



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA** | INSTITUTO DE  
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Maria João Rebelo Lopes

Lisboa, Outubro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

RELATÓRIO DE ESTÁGIO: EXPERIÊNCIA NAS EQUIPAS DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS COM SUPORTE PALIATIVO - EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DO CENTRO DE SAÚDE DE ODIVELAS, UNIDADE DE APOIO DOMICILIÁRIO DO IPOFGL E UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS S. BENTO MENNI

Nome: Maria João Rebelo Lopes

Sob orientação de Prof. Doutor José Carlos Bermejo

e Co-orientação de Enf.<sup>a</sup> Fátima Ferreira

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

LISBOA, Outubro de 2011



## RESUMO

Trabalhar em Cuidados Paliativos implica desenvolver uma actividade em equipa transdisciplinar com uma partilha constante de conhecimento entre todos os elementos. Abordar as necessidades globais do doente e família, disponibilizando ajuda de todos os profissionais ao longo da evolução da doença é fundamental para que a prestação de cuidados seja feita com qualidade. Para a concretização desse objectivo é importante que a equipa valorize e invista na formação e treino dos seus elementos.

Desde 2006 que desenvolvo a minha actividade como Enfermeira na Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni da Casa de Saúde da Idanha. Ao longo destes anos a equipa assenta o seu trabalho numa filosofia de prestação de cuidados integrados e globais a utentes dependentes e suas famílias, em particular aos doentes com doença avançada, incurável e progressiva. A partilha e aquisição de conhecimentos na área dos Cuidados Paliativos pelos profissionais tem sido contínua e de extrema importância para a prestação de cuidados de qualidade.

A realização do Mestrado em Cuidados Paliativos mostra ser uma das formas mais consistentes e credíveis de adquirir novos conhecimentos e sedimentar os já adquiridos, permitindo aumentar as competências pessoais e ser mais um contributo para que a equipa se possa afirmar cada vez mais como uma equipa de prestação de cuidados de excelência. A opção pela realização de um estágio no contexto de Mestrado justifica-se pela oportunidade de conhecer novas realidades e formas de trabalhar em Cuidados Paliativos com a vertente comunitária. Durante o estágio o objectivo foi adquirir competências em Cuidados Paliativos na vertente comunitária, perceber o funcionamento e identificar com os colegas quais os indicadores de qualidade das Equipas Comunitárias, que prestam suporte em Cuidados Paliativos.

A opção por cuidar no domicílio não é certamente uma decisão fácil. Cuidar de um familiar dependente, implica um cuidar permanente, onde as famílias são obrigadas a privarem-se das suas actividades sociais ou mesmo profissionais, alterando as suas rotinas diárias.



Numa sociedade com uma política de cuidados de saúde essencialmente hospitalar, não se verificam recursos suficientes na comunidade para fazer face às necessidades da população. Relativamente à situação portuguesa, a realidade é semelhante à da restante comunidade Europeia, sendo que, segundo fonte do Ministério da Saúde e do Emprego e Segurança Social (1995), dos cuidados informais prestados às pessoas idosas, 80% são exercidos pela família, idosos, vizinhos, amigos e voluntários.

Estudos recentes nomeadamente de Weitzner *et al.* (2000), alertam para a necessidade das actuais políticas de saúde facultarem à família formação que lhe permita implementar os cuidados no domicílio, contudo como defendem Temminf *et al.* (2000), os profissionais de saúde, bem como as organizações de saúde, não se encontram preparados para fornecer este tipo de cuidados.

Este documento pretende demonstrar a importância da qualidade e do rigor nos Cuidados Paliativos como forma de tornar mais digna a vida dos doentes nesta fase da vida. Salaria a necessidade do investimento numa formação avançada em Cuidados Paliativos (CP) para os profissionais que trabalham neste âmbito, pois é uma forma de garantir a prestação de cuidados de excelência e humanizados aos doentes e famílias. Reflete ainda o trabalho desenvolvido na Unidade de Apoio Domiciliário do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa (IPOFGL), Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Odivelas e Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni da Casa de Saúde da Idanha.

