da vida sendo baseados na diferenciação e na interdisciplinaridade (BARBOSA e NETO, 2010).

Trata-se de filosofia de cuidado para as pessoas que enfrentam sofrimento com o avançar de suas doenças crônicas e proximidade com a morte. Os Cuidados Paliativos assentam em quatro pilares fundamentais: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa (ibidem).

A crise e o sofrimento existente atinge não só o doente como também todas as pessoas que estão ligadas a este através de laços de afetividade. As necessidades dos cuidadores passam frequentemente por apoiar e conduzir uma conferência familiar. Devem ser devidamente equacionadas pela equipa interdisciplinar que obrigatoriamente, deve possuir competências para apoiar o seu familiar de forma estruturada. Esse apoio passa frequentemente por planear em antecipação, agendar e conduzir uma conferência familiar. Para as famílias, o confronto com a experiência da doença terminal representa uma ameaça mas também um desafio. A intervenção de apoio de profissionais qualificados tem o intuito de proporcionar essas vivências em períodos geradores de reforço nas famílias e de crescimento pessoal (NETO, 2008).

Relativamente ao primeiro objetivo específico delineado para este estágio: **Prestar cuidados de Enfermagem especializadas ao doente em fim de vida e sua família, no serviço de Cuidados Continuados e Paliativos**. Este foi atingido na sua plenitude.

Os profissionais devem reconhecer os limites da medicina e evitar o excesso de tratamento, ou tratamento não adequado num contexto específico, dentro dos conceitos da distanásia (morte com sofrimento que poderia ser evitado), seguindo quatro princípios definidos: o respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 1994).

De acordo com este objetivo posso mencionar um caso em particular de um doente terminal com 49 anos e com diagnóstico adenocarcinoma da sigmoide com metástase cerebral única, que continuava a fazer tratamento de quimioterapia oral. Tinha uma personalidade muito forte, não permitindo uma fácil aproximação e um humor muito próprio. Possuía um ar muito ríspido e sério, não sendo muito afável à nossa aproximação. Ponderou-se os efeitos benéficos versus nefastos desse tratamento e deu-se término após reunião com a equipa multidisciplinar. A família concordou com a decisão uma vez que os tratamentos só estariam a pô-lo mais prostrado, não podendo aproveitar “os últimos dias que lhe restavam”. Este caso em particular, marcou-me, não só pela idade do doente mas também por sentir que consegui contribuir para o bem-estar deste e da sua família, dando o devido apoio emocional. *Esta situação permitiu-me analisar um problema de grande complexidade, como é a suspensão de um tratamento de*

*quimioterapia de forma autónoma, sistemática e crítica, agindo em prole da não maleficência do doente.*

Quando o prognóstico é extremamente mau e a sobrevida provável muito curta, não constitui boa prática da medicina e desrespeita a dignidade da pessoa “tentar tudo por tudo” como dizem os familiares, para manter a pessoa viva por breve prazo adicional. Esta deve ser acompanhada com cuidados e compaixão até aos momentos finais, sem ser sujeita a instrumentações e tecnologias que só vão diminuir a sua qualidade de vida e são medicamente fúteis (OSSWALD, 2013).

A promoção e manutenção de um ambiente terapêutico na assistência aos pacientes em fase terminal devem ocorrer de forma abrangente e efetiva. A incurabilidade da doença remete-nos para a realização de uma assistência focada no aumento da qualidade de vida e conforto, procurando a dignidade de vida e de morte, permitindo-lhe o convívio com os familiares, rodeado das coisas que gosta, minimizando o seu isolamento, sofrimento e mal-estar. É utópico idealizar um paraíso terapêutico capaz de satisfazer todas as necessidades do doente, prever e resolver todas as situações. O doente terminal deve perceber e encontrar esse ambiente terapêutico desde o momento do diagnóstico até ao momento da sua morte (CAMERON e JESUS, 2008).

Um facto que se deve de ter em conta é que não se deve dar falsas esperanças aos doentes. Quando somos abordados e questionados diretamente, dificilmente saberemos quanto tempo de vida a pessoa tem, mas devemos fazer a pessoa pensar no que gostaria de fazer. Isto é a denominada Prognostização da doença. A técnica do *Crossed Fingers*, em português, dedos cruzados, consiste em acreditar no melhor mas esperando sempre o pior.

Houve uma situação em que uma senhora me abordou acerca do diagnóstico do familiar, adenocarcinoma do pulmão com metastização hepática. A própria tinha consciência da gravidade da situação do doente. No entanto, esperava que a minha resposta lhe fosse dar alguma esperança. Fiz um discurso fundamentado sobre o problema de saúde do seu ente querido, que já era conhecido por ela, tendo em conta diferentes perspetivas sobre a evolução da doença e a possibilidade de realizar desejos do doente (casar com a companheira de 20 anos). Este casamento foi possível na Unidade de Cuidados Paliativos, tendo o senhor falecido uma semana após a realização do mesmo. Constatei que esta conversa aliviou de certa forma o sofrimento daquela senhora, sentido que tinha alguém com quem podia eventualmente conversar sobre os seus problemas.

Na comunicação do prognóstico tem que se evitar respostas precisas, como sejam horas, dias, meses, contudo não podemos resvalar para respostas evasivas. Como profissionais temos limites e o da predição é um deles. Segue-se a estratégia dos “dedos cruzados” que consiste em acreditar no melhor mas esperando sempre o pior, “oxalá possa vir a recuperar”...mas nem sempre é assim. Se as coisas não correrem bem, há sempre apoio a planear. É fundamental que o doente não se sinta sozinho, abandonado, demonstrando a nossa disponibilidade e acessibilidade (BARBOSA e NETO, 2010).

O facto de ter elaborado um mini formulário que inclui medicação *off-label* usada em Cuidados Paliativos (APÊNDICE I), ajudou-me a perceber que alguma da medicação prescrita nem sempre é usada pela sua indicação principal mas sim pelos efeitos laterais. Esta ideia surgiu quando me deparei com uma equipa que tinha muitos elementos novos e recém-licenciados, com necessidade de formação sobre os fármacos cuja utilização não seria a indicação principal mas sim os efeitos secundários. Desta forma, *demonstrei iniciativa e criatividade na interpretação, resolução de problemas e identificação das necessidades formativas na minha área de especialização.*

Devem ser atribuídos ao doente terminal: Ser tratado como pessoa humana até morrer; Ter esperança (não importa que mudanças possam ocorrer); Expressar sentimentos e emoções diante da morte; Participar das decisões referentes aos cuidados e tratamentos; Receber cuidados médicos e de enfermagem; Não morrer sozinho; Ser aliviado na dor e no desconforto; Ver as suas questões respondidas honestamente; Após aceitar a morte, receber a ajuda dos familiares e que estes também sejam ajudados; Morrer em paz e com dignidade; Conservar a individualidade e não ser julgado por decisões que possam ser contrárias às crenças dos demais; Discutir e aprofundar a religião ou experiências religiosas (se esse for o seu desejo); Ser cuidado por pessoas sensíveis, humanas e competentes que procurarão compreender e responder às suas necessidades, ajudando-o a enfrentar a morte e garantir a privacidade do doente. Considera-se de extrema importância o respeito dos direitos do doente paliativo e da família, pois, somente desta forma, se conseguirá manter uma convivência eficaz durante a assistência à fase terminal e à morte (GÓMEZ, 1998).

Posso mencionar uma situação de um doente terminal cuja família esteve presente no momento da sua morte. Foi uma situação um pouco difícil de gerir, em primeiro lugar porque não estavam conscientes da gravidade da situação e, em segundo pela própria situação de dejeções abundantes de melenas e hematoquesias. Os familiares chamaram-me ao quarto porque estavam preocupados com a “respiração do pai”. Ele estava com respiração agónica e eles pensavam que estaria com dificuldade respiratória o que lhes provocou bastante desconforto. Posicionei o doente na cama de forma a minimizar o som emitido o que os deixou mais “confortáveis”.

Segundo ONRUBIA (2000), quando o doente chega a uma fase agónica podem surgir estertores premortem que perturbam a família pelo sentimento de proximidade da morte e pela impressão de sofrimento acrescido. Uma posição adequada, nomeadamente o decúbito lateral ou a inclinação da cabeça podem diminuir o som produzido.

Nesta situação *fui capaz de gerir e interpretar a informação proveniente da minha formação inicial, sempre com recurso à minha experiência profissional e de vida, e formação pós graduada perante uma situação de morte de um doente presenciada por familiares.*

As várias situações com que me deparei ao longo do estágio permitiram-me *refletir na prática e sobre a prática de forma crítica.*

O segundo objetivo específico remete para: **Desenvolver competências relacionais e de comunicação com o doente em fim de vida e sua família, no serviço de Cuidados Paliativos**. Este foi bem superado.

O estabelecimento de uma comunicação aberta com o doente em fim de vida é uma situação difícil para a maioria dos profissionais de saúde, uma vez que o processo de morrer provoca reações psicológicas que os levam a evitar a comunicação com o doente e a sua família. Isto deve-se, não só à lembrança da própria mortalidade, como também à insuficiente formação académica. O estabelecimento de uma boa relação com os doentes só é possível através de uma comunicação eficaz. Esta é uma ferramenta terapêutica indispensável. A arte de comunicar pressupõe o conhecimento de algumas técnicas, não sendo inatas ao ser humano, podem e devem ser aprendidas ou melhoradas (SIMÕES, 2009).

A comunicação eficaz em Cuidados Paliativos inclui vários aspetos a ter em consideração, nomeadamente, escuta ativa, domínio de técnicas específicas na transmissão de más notícias e a comunicação com a família. É preciso aprender a escutar antes de falar. Na transmissão de más notícias é comum utilizar-se o Protocolo de Buckman como guia orientador. Estas devem ser transmitidas pelo profissional da equipa que o doente elege ou que sente mais próximo, sendo que todos os elementos da equipa devem estar preparados para o fazer. Para que o fim de vida não seja uma mentira, deve-se alertar o doente e a sua família quanto à conspiração de silêncio, evidenciando os benefícios de uma boa comunicação e os efeitos nefastos da má comunicação e da mentira (ibidem).

Um dos aspetos que mais gostei de trabalhar e de desenvolver foi, sem dúvida, a comunicação. Sempre tive alguma dificuldade em lidar com questões delicadas, nomeadamente na transmissão de más notícias. Explicar ao doente e/ou familiar que nem sempre é possível curar e que o mais provável é a doença progredir inexoravelmente, nunca é fácil e é preciso treino. O facto de a comunicação ser uma técnica implica que se tem de treinar, aperfeiçoar e melhorar. A formação a que assisti sobre comunicação em Cuidados Paliativos foi de extrema relevância nesse sentido.

Após esta formação tive várias situações em que foram necessários conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e a família, respeitando sempre as suas crenças e cultura. Cito a ocorrência de um doente que veio a falecer no início da manhã e foi permitido à família estar a velar o seu corpo até ao final do turno.

Outra situação remete para um senhor de 62 anos de idade com carcinoma do pulmão, com adenopatias, envolvimento ganglionar e metastização óssea. O motivo do internamento foi dor nos flancos com irradiação à região lombar e sagrada, cansaço, náuseas e prurido. Apenas neste internamento é que teve conhecimento que tinha cancro através da conferência familiar com a equipa multidisciplinar. Dar a notícia não foi fácil, até porque o senhor estava crente que era um tumor localizado, mas através do protocolo de más notícias, tornou-se menos complicado.

Para BUCKMAN (1994, p. 2), má notícia significa "toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro".

A má notícia é uma mensagem que tem o poder de destruir sonhos e esperanças, leva a uma mudança do estilo de vida de uma pessoa e a um futuro diferente. É consensual que uma má notícia é sempre aquela que afeta negativamente as expectativas de vida da pessoa, devido a uma situação vivenciada diretamente ou com alguém próximo.

O Protocolo Spikes de Buckman descreve seis passos de maneira didática para comunicar más notícias. O primeiro passo (*Setting up the interview*) refere-se à preparação do profissional de saúde para dar a notícia e do espaço físico para o evento. O segundo (*Perception*) verifica até que ponto o doente tem consciência de seu estado. O terceiro (*Invitation*) procura entender o que o doente deseja saber sobre a sua doença. O quarto (*Knowledge*) remete para a transmissão da informação propriamente dita. Neste ponto, são salientadas algumas recomendações, como utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que se trata de comunicação de más notícias. Isto não deve ser feito de forma brusca ou com recurso a palavras técnicas em excesso, devendo sempre verificar a compreensão do paciente. O quinto passo (*Emotions*) é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente. Por último, o sexto (*Strategy*) diminui a ansiedade do paciente ao revelar-lhe o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer.

De acordo com WATSON (2010), existem barreiras por parte dos profissionais de saúde que podem não permitir uma comunicação eficaz, nomeadamente: medos, crenças, competências inadequadas e falta de apoios. Estes têm medo de desencadear fortes emoções, aborrecer o paciente, causar mais dano do que fazer bem, que façam perguntas para as quais não há resposta ou que são difíceis de responder, ser má altura para revelar o diagnóstico, "demorar muito tempo" a transmitir a notícia e de lidar com as emoções dos pacientes. Relativamente às crenças dos profissionais, eles referem que os problemas emocionais são inevitáveis em doentes com doenças graves e que nada pode ser feito em relação a isso, que não cabe ao próprio discutir determinados assuntos, que não vale a pena falar de medos quando não há respostas e falar sobre preocupações que não podem ser resolvidas com falsas expectativas. As competências inadequadas dos profissionais podem remeter para o não saber como aceder ao conhecimento e perceção do doente, não ser capaz de integrar uma agenda interdisciplinar, não ser capaz de lidar com sentimentos, estar incerto sobre como lidar com situações particulares de comunicação, nomeadamente na transmissão de más notícias, com colocação de questões difíceis, na conspiração de silêncio e de lidar com a raiva e a negação. No que diz respeito à falta de apoios aos profissionais, eles referem sentir que não há apoio ao doente quando os problemas são identificados e quando há conflitos entre a equipa.

Quando os doentes percebem que as informações foram escassas ou excessivas, têm probabilidade de desenvolver transtornos depressivos severos ou transtornos de ansiedade generalizada, assim como quando recebem informações imprecisas ou desajustadas. São descritos múltiplos obstáculos na comunicação apropriada entre doentes e profissionais, sendo

que muitos deles estão relacionados com a inaptidão de médicos e enfermeiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

É conveniente garantir respostas honestas aos doentes, adequadas ao que querem e desejam saber sobre a sua situação clínica. A abordagem espiritual em Cuidados Paliativos tem grande importância na medida em que nesta fase da vida (de grande vulnerabilidade) quase sempre há uma tendência para se agarrarem a crenças e valores como recurso interior para o alívio da angústia. Entender a morte como um processo natural da vida não é uma tarefa fácil. A crença espiritual nesse momento difícil é, talvez, a única ferramenta de alívio ao sofrimento do desprendimento definitivo da vida como se conhece (ibidem).

Conforme está mencionado no PNCP de 2010, a cultura dominante da sociedade ocidental tem considerado a cura da doença como o principal objetivo dos serviços de saúde. Neste contexto, a incurabilidade e a realidade inevitável da morte são quase consideradas como fracasso da medicina.

Durante o estágio tive dois doentes que faleceram durante o meu turno. Em ambos os casos, e em todo o meu percurso, *desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente*. Apesar do desfecho ter sido o mesmo, foram dois casos completamente distintos e que exigiram abordagens diferentes. Posso afirmar que o último doente que faleceu envolveu uma situação mais complexa. Em parte, devido à não consciencialização pelos familiares do prognóstico do doente e pelo seu estado de negação. Era uma família numerosa e habituada a um “registo diferente” do que se preconiza numa Unidade de Cuidados Paliativos. O doente tinha síndrome mieloplásico grave refratário a múltiplas linhas de tratamento com angioplasia intestinal, fazendo unidades de sangue em dias alternados, apresentando dejeções de melenas constantes e abundantes. Penso que os familiares não tinham sido abordados previamente acerca do inevitável que seria a sua morte. Nunca sequer tendo questionado o que causava conforto ao doente. Se ser transfundido frequentemente, tendo várias dejeções de melenas logo após ou proporcionar-lhe controlo sintomático. Para além do sangue ser um recurso escasso deve ser administrado de forma consciente e em benefício do doente, o que não era o caso. Este doente tinha entrado na unidade na véspera, passando a noite com dejeções de melenas, tendo vindo a falecer na manhã do dia seguinte. Trabalhar com as famílias que sofreram uma perda nem sempre é fácil e esta não foi exceção. Logo após a confirmação do óbito pela médica de serviço foi realizada uma conferência familiar. Nestas situações é muito importante a realização destas reuniões para prevenir um luto complicado ou mesmo patológico. De seguida, os familiares regressaram ao quarto e continuaram ao pé do doente até lhes pedirmos para sair no final do turno da manhã para que o corpo seguisse para a casa mortuária. Esta situação permitiu-me *avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao doente, segundo uma perspetiva profissional avançada*.

A complexidade do sofrimento e a combinação de fatores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida, obrigam a que a sua abordagem seja sempre uma tarefa multidisciplinar que

congrega além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados/dedicados e a própria comunidade (PNCP, 2010).

O cuidado baseia-se na convicção de que é possível ir além do respeito pelo outro e partilhar a sua dor, aliviando o seu sofrimento (VIEIRA, 2009).

Ao longo do estágio foram imensas as situações que me permitiram um crescimento profissional e pessoal. Devo mencionar que *consegui demonstrar capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar e interdisciplinar, de forma adequada*.

O terceiro objetivo traçado para este campo de estágio: **Identificar o impacto dos programas educativos dirigidos a cuidadores de doentes dependentes aquando do regresso a casa no serviço de Cuidados Continuados e Paliativos**. Este foi conseguido através da revisão integrativa da literatura.

A realidade do século XXI é a de que, quer os países desenvolvidos, quer os países em desenvolvimento estão cada vez mais envelhecidos e apresentam uma tendência progressiva no qual emerge uma nova realidade de cuidados que coloca a quem cuida, novos e diferentes desafios (ANDRADE, 2009).

A importância que o cuidador informal assume no contexto da continuidade de cuidados no regresso a casa de pessoas com dependência é reconhecida, pelo impacto produzido na saúde através do desempenho positivo do seu papel no próprio e na pessoa cuidada. Este constitui um desafio não só a nível político, como também nos profissionais de saúde, que oferecem estratégias de intervenção facilitadoras do processo de adaptação do prestador de cuidados (ibidem).

A finalidade do planeamento do regresso a casa consiste em proporcionar a continuidade de cuidados. Implica a colaboração conjunta do utente, do seu prestador informal de cuidados e da equipa multidisciplinar (JESUS, SILVA e ANDRADE, 2005).

Durante o meu estágio tive oportunidade de realizar várias preparações para a alta, incluindo altas menos prolongadas, nomeadamente para passarem o fim de semana fora. Foram realizados vários ensinamentos aos cuidadores, nomeadamente ao nível da medicação e horários, posicionamentos, alimentação equilibrada e prevenção de complicações, em cada caso em particular. Para além disso, foi deixado o contacto do serviço para ligarem caso tivessem alguma dúvida. Havia sempre um enfermeiro de referência para se poderem dirigir ou questionar sobre algum problema em concreto. Nestas situações, *fiz uma avaliação adequada sobre os diferentes métodos de análise de situações complexas, seguindo uma perspetiva académica avançada*.