Para que esse conhecimento fosse possível, utilizei a técnica do Grupo Focal que, segundo Morgan (1997), é uma técnica de pesquisa qualitativa, não-directiva que permite a colheita dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Como técnica, ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. Pode ser caracterizada também como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (Veiga & Gondim, 2001). É uma técnica que tem sido utilizada actualmente por investigadores de diversas áreas do conhecimento como antropólogos, sociólogos, psicólogos, educadores e enfermeiros.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, indicadores de qualidade, comunidade.



## ABSTRACT

Working in Palliative Care involves developing an activity in an transdisciplinary team with constant sharing of knowledge among all elements. Addressing the needs of patients and family and providing support for all professionals over the course of the disease is a core element for the provision of quality care. To achieve this objective it is important to reinforce team values as well as specific training.

Since the year of 2006, I develop my work as a nurse in the Palliative Care Unit of São Bento Menni, situated in the Casa de Saúde da Idanha. Over the years the team work has been based on the philosophy of integrated care of patients and their families, particularly for those with terminally illnesses.

Continuous medical and nursing education in the field of Palliative Care remains extremely important to provide quality care.

The completion of the Master in Palliative Care has shown to be one of the most consistent and credible ways to acquire and consolidate new knowledge, increasing personal skills and contributing to the team's improvement.

The option of conducting several rotation periods in the context of my Master is justified by the opportunity to experience new realities and different ways of working in palliative care with the special focus on the community care. During these rotations the objective was to acquire skills in Palliative Care in the Community, to experience the relationship with colleagues and identify which indicators of quality these Community Teams had in its palliative care support.

The option to develop rotation periods based on home care, wasn't an easy decision. Caring for a sick dependent relative, implies permanent care and, many times, families are forced to deprive themselves of their social and professional activities, changing their daily routines.

The Portuguese reality is similar to the rest of Europe. According to the Portuguese Ministry of Health, Employment and Social Security (1995), 80% of the



informal care to older people is done by family, elderly people, neighbors, friends and volunteers.

Recent studies in particular Weitzner et al. (2000), point to the need of current health policies entitle the family to implement training to enable care at home, yet as argued Temminf et al. (2000), health professionals and health organizations, are not prepared to provide such care.

This document aims to demonstrate the importance of quality and rigor in palliative care as a way to make it worth the lives of patients at this stage of life. Stresses the need for investment in advanced training in palliative care (PC) for professionals working in this area, it is a way of ensuring the provision of excellence and humane care to patients and families. Also reflects the work in Home Care Unit of the Portuguese Institute of Oncology Francisco Gentil in Lisbon (IPOFGL), Continuous Care Team (ECCI) of the Health Centre Odivelas and Palliative Care Unit, S.Benedict Menni House Health Idanha.

For this knowledge was possible, using the technique of focus group that, according to Morgan (1997), is a qualitative research technique, non-directive that allows harvesting of data by group interactions when discussing a particular topic suggested by the researcher. As a technique, it occupies an intermediate position between participant observation and interviews. It can also be characterized as a resource for understanding the process of construction of perceptions, attitudes and social representations of human groups (Veiga & Gondim 2001). It is a technique that has been currently used by researchers from various fields of knowledge as anthropologists, sociologists, psychologists, educators and nurses.

**Keywords:** palliative care, quality indicators, community.



## PENSAMENTO

*“Por detrás do que se vê, existe qualquer coisa de mais profundo, menos fácil, mas infinitamente mais bonito e poético como a própria vida afinal. Esquecê-lo é ignorar. Descobri-lo é dar. Como quem entende os silêncios do que não é dito. Como quem sabe o que se estrutura para lá de uma fachada.” (Strecht Interiores, 2001)*

*“Se a nossa vida é provisória, que seja linda e louca a nossa história, pois o valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.” (Fernando Pessoa)*



## AGRADECIMENTOS

Muita gente vive neste trabalho e principalmente neste lugar. É um “espaço” de encontro e de afectos... Quedo-me um pouco no gosto de lembrar...e há tanta gente por cá!

*Acredito num lugar de dignidade e de esperança para cada um...*

*Acredito que há direitos que a todos dizem respeito.*

*Acredito que há mundos novos para descobrir e que todos os dias são possibilidades de mudança, de descoberta e de crescimento.*

*Acredito que trabalhar nesta área é investir no futuro sem ilusões contemplativas, ou cepticismos castradores, mas num trabalho franco, honesto, empenhado e capaz de acreditar no outro. Sei de muitas dificuldades, até de impossibilidades, mas também de muitos actos criativos que descobrem lugares melhores para se viver.... a impossibilidade esconde muito frequentemente a inevitabilidade de quem não acredita, e desta forma cola fatalidades no lugar onde podiam existir possibilidades.*

*Acredito que com equipas interdisciplinares munidas de conhecimento e vontade numa convicção firme de respeito pelos doentes e suas famílias, e em conjunto com estes, se possam construir equilíbrios mais condizentes com uma vida plena e feliz.*

*Acredito na capacidade reparadora e no potencial de mudança de cada um.*

*Acredito que quando deixamos de acreditar se apagam estrelas como na «Terra do Nunca» de Peter Pan, e que quando acreditamos podem nascer coisas novas.*

Aos que acompanhando o meu percurso profissional, fazem de luzeiros quando preciso ver mais longe, me ajudam a dar sentido à experiência, e mais que isto, me



potenciam para o melhor por acreditarem em mim (porque ninguém cresce bem sem quem acredite firmemente em si) um obrigado imenso - Enf.<sup>a</sup> Sandra Neves, Dr.<sup>a</sup> Cristina Pinto, Enf.<sup>a</sup> Fátima Oliveira e tantos outros.

Ao Professor Doutor José Carlos Bermejo e Enf.<sup>a</sup> Fátima Ferreira pela orientação e co-orientação, tão eficiente, paciente, amiga e motivadora ao longo do todo o percurso.

Aos professores que sempre me apoiaram e responderam às minhas solicitações com prontidão e interesse.

Às instituições que acolheram tão calorosamente este projecto e o acompanharam com perícia e humanismo.

À Irmã Paula Carneiro que participou activamente no desenvolvimento deste projecto e que com a sua capacidade de trabalho, empenho e fé deu suporte a tudo o que aqui fica escrito um obrigado e até já, no trabalho que vai continuar. Também ao Dr. Miguel Julião que já começou a trabalhar neste projecto, aventurando-se a sonhar ainda antes de existir um projecto claro e definido, obrigado.

Aqueles que tecem teias de afecto que me suportam, que me engrandecem e me alimentam na felicidade de viver todos os dias, um obrigado enorme.

À minha família. Ao meu marido, pela paciência, compreensão e motivação nos momentos de desmotivação. Por último, à pessoa mais importante da minha vida: a Beatriz, pelo tempo que não estive presente, pelas brincadeiras em que não estive, pelos momentos que não vivemos juntas, mas acima de tudo o meu obrigada pelo que me tem permitido aprender com ela.

Este trabalho é um sonho e uma ousadia, um prazer e uma esperança, uma vontade e um empenho, uma necessidade e um desejo, e acredito, um lugar de muitas possibilidades...



## ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	16
2 – INDICADORES DE QUALIDADE	18
3 - JUSTIFICAÇÃO DO ESTÁGIO	21
4 - DESCRIÇÃO DOS SERVICOS	23
4.1 - Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Odívetas	23
4.1.1 – Missão	24
4.1.2 – Actividades da ECCI	24
4.1.3 – Critérios de Admissão	25
4.1.4 – Referenciação	26
4.1.5 – Aspectos Positivos	27
4.1.6 – Problemas Identificados	27
4.1.7 – Processo do Doente	28
4.2 - Unidade de Apoio Domiciliário do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa	29
4.2.1 – Objectivos da UAD	30
4.2.2 – Admissão e Acolhimento	30
4.2.3 – Processo do doente	32
4.3 - Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni da Casa de Saúde da Idanha	33
4.3.1 – Processo do Doente	35
4.3.2 – Relação da UCPSBM com RNCCI	36
4.3.3 – Admissão e Acolhimento	37
5 - ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO	39
6 - DESCRIÇÃO DE OBJECTIVOS, ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS COM RESPOSTA AOS INDICADORES DE AVALIAÇÃO E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	40