Posso mencionar uma situação inédita de uma doente que já tinha tido alta para casa, ter que regressar ao hospital com o seu marido para falar com os profissionais da unidade de saúde por não haver nenhuma farmácia em Lisboa que tivesse a morfina que ela necessitava de tomar. Falei de imediato com a chefe de equipa e esta, por sua vez, falou com a enfermeira chefe que contactou uma farmácia sua conhecida que tinha a medicação. Caso não houvesse realmente nenhuma farmácia com essa medicação, a doente iria levar a medicação para as tomas da noite do próprio dia e para o dia seguinte, que seria quando esta chegava à farmácia.

*Nesta situação demonstrei consciência crítica para o problema atual relacionado com a doente e a sua família, na minha área de especialização.*

Educar as pessoas para a saúde consiste em criar condições para que adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco. A mudança ocorre quando no processo de educação para a saúde os interesses e necessidades do indivíduo, família e comunidade são valorizados, envolvendo-os como sujeitos ativos e participantes (SIMÕES et al., 2011).

Para qualificar os familiares, no sentido de cuidarem da pessoa dependente, é necessário promover o interesse e o seu envolvimento na consecução de objetivos definidos, o que impõe a avaliação inicial da disponibilidade dos familiares, os conhecimentos e experiências adquiridas nos respetivos processos de saúde. Durante o período de internamento hospitalar, o enfermeiro deve fazer o acompanhamento do doente, em parceria com a família como co-cuidadora de forma a garantir o regresso a casa, a articulação, a qualidade e a continuidade de cuidados (SILVA, 2007).

O planeamento da alta para pessoas idosas e seus cuidadores familiares pode ser melhorado se forem tomadas intervenções dirigidas aos cuidadores, incluindo-os nos cuidados, dando-lhe a informação necessária, comunicando com uma equipa interdisciplinar e proporcionando apoio após a alta. Existe uma correlação direta entre a qualidade do planeamento da alta e a readmissão hospitalar (BAUER et al., 2009).

Uma outra situação que posso mencionar remete para uma senhora de 50 anos que tinha sido submetida a mastectomia por neoplasia, no final do ano de 2013 (agora com metástases ósseas), e tinha reiniciado ciclos de radioterapia, motivo do seu internamento. Este era solicitado sempre que tinha de fazer sessões de radioterapia, regressando a casa logo após. Detinha uma forma muito peculiar de ser, estava sempre a escrever ou a ler, na companhia de familiares. Referia dor sempre que questionada, tendo sido alterada a sua tabela terapêutica após discussão em equipa. Nesta situação, *tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades éticas e sociais.*

O Cuidador Informal evidencia algumas dificuldades na prestação de cuidados à pessoa idosa com dependência funcional, o que se traduz em necessidades de ensino no apoio às atividades de vida diárias, sobretudo ao nível da alimentação, posicionamento, transferência e higiene corporal. Ele refere ter uma melhor preparação para o regresso a casa no que concerne à execução de procedimentos técnicos aliado ao estabelecimento de uma relação de parceria com o enfermeiro. Foram sugeridas algumas medidas pelos cuidadores na preparação para o regresso a casa, nomeadamente: identificação do cuidador principal e rede de suporte informal, iniciativa e disponibilidade dos profissionais de saúde para o esclarecimento, orientação, maior proximidade e participação nos cuidados à pessoa proporcionadas pelos profissionais de saúde (GOMES e HENRIQUES, 2011).

As dificuldades referidas pelos prestadores de cuidados passam por três subdivisões: necessidade de informação, necessidade de treino de habilidades e necessidades de suporte emocional (SHYU, 2000).

Em suma, os prestadores de cuidados referem as seguintes dificuldades a este nível: falta de informação, dificuldade de acesso aos recursos na comunidade, falta de sistematização da informação a nível hospitalar, expectativas irrealistas face ao seu papel, complexidade dos cuidados a assumir (BAUER et al., 2009).

O enfermeiro interage com o ser humano numa situação de saúde/doença, o qual é parte integrante do seu contexto sociocultural, mediante o ambiente onde está inserido, numa fase de transição. A interação é organizada à volta de algum propósito, usando os enfermeiros determinadas intervenções terapêuticas, cujo intuito é aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar do doente (MELEIS, 2005).

De uma forma global e estando apoiada na literatura referida anteriormente, posso mencionar que os programas educativos apresentam resultados positivos na medida em que beneficiam a saúde da pessoa cuidada e do cuidador.

Após a revisão integrativa da literatura sobre a temática “o impacto dos programas educativos dirigidos a cuidadores de doentes dependentes aquando do regresso a casa” a que me propus no início deste estágio, *comuniquei os resultados da minha prática clínica e de investigação aplicada a audiências especializadas, nomeadamente aos enfermeiros do serviço mediante uma sessão de educação para a saúde através do método expositivo* (APÊNDICE II). Sobre esta temática *consegui promover a formação em serviço na minha área de especialização*. Para além disso, foi realizado um póster para ficar no serviço sobre *os resultados da investigação* (APÊNDICE III). Desta forma, *demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência*. Foi elaborado um artigo científico com os resultados da revisão integrativa que aguarda resposta para a respetiva publicação (APÊNDICE IV). *Os resultados da investigação foram incorporados na minha prática*.

## **2.2 - MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA**

### **Descrição e Características do Serviço de Urgência Médico Cirúrgica de um hospital da Região Centro**

O Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência e deve localizar-se estrategicamente dentro das áreas de influência/atração respetivas, nos trajetos terrestres que não excedam sessenta minutos entre o local de doença ou acidente e o hospital. Este serviço deve distar mais de sessenta minutos de outro serviço de urgência do nível médico-cirúrgico ou polivalente (sendo admissível a existência de mais de um serviço de urgência médico-cirúrgico num raio de demora inferior ao citado nos casos em que a população abrangida por cada hospital seja superior a 200 000 habitantes) e ainda dispor dos recursos humanos diferenciados.

Nesta Urgência existe o apoio do Bloco Operatório 24 horas por dia, dos serviços de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Obstetrícia, Imuno-hemoterapia, Imagiologia, Anestesiologia, Patologia Clínica e, Urologia, esta apenas com apoio duas vezes por semana.

O apoio das especialidades de Cardiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Nefrologia (com diálise para situações agudas) e Medicina Intensiva (unidade de cuidados intensivos polivalente) é feito de acordo com as necessidades individuais de cada doente no Centro Hospitalar, ou noutra Unidade Hospitalar se a situação clínica do doente assim o exigir.

A UMC deste Hospital é constituída por uma equipa de 70 enfermeiros que todos os dias dão o seu melhor para a prestação de cuidados de qualidade. Dentro da equipa de enfermagem existem 8 subequipas, existindo sempre um chefe de equipa que coordena o trabalho e o encaminhamento dos doentes para os respetivos serviços, assim como dá apoio à sala de emergência e atende alguns dos doentes que vão chegando. Nos turnos da manhã e da tarde estão escalados 10 enfermeiros e, no turno da noite apenas 8. O que tem vindo a acontecer com a falta de pessoal, esses números têm diminuído e tem havido turnos da manhã e da tarde com apenas 9 enfermeiros e turnos da noite com 7 enfermeiros.

Nesta UMC encontramos uma zona de triagem, com dois postos de enfermagem e dois postos de triagem médica. Contígua a estas, existe uma sala de administração de medicação, uma sala de espera para crianças e uma sala de observação, para onde são encaminhados os doentes com a cor azul, verde e amarelo, que estão ao cuidado dos médicos da triagem. Quando estes doentes necessitam de ser observados por um médico da especialidade, vão para a zona intermédia. Na zona intermédia, existe uma sala para os doentes com triagem laranja, uma sala para os doentes triados com a cor amarela e uma sala de emergência. O facto dos doentes serem divididos em salas diferentes, de acordo com a cor atribuída na triagem, faz toda a diferença na organização do serviço, existindo, deste modo, uma melhor vigilância dos doentes, de acordo com a complexidade da situação clínica. Há ainda uma sala de gessos, utilizada pela Ortopedia, uma sala de Cirurgia e uma sala de pequena Cirurgia. Há também uma sala de observação (SO) de Medicina Interna, com doze camas, e uma de Cirurgia Geral, com dez camas.

Esta Urgência abrange também a Unidade de CurtaDuração Médica (UCDM), com uma lotação de 12 camas e 2 enfermeiros por turno. De momento está situada no 6º piso, a aguardar as obras que estão a ser realizadas no 2º piso, dentro da Urgência.

### **Descrição e Características da Viatura Médica de Emergência e Reanimação da Região Centro**

O exercício profissional dos enfermeiros na atividade pré-hospitalar tem respondido ao benefício da intervenção clínica precoce como forma de garantir a excelência de cuidados e a prática de acordo com a evidência neste domínio.

De acordo com os meus objetivos de estágio e para poder ter uma melhor perceção do funcionamento do pré-hospitalar, achei pertinente efetuar um estágio na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Após realizar o pedido à coordenação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), foram-me cedidos 4 turnos. De seguida irei fazer uma breve apresentação desta VMER.

Esta Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Instituto Nacional de Emergência

Médica/Centro Hospitalar iniciou a sua atividade no dia 2 de Maio de 2005.

A equipa da VMER é constituída por um grupo de médicos e enfermeiros, maioritariamente do Centro Hospitalar onde está sediada, que assegura a operacionalidade contínua da viatura médica, com uma equipa de 2 tripulantes de serviço (médico e enfermeiro) e, na qual o médico assume a função de chefe de equipa. Toda a equipa tem formação em emergência médica ministrada pelo INEM (curso VMER), sendo esta condição fundamental para o exercício desta atividade. Esta VMER tem a sua base num dos Hospitais do Centro do País, onde aguarda ativação para se dirigir a uma vítima que necessite de cuidados de saúde emergentes. A VMER pode ser ativada logo que a chamada é triada pelo médico regulador do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), posteriormente por pedido de auxílio médico feito pelos bombeiros quando chegam ao local da ocorrência, ou ainda, para apoio médico numa unidade de saúde, nomeadamente os Centros de Saúde. Tendo base hospitalar, o seu funcionamento é assegurado 24h por dia, atuando na dependência exclusiva do CODU do INEM.

Os CODU asseguram ainda o acompanhamento das equipas de socorro no terreno e podem preparar a receção dos doentes na unidade de saúde mais adequada. Este aspeto assume bastante importância neste Centro Hospitalar em que as valências estão divididas pelas três Unidades de Saúde.

### **Objetivos definidos e Atividades desenvolvidas**

Para dar resposta às minhas necessidades inerentes ao estágio de urgência elaborei um projeto de estágio onde foram delineados um objetivo geral e três objetivos específicos.

No meu projeto de estágio categorizei como objetivo geral: **Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados, à pessoa em situação crítica e a sua família, no serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.** Este foi superado na sua plenitude, tendo como base a fundamentação teórica que proporcionou os alicerces para o desenvolvimento da prática dos cuidados. Os três objetivos específicos a que me propus e que serão apresentados de seguida também foram alcançados com sucesso.

O desenvolvimento de competências neste âmbito é bastante pertinente e daí decorre a necessidade de ser caracterizado como um objetivo geral. Estas competências favorecem-me não só a nível pessoal e académico, como profissional, pois os conhecimentos adquiridos serão obviamente implementados na minha prática clínica. Embora a sua concretização seja não só fundamental para mim como também imprescindível, considero que cada vez mais deve ser um objetivo de todos os enfermeiros especialistas. Só assim poderemos valorizar a profissão de Enfermagem.

Reconheço algumas dificuldades iniciais, nomeadamente na localização dos recursos materiais e também na própria organização dos vários postos de trabalho. Sendo o serviço bastante grande e com bastante afluência, a organização e determinação de prioridades é essencial. Desta forma, desde o primeiro dia compreendi a necessidade de um grande investimento da minha parte.

Foi sempre minha preocupação planejar, conceber, prestar e reavaliar permanentemente os cuidados de uma forma individual e holística aos utentes que me eram distribuídos em cada turno, de acordo com as prioridades e metodologia instituída, procurando *desenvolver uma prática baseada na evidência científica*.

Como primeiro objetivo específico defini: **Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica, nomeadamente na estabilização pré-hospitalar e acompanhamento durante o transporte até ao hospital.**

Nos quatro turnos autorizados pelo INEM tive algumas saídas na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) para as mais diversas situações. Como a área da população que abrange esta VMER é muito ampla acabámos por fazer viagens longas para nos deslocarmos até ao local do incidente. Remetendo para essas distâncias houve uma situação em que realizámos um “rendez-vous” com os bombeiros a meio do caminho para prestar cuidados a uma vítima que tinha sido encontrada inconsciente em casa. Suspeitava-se de um AVC hemorrágico que foi confirmado posteriormente pela TAC.

Tivemos situações menos complexas em que houve apenas a necessidade de estabilizar a vítima no local e, sem necessidade de transporte ao hospital. Outras, por outro lado, em que estabilizámos o doente no local, mas sem critérios para acompanhamento médico e de enfermagem, tendo o doente seguido para o hospital acompanhado dos bombeiros.

Noutra saída, fizemos um transporte secundário, até ao Hospital de São José, de um doente politraumatizado, vítima de uma queda de 5 metros de um andaime. Tive a oportunidade de colaborar na preparação do transporte desta doente, de acordo com as diretrizes inerentes ao transporte inter-hospitalar, e, *demonstrar uma intervenção adequada, tomando decisões de forma suportada, desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente*. Nesta saída, o doente apresentou uma crise de ansiedade com dor severa súbita após o início da viagem. Tinha já preparado a medicação necessária a ser administrada antes do início do transporte. Neste sentido, *demonstrei nas mais variadas situações de emergência capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, na minha área de especialização*.

A decisão de transportar um doente crítico, seja intra ou inter hospitais, é uma decisão que deve ser sempre ponderada, pesando os potenciais benefícios e os riscos efetivos. Tal como referido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), o transporte de um doente crítico, envolve alguns riscos, mas justifica-se pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou instituição onde o doente se encontra internado.

De acordo com o segundo objetivo específico delineado por mim: **Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica e a sua família, no serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.**

Neste objetivo pude aprofundar algumas competências. Uma das competências que desenvolvi e que se revela fundamental está intimamente relacionada com a relação terapêutica com o doente e a família. Nesta conformidade, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, estabelece como unidades de competência *a gestão da comunicação*

*interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, bem como a gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica.*

A comunicação é fundamental no estabelecimento de uma relação terapêutica e, para mim, este é um processo benéfico não só para o utente, mas também para os profissionais de saúde.

Durante a minha prestação de cuidados, o desenvolvimento desta competência esteve sempre presente e foi bastante satisfatório compreender que apesar da complexidade do serviço e estado crítico dos doentes, todos os elementos da equipa de enfermagem com quem estive em contacto se revelaram sensíveis a esta intervenção autónoma da Enfermagem. Não obstante, assumo que a comunicação, relação de ajuda, estabelecimento de relação terapêutica e cuidados à família, são cuidados que estão inerentes às minhas características pessoais e que desenvolvo diariamente por gosto pessoal e por reconhecer a sua importância.

Os motivos que levam uma pessoa ao serviço de urgência são variados, sendo muitos deles pouco urgentes. A forma de prestar cuidados eficazes e de dar resposta em tempo útil à situação de doença é realizada através de um sistema de triagem.

Segundo NUNES (2007), é definido um nível de prioridade para atendimento através da recolha de uma forma simples e sintética, através de um sistema de cores, assim como a especialidade de que necessita.

O Sistema de Triagem de Manchester funciona por algoritmos permitindo uma maior objetividade e rapidez no primeiro contacto com o doente. Pretende-se que, de forma rápida e eficaz se defina o grau de prioridade para observação médica, atribuindo uma cor.

*A rapidez exigida na tomada de decisão em momentos críticos faz-me questionar se as decisões são tomadas de forma consciente e refletida.*

A admissão de um doente na Sala de Emergência em situação eminente de Paragem Cardiorespiratória (PCR) questionou-me sobre a decisão de não reanimar. Frequentemente, no meu local de trabalho tem de ser tomada esta decisão. Embora seja uma decisão médica esta não é tomada de forma solitária. A equipa multidisciplinar (médicos e enfermeiros) discute entre si a necessidade de se continuar ou não determinada intervenção terapêutica e de que forma beneficia o doente no futuro. Quando esta atitude é tomada estamos cientes da situação clínica do doente, do nível cognitivo e da sua dependência para as atividades de vida, havendo um conhecimento do mesmo como pessoa e das suas capacidades físicas e cognitivas.

Na Sala de Emergência a família acaba por ficar numa situação um pouco mais "íngrata". Quando a prioridade é estabilizar o doente, a família permanece na sala de espera, por vezes, durante algum tempo até que seja possível alguém se deslocar junto da mesma para lhe dar informações. Assim que alguém da equipa está disponível, esta prontifica-se a sair para informar a família e os restantes elementos. Em algumas situações é o médico que toma a iniciativa enquanto os enfermeiros continuam a prestar cuidados. Assim que possível, o familiar entra na Sala de Reanimação e se não houver nenhum inconveniente pode permanecer.

Num SU, quando entra um doente na uma sala de reanimação, a informação nem sempre é a melhor e a mais completa. Houve uma situação em que foi admitida uma doente idosa de 97 anos por quadro de prostração nas últimas horas, apresentando gemidos e que, na Sala de Triagem se constatou que apresentava saturação periférica de oxigénio baixa e bradipneica. A senhora era insuficiente renal fazendo hemodiálise três vezes por semana. Após oxigenoterapia houve melhoria dos valores de saturação. Questionada a equipa médica, esta optou por não reanimar em caso de PCR, o que veio a acontecer uma hora depois. Foi proporcionado conforto à senhora e administrada morfina subcutânea. Nesta situação *tomei a decisão fundamentada na evidência científica e de acordo com a minha responsabilidade ética e social. Para além disso, fui capaz de abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a doente e a sua família.*

“Acreditando que o conforto é uma das necessidades de cuidados das pessoas, o nosso sentido de busca possibilitou-nos uma aproximação ao doente idoso crónico e à sua família na descoberta e avaliação das necessidades particulares de cuidados, configurando os contornos da singularidade/particularidade de cada idoso/situação, tornando evidente considerá-lo na sua própria situação de vida – que nunca pode ser, senão única” (SOUSA 2014, p. 151).

Num SU existe uma questão que é sempre colocada que diz respeito à privacidade do doente, quando nem sequer há espaço entre ele e o próximo doente. Esta situação é cada vez mais discutida e segundo alguns estudos sobre a satisfação dos doentes, é um dos aspetos menos positivos numa organização de saúde. Quando um doente entra num hospital quase que é imediatamente desposado da sua roupa e objetos pessoais. Embora seja feito por questões de segurança não só para o doente, mas também para os profissionais. Em situações de urgência rapidamente se despe um doente sem lhe explicarmos o que vamos fazer nem porquê. Por outro lado, a informação sobre a sua situação de saúde é, por vezes, discutida entre pares podendo ser facilmente ouvida por outras pessoas que não profissionais de saúde. Para prevenir essas situações, *exerci supervisão do exercício profissional na minha área de especialização, zelando pelos cuidados prestados.*

Existem inúmeras definições de privacidade sendo múltiplos os fatores que a definem. Citando OURIVES (*apud* PATRÃO NEVES e PACHECO, 2004, p.250), a privacidade “identifica-se com a capacidade da pessoa poder exercer controle sobre o acesso a si, quer nos aspetos de acessibilidade física e psíquica, quer quanto à reserva sobre as informações a seu respeito e cuja revelação só pode ser objeto de decisão autónoma”. Ou seja, podemos interligar o conceito de privacidade a conceitos tais como autonomia, confidencialidade, intimidade, pudor e respeito.

Outro aspeto da privacidade diz respeito à informação sobre a sua situação de saúde. A confidencialidade é “a garantia de que as informações dadas em confiança aos profissionais de saúde não deverão ser reveladas sem autorização prévia da pessoa” (MATOS, 2006, p.13).

No dia-a-dia, nas conversas com os colegas e restantes profissionais de saúde dialogamos sobre situações de saúde de alguns doentes podendo estas ser, facilmente, ouvidas por

terceiros. Espaços abertos tais como o SO, Sala de Triagem ou mesmo as Unidades de Cuidados Intensivos são locais onde facilmente colocamos em causa a privacidade de doente. Outra situação que ocorreu foi a admissão de um doente com patologia cardíaca, por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e consequente Edema Agudo do Pulmão (EAP). Para além de toda a intervenção terapêutica necessária, deve-se manter um ambiente calmo tentando contribuir para a redução da ansiedade. É frequente em situações de urgência uma grande confusão por parte da equipa de saúde. Várias pessoas, das mais diversas áreas de intervenção, desde médicos, enfermeiros, técnicos, assistentes operacionais, cada um prestando cuidados ao doente. Numa situação, tal como a de um doente com EAP, a dificuldade respiratória, muitas vezes provocada por crises hipertensivas desencadeia no doente uma grande ansiedade. Não descurando a importância da terapêutica, manter um ambiente calmo e transmitir ao doente alguma tranquilidade e conforto, pode ser um fator preponderante na reversão do quadro de descompensação. A transmissão de confiança, de que estamos a fazer tudo o que podemos estando a situação controlada é fundamental, em vez do caos e da confusão de pessoas a falar ao mesmo tempo. *Nestas situações demonstrei um nível aprofundado de conhecimento e uma capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.*

O conceito de conforto é algo que já é inerente à enfermagem desde há alguns anos. Deixar o doente confortável sempre foi uma função atribuída ao enfermeiro e constitui um fator determinante para o reconhecimento da competência própria dos enfermeiros. Os enfermeiros que trabalham no serviço de urgência lidam diariamente com o sofrimento físico e psicológico dos doentes e seus familiares.

A presença da família ou pessoa significativa foi uma constante ao longo do estágio e da prestação de cuidados ao doente. A família pode acompanhar o doente em determinados momentos, contribuindo para uma melhor tranquilidade e apoio deste no SU. Mesmo no internamento do SO, a família do doente está muito presente, existindo um horário de visitas definido, no qual a família poderá visitar o doente e dar-lhe o apoio necessário. Este não é rígido, pelo que facilitei a presença dos familiares, por várias ocasiões, mesmo em momentos fora do horário de visita. Preparar a família para o ambiente físico e psicológico que vai encontrar e acompanhar a visita, assume grande importância. *Nestas circunstâncias fui capaz de demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o doente e sua família.*

Cuidar de um doente também significa cuidar da sua família, fornecendo-lhe o apoio emocional necessário e facilitando-lhe a expressão de sentimentos e dificuldades encontradas, uma vez que se esta for excluída correr-se-á o risco de não apoiar adequada e eficazmente o doente, comprometendo assim o seu tratamento (ZINN, SILVA e TELLES, 2003).

Para a concretização de parte deste objetivo realizei dois turnos na área de gestão de serviço, *participando na gestão dos cuidados na minha área de especialização.* Esta gestão coaduna-se com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. No que concerne às competências do mesmo no domínio da gestão dos cuidados, incluem gerir os

cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa, bem como adotar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 122, 2011).

Mais do que o número de situações vivenciadas durante o estágio, é importante refletir sobre a importância de um enfermeiro especialista num serviço de urgência. Uma Urgência caracteriza-se por ser um serviço aberto 24 horas. A imprevisibilidade e a incerteza do que pode acontecer são geralmente alguns dos motivos que fascinam os profissionais. No entanto, uma Urgência necessita de profissionais experientes, que coordenem e promovam o crescimento e aprendizagem dos novos profissionais e, capazes de detetar e intervir em situações complexas da prestação de cuidados. Podemos considerar que o enfermeiro especialista é um enfermeiro perito em determinada área de intervenção. Tal como BENNER (2005) refere, um enfermeiro perito é aquele que tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema.

Durante a minha permanência no SU, apercebi-me que existem algumas lacunas no que respeita ao Controlo de Infeção. Uma, talvez por falta de informação/infraestruturas e outras por renitência à mudança. Remeto para a lavagem das mãos nos cinco momentos. Apesar de estarem afixados imensos cartazes, muitas vezes o espaço físico da urgência não permite a lavagem de mãos pela distância até ao lavatório ou wc. O desinfetante é uma alternativa quando as mãos não estão visivelmente sujas, mas com o espaço reduzido e com a redução dos custos hospitalares não existiam muitos no corredor de trabalho. Consegui colmatar essa lacuna após discussão com a enfermeira que me estava a orientar o estágio e com a equipa sobre a pertinência de colocar mais suportes na parede para a colocação de desinfetante - PROMANUM. No final do estágio posso dizer que já haviam mais desinfetantes no serviço do que ao início. *Demonstrei capacidade de tomar iniciativas e fui criativa na interpretação e resolução de problemas na minha área de especialização.*

WHO (2009, p. 13-14) "*hand contamination with transient organisms was significantly less likely after the use of an alcohol-based handrub compared with the medicated wipe or soap and water*".

A lavagem e limpeza das mãos é assim uma das principais medidas ao dispor dos profissionais de saúde, a ser utilizada na prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). De acordo com CARDOSO, OLIVEIRA e MASCARANHAS (2010, p.3), a "aquisição de microrganismos ocorre, geralmente, a partir da transmissão pelo contacto das mãos dos profissionais com os pacientes e pelo contacto direto do paciente com material ou ambiente contaminado."

A prevenção e controle de infeção remete para vários níveis, quer seja económico ou humano, sendo que a prevenção e controle das infeções tem um papel importante na garantia de que os doentes recebem cuidados de alta qualidade (WILSON, 2003).

Outra situação pela qual passei na sala de emergência refere-se a uma adolescente de 16 anos com tentativa de suicídio com intoxicação medicamentosa. Ela tinha tomado 20 comprimidos de Escitalopram de 20mg. Foi contactado o Centro de Informação Antivenenos

(CIAV) que deu a indicação de se fazer lavagem gástrica e administração de cartão ativado. A rapariga estava com “medo de morrer” e quando questionada o porquê de tal atitude referiu que se sentia muito sozinha, que não tinha amigos, estando a pedir constantemente para ver a mãe. A adolescente veio acompanhada pelos bombeiros e pelo primo, referindo este que a mãe tinha ficado em casa com os irmãos. Enquanto lhe estava a prestar os cuidados acima descritos pude aperceber-me que aquela adolescente se sentia infeliz e que na realidade não queria morrer, apenas chamar a atenção da mãe. Quando estava estabilizada foi transferida para o Serviço de Pediatria para poder ser avaliada pela Pedopsiquiatra. Nesta situação estava presente uma colega nova no serviço e recém-licenciada, pelo *que colaborei com a sua integração, promovendo o seu desenvolvimento pessoal e profissional*.

O gesto suicida veicula sempre uma intolerável dor interior, de quem não suporta mais a tensão, perdeu a esperança e não encontra uma alternativa válida pela vida. Revela um fracasso individual, familiar e social (SHNEIDMAN, 1981).

A autodestruição urge após múltiplas perdas, fragmentos de dias perdidos ao longo dos anos, ruturas, pequenos conflitos que se acumulam hora a hora, a tornar impossível olhar para si próprio. O suicídio é uma estratégia, às vezes uma tática de sobrevivência. Quando o gesto falha, tudo se modifica em redor após a tentativa. E quando a mão certa não se engana no número de comprimidos ou no tiro definitivo, a angústia intolerável cessa naquele momento e, quem sabe, uma paz duradoura preenche quem parte. Ou, pelo contrário e talvez mais provável, fica-se na dúvida em viver ou morrer, a cabeça hesita até ao último momento, quer-se partir e continuar cá, às vezes deseja-se morrer e renascer diferente” (SAMPAIO, 2000, p. 152).

Citando SAMPAIO apud OLIVEIRA (1999, p. 12), o gesto suicida “permite encarar a morte como refúgio, como local de encontro com alguém que se perdeu, como forma de destruir uma parte de si próprio sentida como incontrolável; noutra dimensão, o suicídio aparece como desafio ou vingança face a alguém a quem se está profundamente ligado; em derradeira análise (...) o gesto suicida adolescente é uma tentativa de triunfo sobre as limitações humanas”.

O adolescente sem esperança vê no suicídio uma solução ou a fuga para uma situação insustentável, mas quer morrer e viver ao mesmo tempo. No fundo, gostava de desaparecer, transformar a situação noutra melhor.

Como terceiro objetivo específico defini: **Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica e a sua família, participando na melhoria dos cuidados e articulando com outros profissionais de saúde para a deteção de sinais de alerta aos maus tratos do idoso, no serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.**

Este tema diz respeito a um problema atual. Nos serviços de urgência e, dada a situação socioeconómica que o país atravessa, os idosos são cada vez mais numerosos e necessitam cada vez mais de cuidados. As famílias não estão preparadas para esse encargo e torna-se um “problema” para os hospitais, quando os idosos têm alta clínica e os familiares não os vêm buscar por falta de condições para cuidar dos mesmos. Este hospital não é nenhuma exceção

aos outros serviços de urgência, abrangendo uma grande área de população idosa, denotando-se essa problemática.

Houve uma situação em particular que me levou à escolha deste objetivo. Uma senhora de 70 anos vítima de abandono que entrou no SU por queixas abdominais e com suspeita de oclusão. Vivia sozinha, apesar de dependente em algumas atividades de vida diária e aparentava ter alguma demência. Quando questionada sobre o apoio do filho, referiu que era nenhum e não tinha condições para efetuar a limpeza da casa ou fazer a sua própria alimentação. Este caso foi sinalizado e remetido apoio ao serviço social, discutiu-se em equipa multidisciplinar e falámos com o filho sobre a necessidade de auxílio da mãe após a alta da doente para o domicílio.

*Mediante esta situação identifiquei as necessidades formativas nesta área e promovi a formação dos colegas.* Para colmatar esta necessidade, considerei importante realizar uma revisão de literatura sobre os maus tratos de idosos e colocar determinados pontos-chave num póster para poder servir de alerta aos profissionais (APÊNDICE V) e um quadro de intervenções de enfermagem na prevenção de maus tratos adaptado da Cochrane Collaboration 2013 – Protocol for Interventions for preventing abuse in elderly (APÊNDICE VI). Para além disso, achei pertinente realizar um póster dirigido à vítima esclarecedor sobre os apoios que existem em Portugal e os contactos (APÊNDICE VII). *Os resultados desta investigação foram incorporados na minha prática e comunicados a audiências especializadas. Também participei e promovi a investigação em serviço nesta área. A investigação da prática baseada na evidência tem implicações na prática clínica.*

Para que estes objetivos fossem atingidos é importante assinalar a valiosa disponibilidade de toda a equipa de enfermagem, no meu processo de integração, assim como os momentos de reflexão e partilha de procedimentos com alguns elementos da equipa e com a enfermeira orientadora. Denotei ao longo do estágio algumas práticas diferentes das realizadas no meu local de trabalho, sendo uma mais-valia para ambos a partilha de informação. Já adquiri competências específicas inerentes ao meu local de trabalho, tendo em conta os anos e a experiência enriquecedora que fui adquirindo na vigilância e prevenção de intercorrências nos doentes com instabilidade hemodinâmica. Todos estes elementos *permitiram-me refletir na prática e sobre a prática, de uma forma crítica.*

Este SU encontra-se direcionado a assistir doentes com diversas necessidades, abrangendo uma variedade de especialidades e de patologias, como situações de trauma, choque, do foro cardíaco, respiratório, cirúrgico, intoxicações medicamentosas voluntárias, entre outros. Esta multidisciplinaridade de conteúdos permite-me adquirir um vasto conjunto de experiências, conhecimentos e aperfeiçoamento de competências, o que constitui uma mais-valia para a minha formação enquanto futura enfermeira especialista.

Os SU caracterizam-se por serem áreas físicas com elevados recursos materiais e humanos onde são prestados cuidados a pessoas em situação crítica, de uma forma rápida, eficaz e eficiente.

Assim, considerando o ensino clínico um processo formativo e reflexivo em que sou co-responsável pela minha formação, as competências que pretendo desenvolver com o plano de intervenção traçado correspondem ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens.

Pretendo ainda adquirir, desenvolver, melhorar e consolidar competências nos cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica. Através da articulação dos conhecimentos teóricos com a prática clínica, pretendo melhorar a minha prestação de cuidados de enfermagem bem como atuar como um agente de mudança, onde através da reflexão crítica poderei implementar normas de boa prática.

Para JESUS (2006), o pensamento crítico é a chave para a resolução de problemas, pelo que constitui uma ferramenta essencial no processo de decisão dos enfermeiros. Nesta conformidade, a sua utilização é uma constante ao longo do Estágio, tendo-se revelado fundamental no desenvolvimento da minha autonomia. Não posso deixar de evidenciar que refletir é um ato contínuo, com início, meio, mas sem nunca ter fim. Evidenciou-se e destacou-se ao longo do Estágio, revelando-se uma excelente âncora no meu processo evolutivo.

COLLIÉRE (1989) refere que é a formação que constrói o papel do enfermeiro e ajusta a esse papel a prática dos cuidados por ele prestados.

De acordo com DEODATO (2008), numa perspetiva ética de Enfermagem, pode-se considerar o cuidado incluído na responsabilidade pelo Outro, a base da relação do cuidado do enfermeiro, sendo o ato de tomar conta um resultado do encargo confiado. Esse cuidado resulta da expressão da necessidade da pessoa com quem o enfermeiro contacta no seu exercício profissional. É devido ao facto dos cidadãos terem direito a cuidados de Enfermagem que o enfermeiro assume o dever de os prestar.

Um enfermeiro especialista é um elemento de elevada pertinência num SU, não só pela sua capacidade *de gestão de situações complexas*, como também pelo seu importante papel dentro da equipa. Um enfermeiro especialista deve ser um modelo, uma referência para os colegas, *utilizando todo o seu conhecimento e competências na formação dos pares*. Os enfermeiros trabalham muito em equipa e, no SU, tal não seria possível se não existisse uma *coordenação e um espírito de equipa entre todos*. Diariamente, somos confrontados com situações novas e inesperadas. Um enfermeiro especialista deve ter a *capacidade de analisar, refletir e intervir em cada situação, promovendo o bem-estar do doente e família e, ao mesmo tempo, promover a aprendizagem e crescimento da equipa*.

### 3 – CONCLUSÕES

A formação é uma força geradora de comportamentos e atitudes, bem como de formas de estar e agir perante diferentes problemáticas, no qual o enfermeiro deverá desenvolver processos que visam a manutenção da saúde/tratamento adequado, bem como a reabilitação e reinserção social do indivíduo.

A formação tem de ser entendida de uma forma ampla, implicando o aparecimento de uma trilogia composta pela formação, o trabalho e a partilha de saberes. Para que seja possível essa formação é necessária a prática reflexiva na ação e para a ação. Demonstrei capacidade de desenvolver uma ligação entre a teoria e a prática, reservando sempre um espaço adequado para a auto-formação e auto-reflexão. A formação deve ser encarada como um meio de promover o desenvolvimento pessoal e profissional ao longo do ciclo de vida.

Recorrendo a uma análise SWOT, foram refletidos os pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças, decorrentes deste percurso académico.

Refletindo sobre os pontos fortes posso mencionar o contacto com outras pessoas e outros profissionais peritos noutras áreas. Tive o privilégio de partilhar experiências e conhecimentos com aqueles que contactei mais diretamente, em especial com os enfermeiros orientadores dos diferentes estágios. As atividades desenvolvidas nos dois módulos do estágio foram de encontro às necessidades dos serviços. Estas tiveram em conta a preparação do cuidador do doente dependente aquando do regresso a casa e o alerta para a prevenção e sinalização de maus tratos a idosos, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados em Enfermagem.

Ao longo dos estágios foi possível aprofundar competências como formadora através da apresentação de sessões de formação, realização de pósteres, desenvolvendo competências na comunicação para audiências especializadas e não especializadas, utilizando um discurso fundamentado. Para além disso, a pesquisa bibliográfica necessária para a elaboração dos trabalhos formativos promoveu a perceção da importância da prática baseada na evidência sustentando, por seu lado, a tomada de decisão.

Como pontos fracos, considero o tempo para a realização do estágio. Tendo em conta a carga horária definida em cada módulo (num reduzido espaço de tempo) e a minha carga horária laboral de 40 horas semanais, constituíram um obstáculo na avaliação dos objetivos propostos, apesar de serem bem-sucedidos no final. Igualmente devo referir a dificuldade na gestão do tempo, de modo a conseguir conciliar a atividade profissional, o estágio e a vida familiar, tendo em conta que a instituição onde exerço funções não proporcionou qualquer redução de horário.

Refletindo nas oportunidades, o envolvimento dos profissionais de ambos serviços onde foram desenvolvidos os dois estágios, foi um elemento facilitador no desenvolvimento das atividades desenvolvidas. Aliado a isso não posso deixar de referir o facto de participar num programa de melhoria contínua dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros através da elaboração da revisão integrativa da literatura. Tive oportunidade de atingir o meu objetivo de intervenção, em ambos os módulos de estágio, concretizando, deste modo, um dos objetivos delineados pelas Instituições. Desde a realização da revisão da literatura que estou mais desperta para as

necessidades dos cuidadores dos doentes dependentes, começando a prepará-los logo no início para o regresso a casa, permitindo o esclarecimento de dúvidas e trabalhando em parceria com os mesmos, explicando os procedimentos efetuados e a sua importância. Esta foi uma temática pela qual sempre detive especial interesse e na qual penso investir ainda mais, quer pessoalmente, quer em trabalhos de Investigação, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados num contínuo que não termina com a alta do doente para casa.

Refletindo nas ameaças posso mencionar o estágio na UMC pelas infraestruturas e sobrelotação de doentes, que dificultaram por vezes o desenvolvimento de algumas atividades e a prestação de cuidados de qualidade.

No decorrer deste relatório, foi feita uma reflexão aprofundada sobre os estágios realizados, de modo a transparecer o desenvolvimento de competências fundamentais para a obtenção do título de enfermeiro especialista na área da Médico-Cirúrgica, alcançadas nos períodos de estágio. Nela são realizadas reflexões sobre algumas situações que poderiam eventualmente ser repensadas e melhoradas na prestação de cuidados. Para além disso, foi importante desenvolver a prática de uma forma crítica, fundamentada e refletida, na necessidade de mudança de algumas práticas detetadas ao longo dos estágios, para uma melhoria da qualidade dos cuidados.

No estágio efetuado na Unidade de Cuidados Paliativos foi importante desenvolver a comunicação com os familiares e com o doente em fim de vida através da realização de conferências familiares e de pontos de situação, sendo de extrema importância a formação que assisti sobre Comunicação em Cuidados Paliativos. A transmissão de más notícias nunca é uma temática fácil de abordar, no entanto com o conhecimento sobre as formas de atuar e de acordo com o Protocolo de Spikes de Buckman, torna-se mais simples de tratar. O aspeto relacional com o doente e a família revelaram-se enriquecedoras a nível profissional e sobretudo pessoal, ao nível da humanização dos cuidados.