6.1 – Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Odivelas	40
6.2 – Unidade de Apoio Domiciliário do IPOFGL	46
6.3 – Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni da Casa de Saúde da Idanha	54
7 – CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA PALIATIVA/EQUIPA DE SUPORTE DOMICILIÁRIO EM CUIDADOS PALIATIVOS	58
8 - SUGESTÕES DE MUDANÇA PESSOAL E PROFISSIONAL	63
9 – CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	
ANEXO I – Folha de dados de identificação do doente, folha de necessidades humanas básicas, diagnóstico e história/evolução clínica.	
ANEXO II – Plano Individual de Intervenção	
ANEXO III – Folha de registo de Conferência Familiar	
ANEXO IV – Cronograma de estágio e folha de registo de presenças	
ANEXO V – Modelo de Avaliação Familiar de Calgary	
ANEXO VI – Formulário de referenciação para consulta externa de Medicina Paliativa	



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Referenciação á UAD	31
Figura 2 – Organigrama realizado pela estagiária, reflectindo os principais Indicadores de Qualidade identificados pela ECCI do CSO	45
Figura 3 - Organigrama realizado pela estagiária, reflectindo os principais Indicadores de Qualidade identificados pela UAD do IPOFGL	53



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Local de Falecimento	50
Gráfico 2 – Dias de Internamento	54
Gráfico 3 – Taxa de Ocupação	55
Gráfico 4 – Proveniência dos doentes internados na UCPSBM	55
Gráfico 5 – Principais patologias oncológicas dos doentes da UCPSBM	56
Gráfico 6 - Principais patologias não - oncológicas dos doentes da UCPSBM	56
Gráfico 7 – Tipos de Alta	57



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Actividades desenvolvidas no CSO	41
Quadro 2 – Caracterização dos doentes observados na equipa do CSO de acordo com a tipologia e sexo	42
Quadro 3 – Actividades desenvolvidas na UAD do IPOFGL	47
Quadro 4 – Evolução se sintomas nos doentes observados em 3 avaliações distintas ao longo do estágio na UAD do IPOFGL	49
Quadro 5 – Locais de referenciação, seguimento e tipo de patologia dos doentes seguidos na Consulta Externa de Medicina Paliativa da CSI de acordo com o sexo	61



## SIGLAS E ABREVIATURAS

APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CSO	Centro de Saúde de Odivelas
CP	Cuidados Paliativos
DGS	Direcção Geral da Saúde
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa de Coordenação Local
ECR	Equipa de Coordenação Regional
EIHSCP	Equipa Intra - Hospitalar Suporte em Cuidados Paliativos
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
IHSCJ	Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
IPOFGL	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PI	Plano de Intervenção
PII	Plano Individual de Intervenção
PIC	Plano individual de Cuidados
PNCP	Plano Nacional de Cuidados Paliativos
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SECPAL	Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos
UAD	Unidade de Apoio Domiciliário
UCPSBM	Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni



## 1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho consiste no relatório de estágio do Mestrado em Cuidados Paliativos, realizado na Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Odivelas, Equipa Domiciliária do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa e Unidades de Cuidados Paliativos S. Bento Menni da Casa de Saúde da Idanha, promovido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, em Lisboa.

O Mestrado com parte teórica e prática, constitui uma aquisição de conhecimentos na área de Cuidados Paliativos, prevendo uma maior especialização na intervenção junto a doentes e famílias em situação de doença crónica, avançada, progressiva e incurável, tendo em conta o trabalho desenvolvido em equipa, fundamental para a assistência integral do ser humano.

O aumento da longevidade das pessoas provocado pela enorme evolução da tecnologia e da medicina leva a que estas vivam com doenças crónicas e que num determinado momento do seu processo de doença necessitem de cuidados continuados e paliativos. Numa visão global e transversal da sociedade portuguesa em que nos inserimos, alguns factores influenciam o aumento de situações de dependência, nomeadamente: o aumento da esperança de vida, o aumento de doenças crónicas, a alteração da estrutura familiar com a passagem a famílias nucleares e mononucleares, assim como as restrições dos custos na saúde. Estas situações de dependência actuais impõem a configuração da organização de respostas no âmbito social e da saúde. Emerge assim, uma mudança de paradigma “da cura ao cuidar”.