O estágio efetuado na Urgência Médico-Cirúrgica foi para mim um grande desafio. Prestar cuidados de qualidade ao doente crítico e sua família em situações urgentes/emergentes, com risco de vida num cenário agitado, confuso, de grande afluência de doentes, foi tarefa que envolveu uma grande capacidade de resposta, trabalho, de organização e de tomada de decisão. Foi uma experiência única, vivida com alguma ansiedade e angústia, uma vez que nunca tinha trabalhado numa Urgência. Apesar disso, esta foi superada através de um grande investimento, contribuindo para o desenvolvimento das minhas competências. Também a comunicação com o doente crítico e o envolvimento com a família, permitiram-me o aprofundar de competências relacionais.

É importante ser-se capaz de refletir sobre aquilo que se fez e, a partir daí fazer algumas mudanças, de forma a contribuir para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Termino com a consciência de ter atingido os objetivos a que me propus inicialmente. A nível pessoal não posso deixar de mencionar que cresci, tornando-me numa profissional reflexiva,

capaz de mobilizar informação científica, técnica, ética e relacional com alicerces da prática baseada na evidência.

A Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica teve o intuito de percorrer mais um caminho académico com profissionais detentores de outra formação de base, no sentido de uma realização pessoal e profissional que permite produzir níveis mais altos de rentabilização dos saberes adquiridos.

O desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica permitiu-me validar, alargar e cimentar conhecimentos. Este deve demarcar-se não só pelos conhecimentos que possui, mas também pela maneira célere e adequada que presta os cuidados, pela sua conduta ética e profissional, devendo ser encarado como um modelo de imagem a seguir pelos seus bons princípios e atitudes. Deve também distinguir-se como gestor da qualidade de cuidados que presta, incentivando os outros a seguir o seu exemplo.

Finalizo, propondo-me a utilizar as competências adquiridas no meu desempenho profissional e a partilhá-las com outros colegas em situações formais e informais.

Na sequência da revisão integrativa da literatura realizada no âmbito académico, elaborei um artigo que submeti para publicação na Revista Portuguesa de Saúde Pública da qual aguardo resposta.

Este relatório é o produto final de um longo caminho percorrido, mas apenas o início onde emerge a necessidade de continuar a estudar e progredir no sentido da formação contínua.

#### 4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAMODT, IM.T. [et al.] - Nurses' perspectives on the discharge of cancer patients with palliative care needs from gastroenterology ward. **International Journal of Palliative Nursing**. Vol.19, nº8 (2013), p.396-402.
- ANDRADE, Cármen – Transição para prestador de cuidados: sensibilidade aos cuidados de enfermagem. **Pensar Enfermagem**. Vol. 13, nº I (2009), p- 61-71.
- BARBOSA, António; NETO, Isabel G. – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5.
- BAUER, Michael [et al.] - Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practise? A review of the evidence. **Journal of Clinical Nursing**. Vol.18 (2009), p.2539-2546.
- BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. - **Principles of Biomedical Ethics**. 4ªed. New York: Oxford. 1994. ISBN: 9780199924585.
- BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto, 2005. ISBN 989-558-052-5.
- BENZAR, Emma [et al.] - Discharge Planning for Palliative Care patients: A Qualitative Analysis. **Journal of Palliative Medicine**. Vol.14, nº1 (2011), p. 65-69.
- BUCKMAN, Robert – **S'asseoir pour Parier – L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades**. Guide du professionnel de santé. Paris Inter Editions. 1994. ISBN: 9782294008351.
- CAMERON, Lys; JESUS, Evelyn - Opiniões e realidades. Ambiente terapêutico e cuidados paliativos. **Enfermagem**. ISSN: 0871-0775. nº 49/50. 2ª série (2008). p. 23-28.
- CARDOSO, Clareci; OLIVEIRA, Adriana; MASCARANHAS, Daniela - Precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais.**Revista da Escola de Enfermagem da USP**. ISSN: 0080-6234. Vol.44, nº1 (2010), p.161-165.
- CERQUEIRA, Maria Manuela - **O cuidador do doente paliativo. Análise das Necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio**. 2005. Formasau. Formação e Saúde Lda. Coimbra. ISBN 972-8485-49-2.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. ISBN: 972-95420-0-7.
- CREEDLE, Crista [et al.] - The impact of Education on Caregiver Burden on two Inpatient Oncology Units. **Journal of Cancer Education**. Vol. 27 (2012), p. 250-253.
- DEODATO, Sérgio – Critérios do agir profissional. **Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1646-2629. Nº 29 (Maio 2008) p. 45-50.
- GOMES, Nisa; HENRIQUES, Sara - A família no Hospital: A perceção da Prática do Enfermeiro na preparação para a Alta Hospitalar. **Enformação. Revista Quadrimestral**. Vol. 14 (2011), p.14-19.

GOMEZ, S [et al.] - Control de sintomas em el enfermo com câncerterminal. **Enfermeria em cuidados paliativos**. Madrid: Medica Panamericana, 1998.

HESBEEN, Walter. - **Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar**. Loures, Lusociência, 2000, p. 201. ISBN: 972- 8383- 11- 8.

JESUS, Clarinda; SILVA, Cristina; ANDRADE, Fernanda - Alta Clínica e Continuidade de cuidados no Domicílio. **Sinais Vitais**. Vol. 59 (2005), p. 25-28.

JESUS, Élvio - **Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-66-2.

LEE, L; EMMERSON, K - Identifying discharge practice. **Nursing Standart**. Vol. 20, nº 29 (2006), p. 47-51.

LEE, L - Improving the quality of patient discharge from emergency settings. **British Journal of Nursing**. Vol.13, nº7 (2004), p.412-421.

MACNAUGHTON-DOUCET, Lisa -Policy and Practice Note - Determinants of Health in Discharge Planning for Seniors: Asking the Right Questions. **Canadien Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement**. Vol, 32, nº 3 (2013), p. 307-315.

MATOS, Maria – O Segredo profissional enfermeiro-doente.**Nursing**: Revista de formação contínua em enfermagem. Lisboa. ISSN 0871-6196. nº 216 (Dezembro 2006), p.12-15.

MELEIS, Afaf Ibrahim - **Theoretical Nursing: development & progress**. Third edition revision: Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 2005. ISBN: 0-7817-5767-3.

MENDES, Karina; SILVEIRA, Renata; GALVÃO, Cristina - Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis. Vol.17, nº4 (2008), p. 758-764.

MEYERS, Frederick J [et al.] - Effects of a Problem-Solving intervention (COPE) on Quality of life for patients with advanced cancer on clinical trials and their caregivers: simultaneous care educational intervention (SCEI): linking palliation and clinical trials. *Journal of Palliative Medicine*. Vol.14, nº4 (2011), p. 465-473.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à saúde – Departamento de atenção básica. Coordenação geral de atenção domiciliar. Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do ser lar. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília.Vol.2. (2012).

NETO, Isabel - As conferências familiares como estratégia de intervenção e apoio à família em cuidados paliativos. **APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor**. ISSN 0872-4814. Vol. 16, nº 3 (2008), p. 27-34.

NEWBURY, J; HATHERELL, CA - Audiit on discharging patients from community specialist palliative care nursing services. **International Journal of Palliative Nursing**. Vol.10, nº1 (2004), p. 24-31.

NUNES, Fernando – Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. nº 219 (Março 2007), p.6-11.

ONRUBIA, Manuela – Controlo de sintomas na fase terminal: aspetos de enfermagem a nível respiratório. **Dossier Cuidados Paliativos**. 2000. Coleção Sinais Vitais nº4.1ªed. Coimbra. ISBN: 972-8485-16-6.

OSSWALD, Walter - **Sobre a morte e o morrer**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. nº 35. 2013. ISBN: 9789898662033.

PATRÃO NEVES, Maria do Céu; PACHECO, Susana (coord.) – **Para uma ética de enfermagem: Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN: 972-603-326-8.

PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS [online] 2010. [Consult. 5 de Junho de 2014] disponível em WWW: <URL:<http://www.minsaude.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1-E3AB-46CF-B79CE9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf>>.

OLIVEIRA, Abílio – **O Desafio da Morte**. Lisboa: Editorial Notícias, 1999. ISBN: 9789727802043.

OSTWALD [et al.] – Serious adverse events experience by survivors of stroke in the first year following discharge from inpatient rehabilitation. Association of Rehabilitation Nurses. **Rehabilitation Nursing**. Vol. 38 (2013), p. 254-263.

OUPRA, R [et al.] - Effectiveness of supportive learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. **Health and Social Care**. Vol.18, nº1 (2010), p. 10-20.

PARK, Hae [et al.] - Influence of a Transitional Care Clinic on Subsequent 30-day Hospitalizations and Emergency Department visits in individuals discharged from a skilled nursing facility. **Journal Compilation. The American Geriatrics Society**. Vol.61 (2013), p.137-142.

RIBEIRO, Susana - Para lá do Hospital...Análise das Dificuldades e Necessidades Vivenciadas pela família que cuida a pessoa idosa face à transição do hospital para o domicílio. Artigo de Investigação. **Cuid'arte Revista de Enfermagem**. Centro Hospitalar de Setúbal EPE. ISSN: 1646-7175. Vol. 4, nº7, (2010), p. 25-32.

SAMPAIO, Daniel [et al.] – Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. **Análise Psicológica**. ISSN: 0870-8231. Vol.18, nº2 (2000), p.139-155.

SCHUMACHER, Karen; MELEIS, Afaf - Transitions: a central concept in nursing. Image: **Journal of Nursing Scholarship**. Indianápolis. Vol. 26, nº2 (1994), p. 119-127.

SHNEIDMAN, E. – **Suicide Thoughts and Reflections**, 1960-1980. London: Human Sciences Press, 1981.

SHYU, Yea–Ing Lotus – The needs of family caregivers of frail elders during the transition from the hospital to home: a Taiwanese sample. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 32, nº3, (2000) p. 619-625.

SHYU, Yea –Ing Lotus –Patterns of caregiving when family caregivers facing competing needs. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 32, nº1 (2000), p. 35-43.

SHYU, Yea-Ing [et al.] - A clinical trial of an intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. Working with families. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 19 (2009), p. 1675-1685.

SILVA, João - A alta hospitalar e a valorização dos cuidados de enfermagem. **Servir**. Vol.55, nº3 (2007), p. 67-77.

SIMÕES, Carla [et al.] - Os Enfermeiros e...A Educação para a Saúde. **Ordem dos Enfermeiros**. Seção Regional dos Açores.2011.

SIMÕES, Silvia - A comunicação em cuidados paliativos: algumas considerações. **Nursing**. Ed Portuguesa. nº 244. Ano 21. (2009), p. 20-23.

SMITH, Jane; FOSTER, Anne; YOUNG, John - Cochrane review: information provision for stroke patients and their caregivers. **Clinical Rehabilitation**. Vol. 23 (2009), p. 195-206.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. **Novo Guia de Transporte de doentes críticos – Recomendações**. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2009. p.48.

SOUSA, Patrícia Pontífice -**O conforto da pessoa idosa. Projeto de Vivência e Cuidado Co-criado**. Universidade Católica Portuguesa. 2014. Lisboa. ISBN: 978-972-54-0440-9.

SOUSA, Maria Manuela – **Formação e identidade profissional**. Instituto de Formação em enfermagem Lda. 2005. Amadora. ISBN: 972-99371-2-5.

SOUZA, Marcela; SILVA, Michelly; CARVALHO, Rachel - Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**. Vol.1 (2010), p. 102-106.

STAJDUHAR, Kelli; FUNK, Laura; OUTCALT, Linda - Family caregiver learning: how family caregivers learn to provide care at the end of life: A qualitative secondary analyses of four datasets. Original Article. **Palliative Medicine**. Vol.27, nº7 (2013), p.657-664.

STONE, Karen - Enhancing preparedness and satisfaction of caregivers of patients discharge from an inpatient rehabilitation facility using an interactive website. Association of Rehabilitation Nurses. **Rehabilitation Nursing**. Vol.39 (2014), p.76-85.

TALLMAN, K [et al.] - Living with advanced illness: longitudinal study of patient, family and caregiver needs. Original research & Contributions. **The Permanent Journal/Summer**. Vol.16, nº3 (2012), p. 28-35.

VIEIRA, Vânia - Portfólio: Uma proposta de avaliação como reconstrução do processo de aprendizagem. **Revista: Psicologia Escolar e Educacional ABRAPEE**. Vol. 6, nº 2 junho/dezembro (2002), p. 149-153.

VIEIRA, Margarida -**Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência**. Universidade Católica Portuguesa. 2ª ed. Lisboa.2009. ISBN: 978-972-54-0195-8.

WATSON, Max [et al.] - **Oxford Handbook of Palliative Care**. 2<sup>nd</sup>. ed. New York: Oxford University Press: 2010. ISBN: 9780199234356.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Guidelines on hand hygiene in healthcare: First Global patient safety challenge clean care is safer care**. World Health Organization [Online] 2009. [Citação: 20 de Fevereiro de 2011.] disponível emWWW:<URL:[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf)>.

WHITTEMORE, Robin; KNALF, Kathleen - The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN: 97239-3098. Vol.52, nº2, (2005), p. 546-553.

WILSON, Jennie - **Controlo de Infecção na Prática Clínica**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-57-6.

XUE, Y - Patient: Discharge from hospital. **The Joanna Briggs Institute**. July 2013.

ZAGONEL, Ivete - O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Revista latina de Enfermagem**. Ribeirão Preto. Vol.7, nº3 (1999), p. 25-32.

ZINN, Gabriela; SILVA, Maria; TELLES, Sandra – Comunicar-se com o Paciente Sedado: vivência de quem cuida. **Revista latina de Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol. 11, nº 3 (Maio/Junho 2003), p. 326-332.

## **REGULAMENTOS**

REGULAMENTO n.º 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. **Diário da República**, II Série, N.º 35 (18-02-2011), p. 8648-8653.

# **APÊNDICES**

## **APÊNDICES I – Medicação off-label usada em Cuidados Paliativos**

# UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS

## MINI FORMULÁRIO DE BOLSO EM CUIDADOS PALIATIVOS

### AUTORES:

Tânia Alexandra Ferreira Lopes\*,

Vasco Santos Silva\*\*,

Patricia Pontífice-Sousa\*\*\*

\*Enfermeira, Centro Hospitalar Médio Tejo, Aluna do 7.º Curso de Mestrado de Natureza Profissional na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

\*\*Enfermeiro, Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz

\*\*\* Professora Adjunta do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

7º CURSO DE MESTRADO DE NATUREZA PROFISSIONAL NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

### **Aviso**

**A utilização deste mini formulário não substitui a leitura atenta do folheto informativo do fármaco, pelo contrário, recomenda-a. Todas as informações contidas neste documento foram recolhidas através da leitura das principais fontes de informação clínica disponíveis à data da sua compilação. Note que a evolução e a pesquisa científicas podem alterar os dados aqui apresentados.**

**A utilização deste documento está exclusivamente recomendada para referência rápida.**

FARMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/EFEITOS SECUNDARIOS/OBSERVAÇÕES
Aminofilina	PO	225-450 mg	2vezes/dia	<p><b>Indicações:</b> Broncodilatador e antiasmático e está indicado no alívio dos sintomas da asma e de broncoespasmo reversível associado a DPOC.</p> <p>Semvida aumentada na falência cardíaca, nos idosos e com a administração concomitante de ciprofloxacina e eritromicina.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> taquicardia, palpitações, náuseas, estimulação do SNC.</p>
Amitripilina	PO	10–50mg	1vez/ dia	<p>Antidepressivo.</p> <p><b>Indicações:</b> depressão, sialorreia, dor neuropática. Começar com 10-25mg.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> visão turva, xerostomia, hipotensão, sedação. Cuidados especiais na doença cardíaca, idosos e história de retenção urinária.</p> <p>Efeito mais rápido em doses baixas do que na depressão.</p>
Baclofeno	PO	5-10mg  Max. 100mg/ dia	3vezes/dia	<p><b>Indicações:</b> Espasticidade – na doença do neurônio motor.</p> <p>Aumentar a dose gradualmente.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> sedação e fraqueza.</p>

FARMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Benzidamina	0,15% solução oral/ spray	15ml 4-8 sprays	1,5-3h	<b>Indicações:</b> tratamento sintomático de processos inflamatórios da orofaringe.  A solução oral deve ser diluída em água.
Bisacodilo	PO	5-10mg	Noite	Laxante de contacto. <b>Indicações:</b> obstipação 5mg P.O. – ação 6-12horas. 10mg retal – ação 20-60min. Evitar em quadros de oclusão intestinal, por via P.O., a via retal pode ser usada.
	RETAL	10mg	1 vez/dia	

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUÊNCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Butilescopolamina	Perfusão contínua SC	60-120 mg ou 20-60mg	24h	Antimuscarínico, anticolinérgico. <b>Indicações:</b> Cólicas intestinais, reduz secreções gastrointestinais e brônquicas. Semivida curta. Fraca biodisponibilidade oral. 20-60mg SC – redução das secreções brônquicas. 60-120mg SC – obstrução intestinal. <b>Efeitos secundários:</b> xerostomia, diminuição da sudorese, taquicardia, disúria.
	SC	10-20mg	SOS (De 4 em 4h)	
Carbamazepina	PO	100-200mg	1-2vezes/ dia	<b>Indicações:</b> Crises tônico-clônicas, dor neuropática. <b>Efeitos secundários:</b> ataxia, alterações hepáticas, sanguíneas e cutâneas.
Clorpromazina	PO	25-50mg	1-3vezes/ dia	<b>Indicações:</b> Agitação severa, tenesmo, hippos. <b>Efeitos secundários:</b> sedação, hipotensão.
	RECTAL	100mg	3-4vezes/ dia	Em idosos reduzir a dose para metade. 100mg rectal = 20-25mg IM= 40-50mg P.O.

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUÊNCIA	INDICAÇÕES/EFEITOS SECUNDÁRIOS/OBSERVAÇÕES
Escitalopram	PO	20mg	1vez/dia	Antidepressivo SSRI. <b>Indicações:</b> depressão e ataques de pânico. <b>Vigiar:</b> Epilepsia, doença cardíaca e hemorragia gastrointestinal. <b>Efeitos secundários:</b> Ansiedade, agitação, cansaço, dificuldade em dormir, sonolência, tonturas, formigamento, prurido, tremores, diarreia, obstipação, vômitos, xerostomia, sudorese aumentada, fadiga, febre, dores nas articulações e nos músculos.
Clonazepam	PO	0,5mg – 2mg	Noite ou 2 vezes/dia	<b>Indicações:</b> Dor neuropática, anticonvulsivante. <b>Efeitos secundários:</b> sedação, fadiga, sonolência, cansaço, diminuição da tonicidade e fraqueza muscular, vertigens, fotossensibilidade, falta de controle dos músculos e diminuição da capacidade de reação. Estes efeitos são geralmente passageiros e desaparecem geralmente de forma espontânea com a continuação do tratamento ou com a redução da dose. A sua ocorrência pode ser parcialmente evitada se o aumento inicial da dose for lento.
	Solução oral	Gotas		
Celecoxib	PO	100mg	2vezes/dia	AINES (anti-inflamatórios não esteroides) - inibidor da Cox-2. <b>Indicações:</b> Dor de origem inflamatória. Aumenta o risco de enfarte. Menor risco de hemorragia gastrointestinal do que os outros AINES.