No âmbito das doenças crónicas de maior dependência identificam-se os doentes gerontopsiquiátricos, os doentes em reabilitação e os doentes em cuidados paliativos. Muitos destes doentes, por não existirem estruturas alternativas às hospitalares, no seu processo evolutivo da doença são encaminhados para os hospitais. Aqui ser-lhes-ão prestadas acções paliativas, sem possibilidade de acesso a uma estratégia organizada de controlo da dor e de outros sintomas, que possibilitem tanto quanto possível o seu bem-estar e qualidade de vida. Acentua-se assim, uma inadequada racionalização de recursos



económicos e diminuição da possibilidade da pessoa morrer com dignidade e com o acompanhamento merecido. Desta forma é de crucial importância a mudança de mentalidades, estratégias, recursos e cuidados prestados a nível das instituições hospitalares, de forma a que as intervenções realizadas tenham em conta o bem estar e a qualidade de vida de cada indivíduo. De acordo com a Declaração de Coreia sobre Cuidados Paliativos (2005) sabemos que em todo o mundo, morrem anualmente mais de 52 milhões de pessoas, sendo que uma em cada dez mortes é devida a cancro. Os avanços da medicina nas últimas décadas possibilitaram aumentar a esperança de vida, retardando a morte e aumentando o número de pessoas com doenças crónicas, graves e incuráveis. Todas estas pessoas, em algum momento da sua doença, precisarão de cuidados paliativos.

Também Portugal não deixa de estar afastado desta problemática.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam para um aumento das doenças oncológicas a nível mundial, nas próximas duas décadas, duplicando de 10 para 20 milhões o número de novos casos que serão anualmente diagnosticados.

Existe muito a fazer na linha do cuidado da dimensão da mortalidade e finitude humanas, expressa nas necessidades humanas físicas, psíquicas, sociais e espirituais; prestando uma atenção especial à qualidade de vida e controlo dos sintomas como prioridades fundamentais. É nessa perspectiva que os Cuidados Paliativos são eficazes e são uma resposta de cuidado à pessoa, nesse momento crítico de vida.

A cumplicidade da relação entre profissionais de saúde e doentes permitirá que os gestos terapêuticos e de conforto assumam um significado próprio e sejam prestados e aceites com naturalidade, muitas vezes, com alegria.

Esta é uma área que deve ser investida, cuidada e olhada para além do que se vê, só neste exercício é possível o sentido terapêutico, entendendo os silêncios, os comportamentos e as palavras, para além dos silêncios, dos comportamentos e das palavras *“Por detrás do que se vê, existe qualquer coisa de mais profundo, menos fácil, mas infinitamente mais bonito e poético como a própria vida afinal. Esquecê-lo é ignorar. Descobri-lo é dar. Como quem entende os silêncios do que não é dito. Como quem sabe o que se estrutura para lá de uma fachada.”* (Strecht Interiores, 2001).



## 2 – INDICADORES DE QUALIDADE

Quando nos centramos na assistência paliativa percebemos que os indicadores de qualidade assumem extrema importância, uma vez que, nos obriga a uniformizar protocolos, procedimentos e a trabalhar em equipa.

A actuação médica apoia-se em normas de actuação, que não são mais do que recomendações propostas com o objectivo de influenciar e direccionar as decisões assistenciais.

O Ministério da Saúde em conjunto com o grupo da Qualidade da Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos e a Fundação Avedis Donabedian (2002), elaboraram um Guia de Qualidade em CP que integra os seguintes indicadores de qualidade:

### *1 -Atenção aos doentes e suas famílias*

#### Avaliação das necessidades

Avaliação inicial das necessidades que deverá ficar registada na história clínica;

A equipa deve reavaliar as necessidades do doente;

O doente deve ter avaliado o seu grau de dependência.

#### Objectivos terapêuticos definidos

Definir um plano de cuidados personalizado para cada doente;

Reavaliação do plano de cuidados de cada doente;

A família deve dispor de um plano de atenção e apoio às suas necessidades;

Registo da intensidade dos sintomas prevalentes;

Definição de um plano terapêutico.