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Colestiramina	PO	4-8mg	1vez/ dia	Resina permutadora de íões. <b>Indicações:</b> Prurido associado a obstrução biliar, diarreia associada a resseção do ílion e radioterapia. <b>Efeitos secundários:</b> obstipação e náuseas.
Ciclizina	PO	25-50mg	3vezes/dia	Antihistamínico. <b>Indicações:</b> vômitos de causa gastrointestinal ou aumento de pressão intracraniana. Via SC – pode causar reações cutâneas.
	SC	25-50mg	3vezes/dia	
	Perfusão contínuaSC	100-150mg	24h	

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUÊNCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/OBSERVAÇÕES
Dexametasona	PO	Até16mg	24h	<p>2-4mg diários para aumento de apetite;</p> <p>8-16mg diários para diminuir a pressão intracraniana, melhorar a obstrução da veia cava superior e compressão medular;</p> <p>2-6mg para prevenção de vômitos resultantes da quimioterapia;</p> <p>Administrar pela manhã pelos seus efeitos estimulantes.</p> <p><b>Vigiar:</b> níveis de glicemia capilar e miopatias.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> alterações gastrointestinais, hipersensibilidade - reações alérgicas da pele e anafilaxia, aumento de peso, aumento de apetite, retenção de líquidos nos tecidos, hipertensão arterial, fraqueza muscular, suscetibilidade aumentada às infecções, osteoporose, hipocaliemia, alterações de humor, sonolência, agravamento da epilepsia.</p>
	IM/SC	Até16mg	24h	
	IV	Até16mg	24h	
	Perfusão contínua SC	Até16mg	24h	
Diazepam	PO	2-10mg	1-3vezes /dia	<p><b>Indicações:</b> Ansiedade, agitação, sedação noturna, dispnéia, convulsões.</p> <p>Alternativa – midazolam SC</p> <p><b>Vigiar:</b> insuficiência respiratória crônica.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> sonolência, confusão, efeito paradoxal.</p>
	RETAL	5-10mg	SOS	

FARMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Diclofenac	PO	25-50mg	3vezes/dia	<p>AINES (anti-inflamatórios não esteroides).</p> <p><b>Indicações:</b> Dor óssea e dor de origem inflamatória.</p> <p><b>Interações:</b> Pode aumentar os efeitos anticoagulantes da varfarina; especial precaução nas pessoas com asma.</p> <p>Aumenta os riscos de eventos trombóticos.</p> <p><b>Contraindicado:</b> úlcera péptica ativa, hemorragia gastrointestinal ou insuficiência renal.</p> <p>Profilaxia com inibidores da bomba de prótons para doentes com úlcera péptica.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> irritação local.</p>
	PO	75mg (LM) 75mg 100mg	2vezes/dia	
	IM RETAL	Até 150mg	1 vez/dia	
	Perfusão continua SC		24h	
Docusato de sódio	PO	100-200mg	2vezes/dia	<p>Amolecer de fezes. Estimulante fraco.</p> <p><b>Indicações:</b> Pode ajudar na obstrução parcial do intestino.</p> <p>Atua 12-72h.</p>

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Domperidona	PO RETAL	10-20mg 30-60mg	6-8h 6-8h	Antiemético, estimulante da motilidade intestinal. <b>Indicações:</b> náuseas ou vômitos, pró cinético. Na obstrução intestinal pode causar cólicas. 30mgr RETAL=10 mg P.O. <b>Menos efeitos extrapiramidais do que a metoclopramida.</b>
Duloxetina	PO	60mg	1vez/dia	Antidepressivo. <b>Indicações:</b> depressão, dor neuropática.

FARMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/OBSERVAÇÕES
Fentanil	Transdermico	12, 25, 50, 100 mcg/h	72h	<p>Devido ao início de ação lento, os doentes podem necessitar de analgesia extra nas primeiras 24h depois de colocado.</p> <p>Nas primeiras 12h após a colocação do adesivo é necessário fazer manter cobertura analgésica. Após a remoção, pode demorar 17h ou mais, para os níveis plasmáticos descenderem 50%.</p> <p>Ineficaz para a dor instável devido ao seu início de ação lento.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> Sonolência, cefaleias, tonturas, náuseas, vômitos, prurido, xerostomia, causa menos obstipação que os outros opióides.</p> <p>Conversão da dose diária de morfina oral para fentanil transdermico:</p> <p>50-130mg morfina oral --&gt; 25 mcg fentanil transdermico</p> <p>135-224mg morfina oral --&gt; 50 mcg fentanil transdermico</p> <p>225-314mg morfina oral --&gt; 75 mcg fentanil transdermico</p> <p>315-404mg morfina oral--&gt; 100 mcg fentanil transdermico</p> <p>405-494mg morfina oral--&gt; 125 mcg fentanil transdermico</p> <p>Quando se muda de fentanil transdermico para morfina tem de se usar doses inferiores da mesma.</p> <p>Dose de início de fentanil - 200mcg.</p>
	SL Pastilhas	200 ,400, 600, 800, 1200 mcg	Dor de difícil controlo	

FARMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/EFEITOS SECUNDÁRIOS/OBSERVAÇÕES
Fluconazol	PO	50-100mg	1vez/ dia	Antifúngico, antimicótico. <b>Indicações:</b> tratamento de infecções fúngicas na vagina, na cavidade oral e no trato digestivo, nos pulmões, no aparelho urinário, na pele e nas unhas. Usado também na prevenção de infecções fúngicas em doentes com o sistema imunitário enfraquecido.
		150mg	Toma única	Infecções fúngicas das membranas mucosas administrar de 2 a 4 semanas. <b>Efeitos secundários:</b> Dor de cabeça, erupções cutâneas, náuseas, vômitos, dores de estômago, diarreia, alterações da função hepática.
Fluoxetina	PO	20mg	1vez/dia	Antidepressivo com semivida longa – 5 semanas. <b>Efeitos secundários:</b> ansiedade, alterações gastrointestinais.
Gabapentina	PO	Dose início 100 a 300mg; Doses maiores que 1800 mg/dia – necessitam de avaliação de um Especialista	Inicialmente à noite; depois 3 vezes/ dia	<b>Indicações:</b> dor Neuropática periférica e epilepsia. Maior benefício versus efeito secundário comparado com outros medicamentos usados na dor neuropática. Usar doses baixa em idosos e insuficientes renais. Evitar na doença psicótica. Evitar paragem brusca da medicação (redução gradual até parar por completo num espaço mínimo de uma semana). <b>Efeitos secundários:</b> sonolência, fadiga, ataxia, tonturas, febre, Infecção viral.

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUÊNCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Glicazida	PO	40- 80mg	1vez/ dia	Antidiabético oral. <b>Efeitos secundários:</b> aumento de peso, hipoglicémia, alterações gastrointestinais.
	PO LM	30mg (LM equivale a 80mg)	1vez/dia max.120mg/ 24h	
Haloperidol	P.O.	0,5-10mg	1vez/ dia	Neuroléptico. <b>Indicações:</b> confusão, agitação, temperamento agressivo e alterações do comportamento geral, movimentos incontrolados, dor intensa e prolongada, náuseas e vômitos.  Antiemético. Baixas doses (1,5-3mg) para náusea.  Doses elevadas na psicose e agitação. O delírium ou a psicose devem ser distinguidos do tratamento de longa duração, do distúrbio comportamental existente na demência, nos quais os antipsicóticos devem ser o último recurso.  <b>Vigiar:</b> efeitos extrapiramidais. Não administrar na doença de Parkinson.  <b>Efeitos secundários:</b> Movimentos extrapiramidais, dor de cabeça, agitação, dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir.
	SC	2,5-10mg	1-2vezes /dia	
	Perfusão contínua SC	3-10mg	24h	

FARMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Hidromorfona	PO	Titulada	4h	Opióide forte. 1,3mg de hidromorfona de libertação rápida= 10mg morfina.
	PO LM	Titulada	2vezes/dia	Conversão: Hidromorfona libertação modificada -> morfina: 2mg hidromorfona LM -> 15mg morfina; 4mg hidromorfona LM -> 30mg morfina;
	Perfusão contínua SC	Titulada	24h	8mg hidromorfona LM -> 60mg morfina; 16mg hidromorfona LM -> 120mg morfina; 24mg hidromorfona LM -> 180mg morfina.
	SC		4h	Conversão de hidromorfona oral para subcutânea numa relação de 3:1.
Ibuprofeno	PO	200-600mg	3vezes/dia	AINES de 1ª linha. Menor risco de efeitos secundários do que os outros AINES. <b>Contraindicado:</b> úlcera péptica ativa, hemorragia gastrointestinal ou insuficiência renal.

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Ipratrópio, Brometo	Neb.	0,25- 0,5mg	6h	<p>Composto de amónio quaternário com propriedades anticolinérgicas – parassimpaticolíticas.</p> <p><b>Indicações:</b> obstrução da via aérea reversível, particularmente em doentes com DPOC.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> cefaleias, náuseas e xerostomia.</p> <p>Evitar o contacto com os olhos.</p>
Ketamina	PO	10-100mg	3-4vezes/ dia	<p>Anestésico. Sob supervisão de um Especialista. Na dor neuropática, a dose pode ser aumentada gradualmente.</p> <p>Pode necessitar de profilaxia com haloperidol oral 3mg à noite ou de uma benzodiazepina devido aos efeitos psicomiméticos causados pela ketamina.</p> <p>Pode haver necessidade de reduzir os opióides para 50%.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> alucinações, pesadelos, agitação, confusão, hipertensão, taquicardia, taquipneia, movimentos tónico clónicos, náuseas e vômitos, alterações cutâneas.</p> <p><b>Vigiar:</b> epilepsia, aumento da Tensão Arterial e doença Cardíaca.</p>
	Perfusão contínua SC	75- 300mg	24h	

FARMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Ceterolac	PO	10mg	4-6h (idoso 6-8h)	<p><b>AINES</b></p> <p><b>Indicações:</b> Dor óssea, dor de origem inflamatória. No tratamento a curto prazo da dor aguda, de intensidade moderada a grave, que necessita de analgesia do tipo opiáceo. Não está indicado em situações de dor crónica.</p> <p>Max. 40mg P.O. diárias</p> <p>Max. 90mg SC diárias</p> <p>Pode aumentar os efeitos anticoagulantes da varfarina. Especial precaução nas pessoas com asma. Aumenta os riscos de eventos trombóticos.</p> <p>Aconselhada profilaxia com inibidores da bomba de prótons pelo aumento de alterações da mucosa gástrica (risco de hemorragia gástrica).</p>
	SC	10-30mg	4-6h	
	Perfusão contínua SC	60-90mg	24h	
Lactulose	PO	15-30ml	2vezes/ dia	<p>Laxante osmótico.</p> <p><b>Indicações:</b> obstipação</p> <p>Pode causar flatulência e distensão abdominal. Necessária hidratação complementar.</p> <p>Pode levar 48h para fazer efeito.</p>

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUÊNCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Levomepromazina	PO	6,25-25mg	1-2vezes/ dia	Antipsicótico. <b>Náuseas e vômitos.</b> Antiemético de 2ª linha de largo espectro. <b>Efeitos secundários:</b> sedação.
	SC	6,25-25mg	4-8h	Via SC pode causar reação cutânea.
	Perfusão contínua SC	6,25-25mg	24h	<b>CONTRAINDICADA VIA ENDOVENOSA.</b> Diluir com cloreto de sódio a 0,9%. Conversão de oral para SC de 2:1.
Psicose ou agitação severa	PO	6,25-200mg	1-2vezes/ dia	<b>Psicose</b> ou <b>agitação severa</b> , usada ocasionalmente na fase terminal da doença para reduzir o distress e agitação.
	Perfusão contínua SC	25-150mg	24h	<b>Efeitos secundários:</b> efeitos anticolinérgicos, hipotensão e efeitos extrapiramidais. Evitar na doença de Parkinson.
Loperamida	PO	2-4mg Max. 16mg/24h	3vezes/dia ou após cada defeção diarréica	<b>Indicações:</b> Diarreia e cólicas intestinais. Pode necessitar de aumentar a dose recomendada até 32mg. Sem efeitos centrais. Considerar a diarreia como resultado de obstrução intestinal.

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUÊNCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Lorazepam	PO/ SL	0,5-2mg	2vezes/dia	Benzodiazepina. <b>Indicações:</b> Ansiedade, ataques de pânico. Duração de ação mais curta que o diazepam. Via SL na ansiedade aguda e dispneia.
Metilnaltrexona	SC	8-12mg Conforme peso		Antagonista dos opióides apenas para os efeitos gastrointestinais. <b>Indicações:</b> tratamento da obstipação induzida por opióides quando a resposta à terapêutica usual com laxantes não foi suficiente. Ação 30-60min após administrado.
Metilfenidato	PO	5mg	1-2vezes /dia	Psicoestimulante. <b>Indicações:</b> sonolência causada pelos opióides e na depressão da doença terminal. <b>Efeitos secundários:</b> inquietação, confusão, perturbação do sono.
Metoclopramida	PO	10-20mg	4vezes/ dia	Antiemético.
	PO - LM	15mg	2vezes/ dia	<b>Indicações:</b> Procinético, aumenta a motilidade gástrica e intestinal.
	SC	10-20mg	4vezes/dia	Usar cautelosamente na obstrução intestinal → parar se causar cólicas ou piorar a diarreia.
	Perfusão Contínua SC	30- 90mg	24h	<b>Efeitos secundários:</b> efeitos extrapiramidais (reversível com prociclidina).

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUÊNCIA	INDICAÇÕES/EFEITOS SECUNDÁRIOS/OBSERVAÇÕES
Metronidazol	PO	400mg	3vezes/dia	Antibiótico. <b>Indicações:</b> infecções anaeróbicas. <b>Efeitos secundários:</b> náuseas, diarreia, desconforto epigástrico e dores abdominais, cefaleias, anorexia.
	RETAL	500mg		
Midazolam	SC	2,5-5mg	SOS	Benzodiazepina. Duração de ação mais curta do que o diazepam. <b>Indicações:</b> doses únicas em procedimentos rápidos, ansiedade e agitação. Usado na agitação terminal. Como substituição de antiepiléticos orais é necessário usar uma dose de 20-30mg nas 24h. <b>Efeitos secundários:</b> sonolência, hipotensão, bradicardia, agitação, cefaleia, náuseas, vômitos, obstipação.
	BUCAL	10mg		
	INTRA-NASAL			
	Perfusão contínua SC	10-60mg	24h	
Mirtazapina	PO	Titular entre 15-45mg	1vez/dia -Noite	Antidepressivo Noradrenérgico e serotoninérgico específico. Início de ação mais rápido que os outros antidepressivos. <b>Indicações:</b> Promove o aumento do apetite e o sono. Doses baixas são mais sedativas. <b>Efeitos secundários:</b> aumento do apetite e aumento de peso, sonolência, cefaleias, xerostomia.

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUÊNCIA	INDICAÇÕES/EFEITOS SECUNDÁRIOS/OBSERVAÇÕES
Morfina	PO	Titulada	4h	<p><b>Indicações:</b> Dor, dispneia.</p> <p>Apresentações: Solução oral 10mg/ml, 100mg/5ml.</p> <p>Comprimidos - 10mg, 20mg, 50mg.</p> <p>Supositórios - 10, 15, 20, 30mg.</p> <p>Aplicação Tópica - 10mg em 10ml de gel.</p>
	RETAL TÓPICA		4h	
LM  Morfina injetável	PO	Titulada	12h	<p><b>Efeitos secundários:</b> obstipação, náuseas e vômitos, sonolência, hipotensão, depressão respiratória.</p> <p>Conversão de Via Oral para Subcutânea de 2:1.</p>
	SC		4h	
	Perfusão contínua SC		24h	
Naloxona	IV	0,1-0,2mg	A cada 2 minutos	<p><b>Indicações:</b> Reversão da depressão respiratória causada por opióides. Como consequência também reverte a ação analgésica – retorno da dor severa.</p> <p>Monitorizar a depressão respiratória por algumas horas – pode haver necessidade de repetir as doses.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, náuseas, vômitos.</p>
	IM/ SC	0,1-0,2mg		

FARMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Naproxeno	PO	200-500mg	2vezes/dia	<p>Dor óssea e outras condições de origem inflamatória.</p> <p>Se ineficaz, usar outro AINES.</p> <p><b>Contraindicado:</b> úlcera péptica e hemorragia gastrointestinal.</p> <p>Aumenta os efeitos da varfarina; ter cuidado especial na sua utilização em doentes asmáticos.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> os mesmos dos outros AINES.</p>
Nifedipina	PO	5-10mg	3vezes/dia	<p>Bloqueadores da entrada do cálcio.</p> <p>Relaxante muscular suave.</p> <p><b>Indicações:</b> Hippos, espasmos esofágicos e tenesmo.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> hipotensão, edema periférico, cefaleias, sensação de mal estar geral.</p>
	SL	5mg		
Nistantina	PO	1-5ml 100,000u/ml	4vezes/dia	<p>Anti-infeccioso, Antifúngico.</p> <p><b>Indicações:</b> Candidíase oral.</p> <p>Manter na boca tanto tempo quanto for possível (alguns minutos) e só depois deglutir.</p>

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUÊNCIA	INDICAÇÕES/EFEITOS SECUNDÁRIOS/OBSERVAÇÕES
Octeótrido	SC	0,1- 0,2mg	3vezes/ dia	<p>Análogo da somatostatina. Inibe a liberação da hormona de crescimento e algumas hormonas e secreções do sistema gastrointestinal. Duração de ação curta. Caro, deve ser usado quando os outros tratamentos falham.</p> <p>Trata os sintomas que ocorrem com as hormonas produzidas pelos tumores gastrointestinais.</p> <p><b>Indicações:</b> Redução de secreções e da motilidade gastrointestinal. Útil na obstrução intestinal, fistulas enterocutâneas e diarreias intratáveis, sem efeitos sedativos.</p> <p><b>Vigiar:</b> doentes diabéticos.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> pancreatite, cálculos biliares, hiperglicemia, cefaleias, gastralgias, diarreia, obstipação, náuseas, flatulência e dor no local onde a injeção foi administrada.</p>
	Perfusão contínua SC	300-1000 mcg	24h	
	Injetável	20mg/ mês 30mg/2 Semanas		
Olanzapina	PO	5-10mg	1vez/ dia	<p>Antipsicótico de nova geração.</p> <p><b>Indicações:</b> Utilização “off-label” na náusea e na mania moderada a severa. Dose de início na náusea – 1,25mg.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> menor do que os outros antipsicóticos; ECG – prolonga intervalo QT</p> <p><b>Vigiar:</b> doença de Parkinson, hiperglicemia, idosos com antecedentes de enfarte e demência.</p>

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUÊNCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Omeprazol	PO	10-20mg	1vez/dia	Inibidor da bomba de prótons. <b>Indicações:</b> Úlcera gástrica e duodenal e refluxo esofágico. <b>Efeitos secundários:</b> diarreia, gastralgias, obstipação, flatulência, náuseas, vômitos, sonolência, insônia.
Ondasetron	PO/SC/ EV	8mg	2-3vezes/dia	Antagonista da serotonina (5 HT3). <b>Indicações:</b> vômitos causados por radioterapia e quimioterapia, obstrução intestinal, prurido. Max. 8mg diária na falência hepática severa. <b>Efeitos secundários:</b> obstipação, cefaleias.
		16mg	1vez/dia	
	Perfusão Continua SC	8-24mg	24h	
Oxibutinina	PO	2,5-5mg	2-3vezes/dia	Antiespasmódico do músculo detrusor da bexiga. <b>Indicações:</b> instabilidade do detrusor, incontinência urinária de urgência. <b>Efeitos secundários:</b> efeitos antimuscarínicos.

FARMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/OBSERVAÇÕES
Oxcarbazepina	PO	300mg	2vezes/dia	Antiepiléticos e anticonvulsivante. <b>Indicações:</b> Dor neuropática. <b>Vigiar:</b> hipersensibilidade à carbamazepina, hiponatremia, insuficiência e falência cardíaca. <b>Efeitos secundários:</b> fadiga, astenia, tonturas, cefaleias, sonolência, náuseas, vômitos.
Oxicodona	PO LM		12h	Analgésico opiáceo potente. Escassamente usado em Portugal. <b>Indicações:</b> Dor moderada a severa: Comprimidos LM de 5, 10, 20, 40 e 80mg – 12h
	PO	Titulada	4-6h	
Injetável	RETAL	Titulada	8h	20mg morfina oral -> 10mg oxicodona
	SC	5-10mh	4h	Comprimidos de libertação rápida de 5, 10, 20mg. 20mg de morfina oral -> 10mg de oxicodona.
	Perfusão contínua SC	Titulada	24h	Oxicodona retal de 30mg (tem ação mais longa do que a morfina retal). 10mg/ml ampolas de 1 e 2ml – 2 vezes mais potentes do que por via oral. 20mg oxicodona oral -> 10mg oxicodona injetável. <b>Efeitos secundários:</b> náuseas, obstipação, sedação, cefaleias, tonturas, prurido.

FARMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Paracetamol	PO	0,5- 1gr	4-6h	Analgésico. Antipirético.
	RECTAL		Max. 4gr em 24h	Bom efeito como coadjuvante no caso de dor óssea severa.  Sobredosagem: náuseas, vômitos, transpiração, sonolência, mal-estar geral, dor forte no abdômen.  <b>Efeitos secundários:</b> sudorese intensa, náuseas, vômitos, hipotensão, sonolência ligeira.  A solução de paracetamol destina-se a ser administrada como perfusão intravenosa de 15 minutos.
Parecoxib	SC/ EV	40mg	12h	AINES pertencentes ao grupo de COX2.
	Perfusão contínua SC	40mg	24h	<b>Efeitos secundários:</b> os mesmos que os outros AINES
Paroxetina	PO	20mg	1vez/dia -Manhã	Antidepressivo do grupo dos SSRI e ansiolítico. Semivida curta.  <b>Indicações:</b> Prurido, xerostomia e sudorese.  <b>Efeitos secundários:</b> alterações do estado mental e neuromusculares, alterações do sistema nervoso autônomo.

FARMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Fenobarbital	PO	60- 80mg	1vez/dia -Noite	Anticonvulsivante. <b>Indicações:</b> agitação de difícil controle ou refratária. Max. 1600mg diários (agitação extrema).
	Perfusão contínua SC	200-1600mg	24h	
Pilocarpina	PO	5mg colírio a 4% (4 gotas do colírio em 5ml água)	3vezes/dia	Parasimpaticomimético. <b>Indicações:</b> xerostomia
Piroxicam	PO	20mg	1vez/ dia	AINES <b>Indicações:</b> Dor inflamatória. Não deve ser usado como tratamento de 1ª linha. Considerar profilaxia com inibidores da bomba de prótons. <b>Efeitos secundários:</b> os mesmos que os outros AINES.

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUÊNCIA	INDICAÇÕES/EFEITOS SECUNDÁRIOS/OBSERVAÇÕES
Pregabalina	PO	75mg Max. 300mg	2vezes/dia	<p><b>Indicações:</b> dor neuropática, como terapia adjuvante das crises epiléticas parciais, com ou sem generalização secundária, tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada em adultos, controle de fibromialgia.</p> <p>Modo de ação semelhante à gabapentina. Se insuficiência renal a dose tem de ser diminuída.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> sedação, tonturas e cefaleias. Os seus efeitos são potenciados com administração concomitante de álcool e oxícodona.</p>
Quetiapina	PO	25mg	2vezes/dia	<p>Antipsicótico atípico.</p> <p><b>Não se deve beber sumo de toranja, uma vez que pode afetar a sua farmacodinâmica.</b></p> <p><b>Indicações:</b> esquizofrenia, mania, depressão bipolar, delirium e como sedativo.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> Pensamentos de autoflagelação e suicídio, agravamento da depressão, agravamento da diabetes pré-existente, convulsões, edema dos gânglios, edema ao redor da boca, discinesia tardia.</p>
Ranitidina	PO	300mg 150mg	1vez/dia-Noite 2vezes/dia	<p>Antiácidos antagonistas dos recetores H2.</p> <p><b>Indicações:</b> Úlcera péptica e refluxo gástrico, diminuição da sudorese.</p> <p>Menor evidência sobre o seu uso na profilaxia de úlceras resultantes da utilização de AINES do que os inibidores da bomba de protões.</p>

FARMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/ EFEITOS SECUNDÁRIOS/ OBSERVAÇÕES
Risperidona	PO	0,25-2mg	2vezes/dia	Antipsicótico atípico. Sintomas extrapiramidais são menos comuns do que com os antipsicóticos tradicionais. Aumenta o risco de enfarte nos doentes idosos com demência. <b>Vigiar:</b> na presença de doença cardiovascular ou epilepsia. <b>Efeitos secundários:</b> Parkinsonismo, sonolência, cansaço, inquietação, irritabilidade, ansiedade, tonturas, alterações do sono, vômitos, diarreia, obstipação.
Salbutamol	Neb	2,5-5mg	2-6h	Beta <sub>2</sub> agonista usado no broncospasma. <b>Efeitos secundários:</b> taquicardia, o seu uso em excesso pode levar a agitação e tremor.
Senosido	PO	2-4	1 vez/dia - Noite	Laxante de contacto. <b>Indicações:</b> obstipação. Evitar na obstrução intestinal.

FARMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/EFEITOS SECUNDÁRIOS/OBSERVAÇÕES
Sertralina	PO	50mg	1vez/dia	Antidepressivo SSRI. <b>Indicações:</b> depressão com ansiedade, atenua a dor neuropática nos diabéticos, melhora o prurido de origem colestática. <b>Vigiar:</b> epilepsia <b>Efeitos secundários:</b> alterações gastrointestinais.
Valproato de sódio	PO	100-300mg	2vezes/dia	Anticonvulsivante. <b>Indicações:</b> dor neuropática, convulsões. Começar com 100mg para a dor neuropática. 300mg 2 vezes/dia nas convulsões. <b>Efeitos secundários:</b> náuseas, discrasias sanguíneas, disfunção hepática, pancreatite.
Espironolactona	PO	100-200mg Max. 400mg na ascite	1vez/dia	Diurético poupador de potássio. <b>Indicações:</b> Edemas, ascites na cirrose hepática, ascites malignas. Evitar uso concomitante de suplementos de potássio – pode levar a hipercaliémia. <b>Efeitos secundários:</b> ginecomastia e alterações gastrointestinais.

FÁRMACO	VIA	DOSE	FREQUÊNCIA	INDICAÇÕES/EFEITOS SECUNDÁRIOS/OBSERVAÇÕES
Sucralfato	PO	2gr	2vezes/dia	<p><b>Indicações:</b> Protege a mucosa nas úlceras orais, gástricas e duodenais.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> obstipação, náuseas, vômitos, desconforto gástrico, indigestão.</p>
Tizanidina	PO	2mg titular; 3dias de intervalo Max. de 36mg/ dia	1vez/ dia	<p>Relaxante muscular.</p> <p><b>Indicações:</b> espasticidade associada a esclerose múltipla ou doença da medula espinal.</p> <p>Necessidade de realização de exames regulares à função hepática nos primeiros 4 meses.</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> sonolência.</p>
Tramadol	PO	50-100mg	4vezes/dia	<p><b>Indicações:</b> dor nociceptiva e neuropática.</p> <p>50mg de tramadol -&gt; 5-10mg de morfina</p> <p><b>Efeitos secundários:</b> obstipação (causa menos do que a codeína), tonturas, cefaleias, sonolência, fadiga, diaforese.</p>
	PO LM	100-200mg Max. 400mg/ 24h	2vezes/dia	

FARMACO	VIA	DOSE	FREQUENCIA	INDICAÇÕES/EFEITOS SECUNDÁRIOS/OBSERVAÇÕES
Trazodona	PO	25- 150mg	Noite	Antidepressivo tricíclico. <b>Indicações:</b> insônia, ansiedade, depressão. Mais seguro de que antipsicóticos atípicos nos comportamentos dos idosos com demência. Tratamento da insônia – 25-50mg; ansiedade – 75mg; depressão – 150mg. <b>Efeitos secundários:</b> discrasias sanguíneas, arritmias, hiponatremia, perda de peso, náuseas, vômitos, sonolência, prurido, mialgia, perturbações na micção.
Venlafaxina	PO	37,5- 75mg	2vezes/dia	Antidepressivo IRSN. <b>Indicações:</b> ansiedade, afrontamentos e dor neuropática. <b>Vigiar:</b> arritmia cardíaca, alterações hematológicas e hipertensão Arterial.
Zoledrónico, Ácido	IV	4mg	3-4 semanas	Bifosfonato. <b>Indicações:</b> dor óssea e hipercalemia. Monitorizar os níveis de cálcio. Pode necessitar de vitamina D e cálcio. <b>Efeitos secundários:</b> alterações da função renal, hipocalcémia. Profundir em 15minutos.



**APÊNDICE II – Sessão de Educação para a Saúde sobre o Impacto dos Programas educativos dirigidos a cuidadores de doentes dependentes**

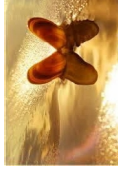


### 3 – Bases de dados pesquisadas:

- CINAHL PLUS FULL TEXT;
- MEDLINE.

#### Palavras-chave:

- ("Patient discharge") AND ("caregiver\*") AND ("health education") AND ("nurs\*") NOT ("child\*") NOT ("mental disorders").
- A pesquisa foi efetuada entre os dias 30 de Maio e 2 de Junho e 15 de Dezembro.



#### Limitadores:

Texto completo, artigos em inglês ou português entre as datas de Janeiro de 2009 a Dezembro de 2014.

#### Crítérios de Exclusão:

- Doentes do foro psiquiátrico e pediátrico.

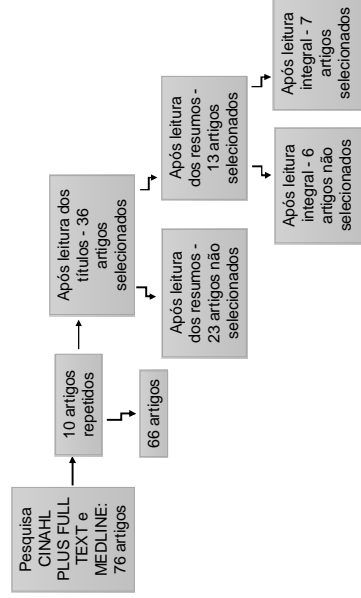
#### Crítérios de Inclusão:

- Todos os cuidadores de doentes dependentes com alta para o domicílio.

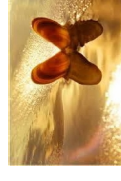
6



#### ESQUEMA DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS:



7



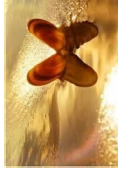
#### CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS:

Categorização	Estudos
Programa de preparação e avaliação da alta a curto prazo	1
Programa de preparação e avaliação da alta a longo prazo	2, 4, 5, 6
Programa de preparação para a alta	3, 7

8

### Programa de preparação e avaliação da alta a curto prazo:

**Estudo 1** - Enhancing preparedness and satisfaction of caregivers of patients discharged from an inpatient rehabilitation facility using an interactive website (Stone, 2014).

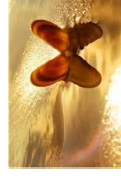


9

### Programa de preparação para a alta:

**Estudo 3** - Policy and Practice Note - Determinants of Health in Discharge Planning for Seniors: Asking the Right Questions (MacNaughton-Doucet, 2013).

**Estudo 7** - Hospital discharge planning for older people and their family. Are we delivering the best practice? A review of the evidence (Bauer et al, 2010).



11

### Programa de preparação e avaliação da alta a longo prazo:

**Estudo 2** - Serious Adverse Events Experience by Survivors of Stroke in the First Year Following Discharge from Inpatient Rehabilitation (Ostwald et al, 2013).

**Estudo 4** - Influence of a Transitional Care Clinic on Subsequent 30-day Hospitalizations and Emergency Department visits in individuals discharged from a skilled nursing facility (Park et al, 2013).

**Estudo 5** - The impact of Education on Caregiver Burden on two Inpatient Oncology Units (Creedle et al, 2012).

**Estudo 6** - A Clinical Trial of an Individualised Intervention Programme for Family Caregivers of Older Stroke Victims in Taiwan (Shyu, 2010).



10

## 4 - Necessidades de Intervenção ao nível do Cuidador

- O conceito de necessidade é fundamental em cuidados paliativos uma vez que dá origem a um programa de intervenção para a sua satisfação.
- Remete para um desejo, uma aspiração, algo de que se precisa e de que é imprescindível.



(CERQUEIRA, 2005)

12

- É necessário preparar o doente/família/cuidador guiando-os ao longo de todo o processo da doença.
- Cabe aos profissionais de saúde orientar, ensinar, supervisionar e estabelecer os limites do cuidador no desempenho do seu novo papel.

(CERQUEIRA, 2005)

13



## 5 - Planeamento do regresso a casa

- O termo planeamento do regresso a casa tem sido usado para descrever o processo que auxilia o utente e família nas suas necessidades de cuidados de saúde, aquando da alta de uma Instituição de Saúde.
- A finalidade do planeamento consiste em proporcionar a continuidade de cuidados.
- Implica a colaboração conjunta do utente, do seu prestador de cuidados informal e da equipa multidisciplinar.

(JESUS et al, 2005)<sup>15</sup>

- A maioria dos cuidadores são pessoas que não têm formação específica que lhes permita garantir a qualidade dos cuidados.
- O cuidador do doente paliativo vive períodos de grande ansiedade, na medida em que tem dificuldade em aceitar a degradação do doente, o peso das atividades bem como a dificuldade de compreender as necessidades e os desejos do doente.

(CERQUEIRA, 2005)

14

- É papel do enfermeiro assegurar que as necessidades de ensino e formação ao utente e familiar foram realizadas em tempo oportuno e que não existem dúvidas no momento do regresso a casa, confirmar o acompanhamento do doente após a alta, providenciar material informativo em suporte de papel sobre a medicação, higiene, alimentação, atividade física e posicionamentos/transfêrências e, registo de consultas marcadas.
- Confirmar com o doente e/ou familiar que a informação foi interiorizada, através de questões e exemplificação de determinados procedimentos.

(XUE, 2013)

16

## 6 - Educação para a saúde



- Educar as pessoas para a saúde consiste em criar condições para que adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco.
- A mudança ocorre quando no processo de educação para a saúde os interesses e necessidades do indivíduo, família e comunidade são valorizados, envolvendo-os como sujeitos ativos e participantes.
- Todo este processo exige dinâmica ao nível do planeamento.

(SIMÕES et al, 2011)

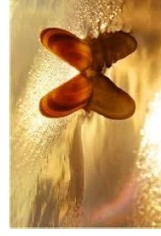
17

(SILVA, 2007)

18

- Para qualificar os familiares, no sentido de cuidarem da pessoa dependente, é necessário promover o interesse e o seu envolvimento na consecução de objetivos definidos, o que impõe a avaliação inicial da disponibilidade dos familiares, os conhecimentos e experiências adquiridas nos processos de saúde familiares.
- Durante o período de internamento hospitalar, o enfermeiro deve fazer o acompanhamento do doente, em parceria com a família como co-cuidadora de forma a garantir o regresso a casa, a articulação, a qualidade e a continuidade de cuidados.

## 7 – Programas educativos dirigidos a cuidadores de doentes dependentes na preparação para o regresso a casa



- Existe relevância clínica de que os recursos da internet melhoram a preparação do cuidador.
- Com a diminuição da duração do internamento hospitalar providenciar aos cuidadores *websites* e outros serviços online baseados na evidência podem complementar a existência de outros serviços de saúde.

(Stone, 2014)

19

20

- A Educação acerca da prevenção e tratamento de eventos adversos mais comuns são fulcrais antes da alta do doente.
- A orientação antecipada pode ajudar os sobreviventes de AVC e cuidadores a modificar o seu estilo de vida e a prevenir os efeitos adversos mais comuns.

(Ostwald et al, 2013)

21

- Um Planeamento da Alta eficaz pode levar a uma transição para casa bem-sucedida de forma a suportar a qualidade de vida e permitir que os idosos façam parte da sociedade tendo uma participação ativa na mesma. Esse planeamento é baseado num plano de cuidados compreensivo, desenhado por profissionais de saúde que tenham informação específica e atual sobre as metas, preferências e o estado clínico dos doentes.
- Para resultar num máximo benefício, o planeamento da alta deve abordar as principais questões socioeconómicas.

(MacNaughton-Doucet,2013)

22

- Um planeamento da alta devidamente coordenado e delineado pode reduzir o uso hospitalar após a alta em centros que compartilhem os registos eletrónicos.

(Park, 2013)

23

- Cuidadores que receberam um programa de intervenção na preparação para o regresso a casa experimentaram melhor qualidade de vida 12 meses após a alta;
- Entre os 6 a 12 meses a seguir a alta, os pacientes que foram cuidados por pessoas que não tinham sido submetidas a este programa de intervenção tinham uma probabilidade maior de ser institucionalizados do que os outros.

( YEA, 2010)

24

- O **planeamento da alta** para pessoas idosas e seus cuidadores familiares pode ser melhorado se forem tomadas intervenções dirigidas aos cuidadores, incluindo-os nos cuidados, dando-lhe a informação necessária, comunicando com uma equipa interdisciplinar e proporcionando apoio após a alta;
- Existe uma **correlação direta** entre a qualidade do planeamento da alta e a readmissão hospitalar;
- É necessário aos envolvidos no processo de alta do doente, nomeadamente os enfermeiros, que tenham em conta as necessidades dos cuidadores familiares e as suas expectativas com o processo de alta.

(BAUER et al,2009)

26

- A provisão da informação a doentes com AVC e seus cuidadores demonstrou que as **estratégias** que envolviam **ativamente** o paciente e o cuidador tinham um **efeito maior na diminuição da ansiedade** do paciente do que as estratégias passivas.

(SMITH, 2009)

25

- Foram identificados pelos cuidadores 3 temas essenciais que deveriam ser referidos no planeamento da alta do doente paliativo: **prognóstico, manuseamento de sintomas e a quem se dirigir ou telefonar quando tiverem dúvidas.**
- A participação do cuidador no planeamento da alta tem o intuito de proporcionar melhoria da qualidade do cuidado para os doentes e respetivos familiares/cuidadores.

(BENZAR et al, 2011)

27

- Cuidadores familiares pertencentes ao grupo da intervenção educativa experienciaram uma **substancial qualidade de vida** em comparação com o grupo onde não houve nenhuma intervenção educativa e após os 3 meses referiram também menos constrangimentos a lidar com a situação de doença.

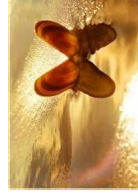
(OUPRA et al, 2010)

28

- O Cuidador Informal evidencia algumas dificuldades na prestação de cuidados à pessoa idosa com dependência funcional, o que se traduz em necessidades de ensino no apoio às atividades de vida diárias, sobretudo ao nível da **alimentação, posicionamento, transferência e higiene corporal.**
- O Cuidador refere ter uma **melhor preparação para o regresso a casa** no que concerne à execução de procedimentos técnicos aliado ao estabelecimento de uma **relação de parceria com o enfermeiro.**

(GOMES e HENRIQUES, 2011)

29



## 8 - Conclusão

- Os programas educativos resultam na medida em que se obtêm resultados positivos em saúde, quer para o cuidador, quer para a pessoa cuidada;
- O cuidador deve ser envolvido em todo o processo, desde o início, aquando da admissão ao serviço, devendo-lhe ser fornecido material informativo em suporte de papel, um contacto telefónico do serviço em caso de necessidade, esclarecimento acerca dos serviços de apoio existentes na comunidade e das alterações de infraestruturas necessárias para receber uma pessoa dependente;
- Há a necessidade de efetuar programas e intervenções individualizadas, adequadas a cada pessoa em particular e, tendo em conta a sua experiência prévia, assim como uma maior flexibilidade de horários de visitas e de ensinos proporcionados ao cuidador principal que deve ser identificado previamente;

31

Foram sugeridas algumas medidas pelos cuidadores para a preparação para o regresso a casa, nomeadamente:

- Identificação do cuidador principal** e rede de suporte informal;
- Iniciativa e disponibilidade dos **profissionais de saúde** para o esclarecimento e orientação;
- Maior proximidade e participação nos cuidados** à pessoa proporcionadas pelos profissionais de saúde.

(GOMES e HENRIQUES, 2011)

30

- Um planeamento do regresso a casa antecipado e adequado diminui as readmissões hospitalares;
- No entanto, segundo alguns autores, continua a ser necessário efetuar mais pesquisas, quer de metodologia quantitativa quer de metodologia qualitativa, para poder melhor lidar com as questões do planeamento do regresso a casa e preparação do cuidador informal, trabalhando em conjunto com profissionais e cuidadores para estes últimos receberem o apoio e a ajuda de que necessitam nesse momento importante de transição.

32

# Bibliografia

- AAMODT, IM.T., et al. Nurses' perspectives on the discharge of cancer patients with palliative care needs from gastroenterology ward. *International Journal of Palliative Nursing*. 2013;19 (8):396-402.
- ALMEIDA AC, MIRANDA M, RODRIGUES M, MONTEIRO R. Transição do doente dependente para a família. *Revista Sinais Vitais*. 2005; 62 : 26-31.
- ARIJA V, MARTIN N, CANELA T, ANGUERA C, CASTELAO AJ, GARCÍA-BARCO M et al. Nutrition education intervention for dependent patients: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2013; 12: 1-7.
- BAUER M, FITZGERALD L, HAESLER E, MANFRIN M. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practise? A review of the evidence. *Journal of clinical nursing*. 2009;18 : 2539-2546.
- BENZAR E, HANSEN L, KNEITEL A, FROMME EK. Discharge Planning for Palliative Care patients: A Qualitative Analysis. *Journal of Palliative Medicine*. 2011;14 (1 ): 65-69.
- BORTHWICK R, NEWBRONNER L, STUTTARD L. 'Out of Hospital': a scoping study of services for carers of people being discharged from hospital. *Health and Social Care in the Community*. Journal compilation. 2009;17(4): 335-349.

33

- HELLESOR R, EINES J, FAGERBERG MS. The significance of informal caregivers in information management from the perspective of heart failure patients. *Chronic disease and heart failure*. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 21 : 495-503.
- HIGGINSOMI et al. Palliative care: views of patients and their families. *BMI*. 1990 : 301: 277-281.
- HUDSON PI, LOBB EA, THOMAS K, ZORDANI RD, TRAUER T, QUINN K, WILLIAMS A, SUMMERS M. Psycho-educational Group Intervention for family caregivers of hospitalized Palliative Care Patients: Pilot Study. *Journal of Palliative Medicine*. 2012;15(3): 277-281.
- JESUS CS, SILVA CLURS, ANDRADE FMM. Ats Clínica e Cominuidade de cuidados no Domíclio. *Sinais Vitais*. 2005; 59 : 25-28.
- JOYE B, LAU D. Hospice experiences and approaches to support and assess family caregivers in managing medications for home hospice patients: A providers survey. *Original Article. Palliative Medicine*. 2012; 27(4): 329,338.
- KITAMURA C, INGD, CHUNGA, GARRAWAY C, BEZAK A, MCLEAN M, WYHOF-YOUNG J, WONGRKS. Development and evaluation of a combined story and fact-based educational booklet for patients with heart disease and their caregivers. *Palliative Medicine*. 2011; 25(6) : 642-649.
- LEE, LEMMERSON K. Identifying discharge practice. *Nursing Standard*. 2006; 20 (29): 47-51.
- LEE, L. Improving the quality of patient discharge from emergency settings. *British Journal of Nursing*. 2004; 13(7): 412-421.

35

- CERQUEIRAMMI. O cuidador do doente paliativo. Análise das Necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio. *Formasau. Formação e Saúde Lda, Coimbra*. 2005.
- CÉSARA A, SANTOS B. Programa de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2005;58 (6): 647-652.
- CREEDLE C, LEAK A, DEAL AM, WALTON AM, TALBERT G, RIFF B, HORNBACK A. The impact of Education on Caregiver Burden on two Inpatient Oncology Units. *Journal of Cancer Education*. 2012; 27:250-253.
- DEMIRIS G, WITTENBERG-VLES E, OLIVER DP, WASHINGTON K. Delivering a psycho-educational intervention to Hispanic hospice informal caregivers. *Palliative Medicine*. 2010; 25 (2).
- GARCIA AM. Experiencia de cuidar a un paciente com enfermidad crónica después de recibir una capacitación. Artículo original. *Salud Uninorte*. 2010; 26(2): 232-249.
- GOMES N, HENRIQUES S. A família no Hospital: A percepção da Prática do Enfermeiro na preparação para a Alta Hospitalar. *Enfermagem, Revista Quadrimestral*. 2011; 14: 144-149.

34

- MEYERS FJ, CARDUCCI M, LOSCALZO MJ, LINDER J, GREASBY T, BECKETT LA. Effects of a ProblemSolving intervention (COPE) on Quality of life for patients with advanced cancer on clinical trials and their caregivers: simultaneous care educational intervention (SCEI): linking palliation and clinical trials. *Journal of Palliative Medicine*. 2011; 14 (4): 465-473.
- MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis*. 2008; 17 (4): 75&764.
- NEWBURY J, HATHERELL CA. Audit on discharging patients from community specialist palliative care nursing services. *International Journal of Palliative Nursing*. 2004; 10(1): 24-31.
- OUPRA R, GRIFFITHS R, PRYOR J, MOTT S. Effectiveness of supportive learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Health and Social Care*. 2010; 18 (1): 102-0.
- RIBEIRO S. Para lá do Hospital...Análise das Dificuldades e Necessidades Vivenciadas pela família que cuida a pessoa idosa face à transição do hospital para o domicílio. *Artigo de Investigação. Cuidarte Revista de Enfermagem, Centro Hospitalar de Setúbal EPE*. 2010;4 (7): 25-32.
- SCHILDMANN EK, HIGGINSOMI JI. Evaluation psychoeducational interventions for informal carers of patients receiving cancer care or palliative care: strengths and limitations of different study designs. *Palliative Medicine*. 2010; 25 (4) :345-356.

36

- SHUYU, KUO L, CHENM, CHEN, S. A clinical trial of an intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. *Working with families. Journal of Clinical Nursing*. 2009;19:1675-1685.
- SILVA, JF. A alta hospitalar e a valorização do cuidado de enfermagem. *Servir*. 2007; 55(3): 67-77.
- SIMÕES C, INOUE RAC, LOPES D, SANTOS N, PERES S. Os Enfermeiros e...A Educação para a Saúde. *Ordem dos Enfermeiros. Secção Regional dos Açores*. 2011.
- SMITH, J, FOSTER A, YOUNG J. Cochrane review: information provision for stroke patients and their caregivers. *Clinical Rehabilitation*. 2009; 23: 195-206.
- SOUZAM, MICHELLY S, CARVALHO R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Enferm. 2010; 10(2): 102-106.*
- STADJHAR K, FUNK L, OUTCAL L. Family caregiver learning—how family caregivers learn to provide care at the end of life: A qualitative secondary analysis of four datasets. *Original Article. Palliative Medicine*. 2013; 27(7): 557-664.
- TALLMANK, GREENWALDR, REDENOUEA, PANTELL. Living with advanced illness: longitudinal study of patient, family and caregiver needs. *Original research & Contributions. The Permanente Journal/summer*. 2012; 16(3): 28-35.
- WASHINGTON KT, DEMIRIS G, OLIVER DP, WITTENBERG GAYLES E, CRUMER E. Qualitative evaluation of a problem-solving intervention for informal hospice caregivers. *Palliative Medicine*. 2011; 24(8): 1018-1024.
- WHITEMORE, R.; KNALF, K. The integrative review update methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 52(2): 546-553.
- XUE Y. Patient Discharge from hospital. *The Joanna Briggs Institute*. July 2013.

**APÊNDICES III – Póster sobre o Impacto dos Programas educativos dirigidos a cuidadores de doentes dependentes**

# O IMPACTO DOS PROGRAMAS NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DE CUIDADORES DE DOENTES DEPENDENTES NO REGRESSO A CASA

Lopes, T\*, Silva, V\*\*, Pontífice-Sousa, P\*\*\*

\*Enfermeira, Aluna do 7.º Curso de Mestrado de Natureza Profissional na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa ([rania\\_a\\_lopes@hotmail.com](mailto:rania_a_lopes@hotmail.com))  
 \*\*Enfermeiro, Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz  
 \*\*\* Professora Adjunta do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

## Introdução

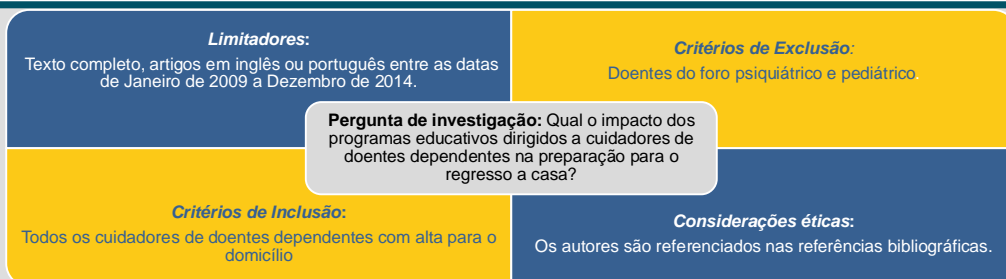
O termo planeamento do regresso a casa tem sido usado para descrever o processo que auxilia o utente e família nas suas necessidades de cuidados de saúde, aquando da alta de uma Instituição de Saúde. Implica a colaboração conjunta do utente, do seu prestador de cuidados informal e da equipa multidisciplinar (JESUS et al., 2005).

É papel do enfermeiro assegurar que as necessidades de ensino e formação ao utente e familiar foram realizadas em tempo oportuno e que não existem dúvidas no momento do regresso a casa, confirmar o acompanhamento do doente após a alta, providenciar material informativo em suporte de papel sobre a medicação, higiene, alimentação, atividade física e posicionamentos/transferências e, registo de consultas marcadas (XUE, 2013).

## Objetivo Geral

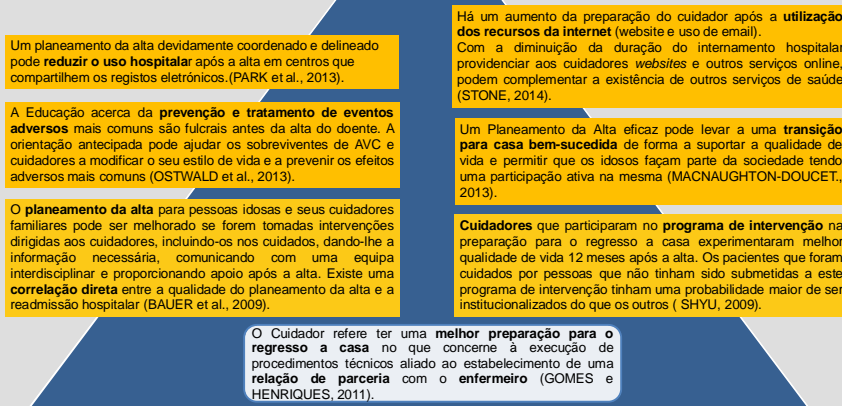
Perceber o impacto dos programas educativos dirigidos a cuidadores de doentes dependentes na preparação para o regresso a casa.

## Metodologia



**Palavras-chave:** (“Patient discharge”) AND (“caregiver”) AND (“health education”) AND (“nurs”) NOT (“child”) NOT (“mental disorders”).

**Resultados:** Após a aplicação dos critérios acima referidos e excluídos os repetidos, obtive 7 artigos nas bases de dados.



## Conclusões:

Os programas educativos resultam na medida em que se obtém resultados positivos em saúde, quer para o cuidador, quer para a pessoa cuidada.

O cuidador deve ser envolvido em todo o processo, desde o início, aquando da admissão ao serviço, devendo-lhe ser fornecido material informativo em suporte de papel, um contacto telefónico do serviço em caso de necessidade, esclarecimento acerca dos serviços de apoio existentes na comunidade e das alterações de infraestruturas necessárias para receber uma pessoa dependente.

Os programas educativos nos quais são envolvidos os cuidadores e os seus familiares demonstram melhorar a qualidade de vida e a capacidade funcional depois da alta para casa.

Faz parte do papel do enfermeiro assegurar que as necessidades de ensino e formação ao utente e familiar foram realizadas em tempo oportuno e que não existem dúvidas no momento do regresso a casa.

## Referências bibliográficas:

BAUER M, FITZGERALD L, HAESLER E, MANFRIN M. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practise? A review of the evidence. *Journal of clinical nursing*. 2009;18: 2539-2546.  
 GOMES N, HENRIQUES S. A família no Hospital: A perceção da Prática do Enfermeiro na preparação para a Alta Hospitalar. *Enfermagem*. Revista Quadrimestral. 2011;14 :14-19.  
 JESUS CS, SILVA CMRS, ANDRADE FMM. Alta Clínica e Continuidade de cuidados no Domicílio. *Sinais Vitais*. 2005 :59; 25-28.  
 MACNAUGHTON-DOUCET, Lisa -Policy and Practice Note - Determinants of Health in Discharge Planning for Seniors: Asking the Right Questions. *Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement*. 2013; 32 (3) : 307-315.  
 OSTWALD [et al.] – Serious adverse events experience by survivors of stroke in the first year following discharge from inpatient rehabilitation. *Association of Rehabilitation Nurses. Rehabilitation Nursing*. 2013; 38 :254-263.  
 PARK, Hae [et al.] - Influence of a Transitional Care Clinic on Subsequent 30-day Hospitalizations and Emergency Department visits in individuals discharged from a skilled nursing facility. *Journal Compilation. The American Geriatrics Society*. 2013;61 :137-142.  
 SHYU YL, KUO L, CHEN M, CHEN, S. A clinical trial of an intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. *Working with families. Journal of Clinical Nursing*. 2009; 19: 1675-1685.  
 STONE, Karen - Enhancing preparedness and satisfaction of caregivers of patients discharge from an inpatient rehabilitation facility using an interactive website. *Association of Rehabilitation Nurses. Rehabilitation Nursing*. 2014; :39: 76-85.  
 XUE Y. Patient: Discharge from hospital. *The Joanna Briggs Institute*. July 2013.

**APÊNDICE IV – Artigo Científico sobre o Impacto dos Programas educativos dirigidos a cuidadores de doentes dependentes**

**Título:**

O impacto dos programas educativos dirigidos a cuidadores de doentes dependentes aquando do regresso a casa: revisão integrativa.

**Autores:**

Tânia Alexandra Ferreira Lopes\*,

Vasco Santos Silva\*\*,

Patricia Pontífice-Sousa\*\*\*

\*Enfermeira, Centro Hospitalar Médio Tejo, Aluna do 7.º Curso de Mestrado de Natureza Profissional na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

\*\*Enfermeiro, Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz

\*\*\* Professora Adjunta do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

**Introdução**

A revisão integrativa da literatura surgiu no contexto de ensino clínico numa Unidade de Cuidados Paliativos e Continuados num Hospital privado da área de Lisboa inserido num projeto de melhoria contínua dos padrões de qualidade de enfermagem.

Educar as pessoas para a saúde consiste em criar condições para que adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco. A mudança ocorre quando no processo de educação para a saúde os interesses e necessidades do indivíduo, família e comunidade são valorizados, envolvendo-os como sujeitos ativos e participantes. Todo este processo exige dinâmica ao nível do planeamento <sup>1</sup>.

Para qualificar os familiares, no sentido de cuidarem da pessoa dependente, é necessário promover o interesse e o seu envolvimento na consecução de objetivos definidos, o que impõe a avaliação inicial da disponibilidade dos familiares, os conhecimentos e experiências adquiridas nos processos de saúde familiares.

**Método**

A revisão integrativa da literatura foi possível através da pesquisa nas bases de dados: CINAHL PLUS FULL TEXT; MEDLINE; NURSING AND ALLED HEALTH EDUCATION: BASIC DATABASE OF ABSTRACTS OF REVIEWS OF AFFECTS; COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS; COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS;

COCHRANE METODOLOGY REGISTER; MEDICLATINE; HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENTS; NHS ECONOMICS EVALUATION DATABASE entre os dias 30 de Maio e 2 de Junho.

Como critérios de inclusão foram aceites todos os cuidadores de doentes dependentes com alta para o domicílio.

Como critérios de exclusão para o estudo consistiram em todos os doentes do foro psiquiátrico e pediátrico.

Os limitadores nos textos pesquisados dizem respeito a artigos em que fosse possível aceder ao texto completo, artigos em inglês, português ou espanhol publicados entre as datas de Janeiro de 2009 e Maio de 2014.

## **Resultados**

Após 12 meses da alta dos doentes idosos com Acidente Vascular Cerebral, os cuidadores pertencentes ao grupo experimental experienciaram melhor qualidade de vida do que o grupo de controlo. Entre os 6 a 12 meses a seguir a alta, os pacientes pertencentes ao grupo de controlo tinham uma probabilidade maior de ser institucionalizados do que os pertencentes ao grupo experimental<sup>2</sup>.

Numerosos fatores têm impacto no planeamento da alta de idosos e nos seus cuidadores familiares. Com a redução do tempo de permanência hospitalar, os profissionais de saúde têm de colmatar as necessidades dos cuidadores através duma comunicação clara e objetiva, proporcionando a informação necessária aos mesmos para poderem cuidar do doente aquando da alta<sup>3</sup>.

Os cuidadores aprendem segundo o seguinte processo: tentativa e erro, através da procura ativa de informação necessária, aplicando conhecimento e habilidades de experiências prévias e refletindo sobre as experiências realizadas. Os cuidadores preferem e apreciam um processo de aprendizagem guiado ou suportado através da observação de determinado procedimento ou, pela transmissão de informação através de outra pessoa, aprendendo como forma de reação a seguir a uma crise<sup>4</sup>.

Durante a participação na intervenção de resolução de problemas, os cuidadores refletiram ativamente sobre o cuidado prestado, estruturaram esforços para a resolução de problemas com a ajuda da pessoa responsável pela intervenção, resolveram os problemas e ganharam confiança e controlo sobre o cuidado por eles prestado<sup>1</sup> experiência de cuidado vive-se em 3 fases, que se relacionam entre si e, fazem referência ao processo desenvolvido pelo cuidador durante a sua participação no programa. Este processo inicia-se com uma exploração e contacto, continua com uma situação de compreensão e de progresso, para finalmente experimentar mudanças e empreender novos desafios<sup>5</sup>.

A educação estandardizada do paciente ajuda o cuidador a alcançar bem-estar mas fica em falta o impacto do tempo despendido e a dificuldade/complexidade das suas tarefas de cuidador<sup>6</sup>.

Foram identificados três temas essenciais que deveriam ser referidos no planeamento da alta: prognóstico, manuseamento de sintomas e a quem se dirigir ou telefonar quando tiverem dúvidas. Os défices nestas três áreas são possíveis de prevenir antes da alta hospitalar e requerem complexa participação interdisciplinar<sup>7</sup>.

Os familiares cuidadores pertencentes ao grupo da intervenção educativa experienciaram uma substancial qualidade de vida, em comparação com o grupo onde não houve nenhuma intervenção educativa e, após os 3 meses referiram também menos constrangimentos a lidar com a situação de doença<sup>8</sup>.

## **Discussão**

Foram sugeridas medidas pelos cuidadores para a preparação para a alta nomeadamente a: identificação do cuidador principal e rede de suporte informal; iniciativa e disponibilidade dos profissionais de saúde para o esclarecimento e orientação; maior proximidade e participação nos cuidados à pessoa proporcionadas pelos profissionais de saúde. Esta adequação exige a prévia avaliação diagnóstica das necessidades do cuidador para as quais se orienta o processo de intervenção<sup>9</sup>.

O planeamento da alta para pessoas idosas e seus cuidadores pode ser melhorado se forem tomadas intervenções dirigidas à família, incluindo-a nos cuidados, dando-lhe a informação necessária, comunicando com uma equipa interdisciplinar e proporcionando apoio após a alta. Essas intervenções devem começar antes do doente ter alta, logo na sua admissão<sup>3</sup>.

Existe uma correlação direta entre a qualidade do planeamento do regresso a casa e a readmissão hospitalar. É necessário aos envolvidos no processo de regresso a casa do doente, nomeadamente os enfermeiros, que tenham em conta as necessidades dos cuidadores e as suas expectativas com o processo de alta<sup>3</sup>.

Existe a necessidade de um aprofundamento das intervenções de resolução de problemas direcionadas a cuidadores de familiares paliativos, podendo ser usado para aumentar a existência de serviços de suporte para o cuidador<sup>10</sup>.

Quando os familiares percebem o prognóstico, estão preparados para o manuseamento de sintomas e sabem a quem telefonar quando precisam, estes lidam mais efetivamente com os desafios da doença terminal. Desta forma, é possível proporcionar melhoria da qualidade do cuidado para os doentes e respetivos cuidadores/familiares<sup>7</sup>.

Ao proporcionar educação e suporte aos familiares cuidadores de doentes com Acidente Vascular Cerebral pode-se reduzir a tensão ao lidar com estas situações de vida e melhorar consequentemente a sua qualidade de vida<sup>8</sup>.

O máximo efeito de um programa de intervenção foi visualizado nos cuidadores que completaram o follow-up de 6 meses, sugerindo que o impacto pode aumentar com o tempo<sup>11</sup>.

O cuidador refere ter uma melhor preparação para a alta no que concerne à execução de procedimentos técnicos aliado ao estabelecimento de uma relação de parceria com o enfermeiro. A experiência prévia como cuidador revelou-se como uma mais-valia na gestão de cuidados e mobilização de recursos, embora não aparente ser suficiente perante o agravamento e novas situações<sup>9</sup>.

Os achados revelam áreas de futura pesquisa para identificar programas e intervenções individualizadas para apoiar experiências positivas de aprendizagem para cuidadores de familiares em fim de vida<sup>4</sup>.

## **Conclusão**

Os profissionais de saúde têm de colmatar as necessidades dos cuidadores através duma comunicação clara e objetiva, proporcionando a informação necessária aos mesmos para poderem cuidar do doente aquando do regresso a casa. Acima de tudo deve ser proporcionado o apoio necessário a cada cuidador, demonstrando a presença contínua e constante do profissional de saúde para auxiliar no que precisarem e também para o esclarecimento de dúvidas.

Evidenciam-se várias necessidades de intervenções ao nível do cuidador informal do doente dependente, nomeadamente no que diz respeito ao ensino, informação, apoio emocional e encaminhamento, quer em contexto hospitalar, quer em contexto comunitário.

## **Resumo**

Os cuidadores de doentes dependentes têm demonstrado algumas necessidades que nem sempre são satisfeitas no momento da alta. Desta forma, torna-se necessário realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o impacto dos programas educativos no momento do regresso a casa e na preparação do cuidador informal. Esta pesquisa foi feita nas bases de dados da EBSCO em estudos relativos aos últimos cinco anos.

O objetivo geral deste estudo consistiu em perceber o impacto dos programas educativos dirigidos a cuidadores de doentes dependentes na preparação para o regresso a casa.

Os programas educativos resultam na medida em que se obtém resultados positivos em saúde, quer para o cuidador, quer para a pessoa cuidada. Devem ser efetuados programas e intervenções individualizadas, adequadas a cada pessoa e, tendo em conta a sua experiência prévia, identificando previamente o cuidador principal. Um planeamento do regresso a casa antecipado e adequado diminui as readmissões hospitalares.

## **Abstract**

Impact of educational programmes aimed at caregivers to dependent patients upon discharge: integrative review.

Caregivers to dependent patients have shown some needs which are not always addressed at the moment of discharge. Thus, it becomes necessary to perform an integrative review of the literature on the impact of educational programmes to train the informal caregiver at the time of the patient's discharge. This research was performed utilizing the EBSCO databases for studies conducted over the past five years.

This study's general objective consisted of understanding the impact of educational programmes aimed at caregivers to dependent patients in preparing for their discharge.

Educational programmes are effective as positive health results are obtained both for the patient and the caregiver. Individual programmes and interventions are necessary, which should be adequate to each person and take into account their previous experience, with a clear identification of who the main caregiver is. Early and adequate discharge planning decreases hospital readmissions.

Descritores em português: Alta do paciente; Cuidadores; Educação em saúde; Cuidados de enfermagem

Descritores em inglês: Patient discharge; Caregivers; Health education; Nursing care.

## **Referências Bibliográficas**

1 – Simões C, Nogueira C, Lopes D, Santos N, Peres S. Os Enfermeiros e a Educação para a Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Seção Regional dos Açores.2011.

2 – Shyu YL, Kuo L, Chen M, Chen, S. A clinical trial of an intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. Working with families. Journal of Clinical Nursing.2009; 19: 1675-1685.

3 – Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E, Manfrin M. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practise? A review of the evidence. Journal of clinical nursing. 2009;1(8): 2539-2546.

4 – Stajduhar K, Funk L, Outcalt L. Family caregiver learning – how family caregivers learn to provide care at the end of life: A qualitative secondary analyses of four datasets. Original Article. Palliative Medicine. 2013: 27(7); 657-664.

5 - Garcia AM. Experiencia de cuidar a un paciente com enfermedad crónica después de recibir una capacitación. Artículo original. Sallud Uninorte. 2010; 26(2): 232-249.

6 – Creedle C, Leak A, Deal AM, Walton AM, Talbert G, Riff B, Hornback A. The impact of

Education on Caregiver Burden on two Inpatient Oncology Units. *Journal of Cancer Education*. 2012; 27: 250-253.

7 - Benzar E, Hansen L, Kneitel A, Fromme EK. Discharge Planning for Palliative Care patients: A Qualitative Analysis. *Journal of Palliative Medicine*. 2011;14 (1): 65-69.

8 – Oupra R, Griffiths R, Pryor J, Mott S. Effectiveness of supportive learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Health and Social Care*. 2010: 18 (1);10-20.

9 – Gomes N, Henriques S. A família no Hospital: A percepção da Prática do Enfermeiro na preparação para a Alta Hospitalar. *Enformação. Revista Quadrimestral*. 2011; 14: 14-19.

10 – Washington KT, Demiris G, Oliver DP, Wittenberg-Lyles E, Crumb E. Qualitative evaluation of a problem-solving intervention for informal hospice caregivers. *Palliative Medicine*. 2011: 26(8); 1018-1024.

11 – Joyce B, Lau D. Hospice experiences and approaches to support and assess family caregivers in managing medications for home hospice patients: A providers survey. Original Article. *Palliative Medicine*. 2012; 27 (4): 329-338.

## **APÊNDICE V – Póster sobre Maus Tratos de Idosos – Sinalização e Prevenção**

# Maus Tratos de Idosos – Sinalização e Prevenção

Lopes, T\*; Esperto, M<sup>o</sup> João\*\*; Pontifício-Sousa, P\*\*\*  
\* Enfermeira, Aluna do 7.º Curso de Mestrado de Natureza Profissional na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa ([julia\\_m\\_lopes@ucp.pt](mailto:julia_m_lopes@ucp.pt))

\*\* Mestre e Enfermeira Especialista, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Centro Hospitalar Médio Tejo, Unidade de Abrantes  
\*\*\* Professora Adjunta do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

**Introdução:** A violência em relação às pessoas idosas é um problema que toma cada vez mais amplitude.

Esta é definida, segundo a OMS, como “um ato único ou repetido ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause mal ou aflição a uma pessoa mais velha” (Fonseca, Gomes, Faria e Gil, 2012).

No plano social, a existência de preconceitos em relação à idade, estereótipos ou atitudes negativas, a perda de estatuto e o aumento da violência social representam fatores precipitantes no que diz respeito à violência de idosos.

Os atos de violência e/ou abuso tem sempre efeitos nocivos sobre o estado de saúde das vítimas (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

O enfermeiro deve ter consciência de que diversos tipos de fatores (situacionais, sociais e familiares) podem contribuir para o aparecimento de violência, devendo estar bastante atento e vigilante para descobrir todas as situações anormais e tomar as medidas necessárias (idem).

**Objetivo Geral:** Prevenir os maus tratos a idosos mediante a deteção de sinais de alerta e reportar os respetivos casos através de impresso próprio do Centro Hospitalar Médio Tejo.

**Metodologia:** O método utilizado para a realização deste trabalho foi a revisão da literatura. Para esse efeito foram consultados manuais de enfermagem, artigos de revistas científicas de enfermagem e bases de dados da EBSCO entre os dias 23 de setembro e 21 de outubro. Trata-se dum estudo de cariz exploratório e transversal.

**Questão de investigação:** Quais são os sinais de alerta identificados nos idosos vítimas de maus tratos, nos meses de setembro e outubro de 2014, no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica no Centro Hospitalar Médio Tejo?

## Resultados:

### Níveis de atentado à integridade de pessoas sujeitas a abusos:

- Nível Físico
- Nível Psicológico
- Nível Social
- Nível Material

### Fatores de risco e sinais de alerta:

- Idade avançada (igual ou superior a 80 anos)
- Sexo feminino
- Incapacidade para o autocuidado
- Demência e disfunção cognitiva
- Depressão
- Isolamento social
- Stress sobre a vítima ou prestador de cuidados
- Características desfavoráveis do prestador de cuidados
- Sinais de exploração financeira
- Falta de pessoal institucional
- Sinais que podem indicar maus tratos, negligência ou exploração financeira

### Prevenção:

- Políticas de planificação para a melhoria do problema
- Consciencialização dos profissionais
- Deteção precoce, alerta antecipada a qualquer sinal ou sintoma de possível maus tratos
- Vigilância de possíveis mudanças suscetíveis de maus tratos
- Observar o ambiente familiar com entrevistas ao cuidador e ao idoso.

### Intervenções:

- Identificar a população de risco
- Acompanhamento dos casos identificados, mediante entrevistas e exames de rotina
- Educação para a saúde
- Valorização das necessidades que estejam diretamente relacionadas com maus tratos
- Construção de um plano individualizado para a vítima mediante a participação de uma equipa multidisciplinar
- Evitar o isolamento social do idoso, proporcionando-lhe um ambiente seguro, levando a cabo as medidas necessárias e denunciar o caso à justiça.

**Conclusão:** Em todos os contextos clínicos, os idosos devem ser rastreados no que diz respeito aos maus tratos. Se existir suspeita é ética e legalmente requerida uma intervenção. A intervenção mais benéfica é a participação. Esta leva a que recursos do governo sejam envolvidos para investigar, proporcionar assistência e, possivelmente, providenciar outras intervenções.

Referências Bibliográficas:  
- Berger, L., Mailloux-Poirier, D. Pessoas idosas: Um laboratório global. Processos de Enfermagem em idosos. Lúcio Martins, Ed. (Borel) (1995), 404-437.  
- Chiu, M., Hwang, J., Othman, S., Francis, S., Bae, P. A. Interventions for preventing abuse in the elderly. Protocol for a Cochrane Review. 2013. <http://www.wiley.com/doi/10.1111/1471-2575.12156>  
- Fonseca, A., Gomes, F., Faria, G., Gil, J. S. M. A violência em idosos. *Revista de Enfermagem*, 2012, novembro, 69(11), 2152-2156.  
- Ferrer, M. A., Nunes, J. P., Carvalhal, P., Martins, S. E. M. A violência em idosos. *Revista de Enfermagem*, 2009, dezembro, 21(6), 36-39.  
- Figueiredo, C. M. P. S. A violência em idosos: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem*, 2012, julho-dezembro, 30(1), 149-152.  
- Mailloux, P., Poirier, D., Jirassakuldech, S., Ramirez, L., Aguado, L., Sued, B., Ferrer, M. A. M. A violência em idosos. *Revista de Enfermagem*, 2011, outubro, 34(6), 42-45.  
- Pontifício, M., Mira, C. C. Reflexões em torno do abuso de idosos. *Revista de Enfermagem*, 2011, novembro, 25(2), 2-3.  
- Saldanha, M., Viegas, M., Habriente, M. A. A violência em idosos: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem*, 2010, junho, 15(6), 54-57.  
- Soares, H. M. E. A violência em idosos. *Revista de Enfermagem*, 2011, novembro, 12(16), 1-5.  
- Viegas, M. A. E. A violência em idosos. *Revista de Enfermagem*, 2011, julho, 37, 785-788.  
- Zimmermann, V. A. A violência em idosos. *Revista de Enfermagem*, 2010, 32(4), 1-7.

**APÊNDICES VI - Formas de Intervenção para a Prevenção ao Abuso/Abandono de idosos (Esquema adaptado da Cochrane Collaboration – Interventions for preventing abuse in elderly- Protocol, 2013)**

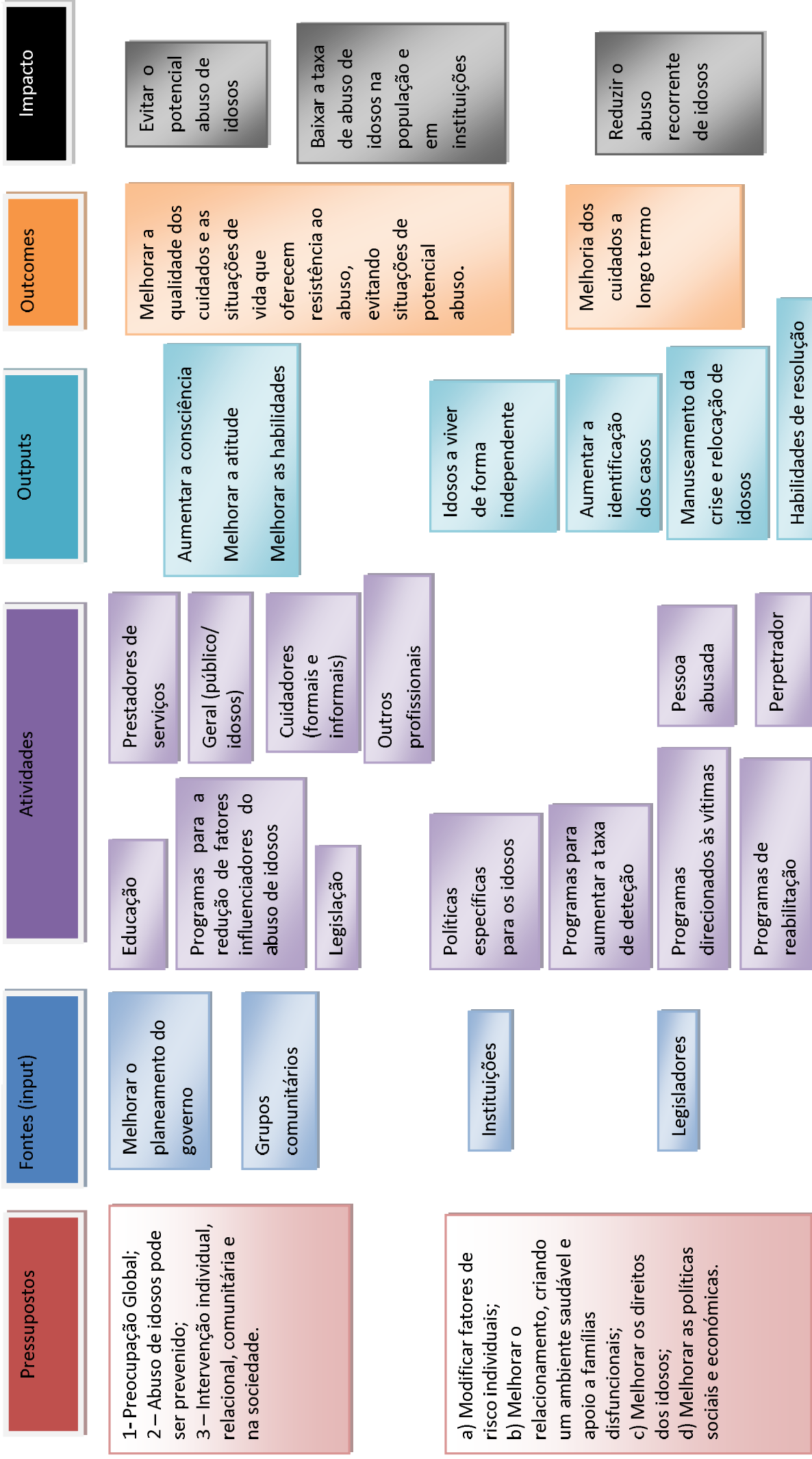


# Formas de Intervenção para a Prevenção ao Abuso/Abandono de idosos:

Lopes, T\*, Esperto, Maria João\*\*, Pontífice-Sousa, P\*\*\*

\*Enfermeira do Centro Hospitalar Médio Tejo, Aluna do 7.º Curso de Mestrado de Natureza Profissional na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa ([tania\\_a\\_lopes@hotmail.com](mailto:tania_a_lopes@hotmail.com))

\*\*Enfermeira Especialista, Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Médio Tejo\*\*\* Professora Adjunta do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa



**APÊNDICES VI – Póster sobre Maus Tratos a Idosos (direcionado às vítimas)**