#### Atenção integral

Definição de um Guia de Acolhimento do doente e sua família;

Avaliar o risco de luto patológico;



Identificar o cuidador principal;  
Programa específico de apoio no luto.

#### Direitos do doente

O doente deve poder aceder e expressar as suas vontades antecipadas por escrito;  
O doente deve dar o seu consentimento informado nas intervenções que seja necessário.

#### Educação do doente e sua família

Existência de um protocolo de detecção de necessidades de educação do doente e sua família.

### *2-Avaliação e melhoria*

#### Melhoria da qualidade

Conhecimento periódico da opinião e satisfação dos doentes e suas famílias;  
Sistema de monitorização dos indicadores assistenciais;  
Elaboração de um plano de melhoria da qualidade;  
Protocolos de assistência.

#### Sistemas de registo e documentação

O doente em CP deve dispor de uma história clínica única e multidisciplinar;  
O doente deve ter acesso à informação.

### *3-Estrutura e organização*

#### Equipa interdisciplinar

Estruturação da composição da equipa interdisciplinar.



#### Organização da assistência

Horário de visitas flexível nas 24 horas.

#### *4-Trabalho em equipa*

##### Sistemas de trabalho

Realização de reuniões interdisciplinares estabelecidas.

##### Cuidado e suporte da equipa

Plano de Prevenção do *brun-out* dos elementos da equipa.

##### Formação contínua e investigação

Todos os elementos da equipa devem ter formação em Cuidados Paliativos;

Plano anual de formação contínua;

Plano de investigação.

##### Coordenação entre serviços

Sistema de coordenação com os recursos da área;

Protocolo de coordenação da assistência no domicílio com os serviços de internamento.

Este documento orienta-nos relativamente aos cuidados de qualidade e à necessidade de melhoria de aspectos relacionados com a comunicação, formação, organização e impacto na sociedade que incidem directamente na qualidade de assistência ao doente e sua família. Dos 3 estágios realizados, todas as equipas baseiam a actividade clínica/assistencial nestes indicadores, embora não estejam contemplados em suporte escrito.



### 3- JUSTIFICAÇÃO DO ESTÁGIO

A possibilidade de realização de um estágio em contexto de Mestrado e não uma dissertação como habitualmente, mostrou-se desde o início uma opção aliciante por criar a expectativa de poder aprofundar o trabalho que tenho vindo a desenvolver.

O facto de trabalhar desde 2006 na Equipa de Cuidados Paliativos S. Bento Menni da Casa de Saúde da Idanha como Enfermeira, e sendo esta uma equipa que presta CP a nível do internamento, a oportunidade de conhecer outras realidades nesta área, adquirir novos conhecimentos e sedimentar os já adquiridos é sem dúvida uma mais-valia, permitindo desta forma, a aquisição de competências a nível dos Cuidados na Comunidade.

A prestação de cuidados no domicílio aparece, hoje, como a forma mais humanizada de resposta, exigindo o estabelecimento de redes sociais de apoio integrado que garantam a efectiva continuidade desses mesmos cuidados, que se pretendem globais.

Tendo a noção que a implementação e desenvolvimento da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) implica cada vez mais uma articulação entre serviços, fez-me sentido integrar durante algum tempo duas equipas de apoio comunitário. Conhecer as especificidades próprias destas equipas, possibilitou-me ter uma noção mais global da realidade dos CP.

Desta forma, pretenderei perceber qual o modelo de intervenção e padrões de qualidade que mais se adequam na intervenção comunitária, com vista à elaboração de um modelo que sirva de base para a implementação de um projecto de uma equipa de suporte domiciliário em CP.

As equipas móveis podem actuar como consultoras em CP, fornecendo apoio nas situações de maior complexidade. Devem poder contar com apoio espiritual e apoio de voluntários.

Pretendo realizar o meu estágio em três fases: a primeira no Centro de Saúde de Odivelas (CSO), a segunda no IPO para poder ter a experiência do trabalho na



comunidade e a terceira fase de estágio será na Unidade de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha, visando a aplicação dos conhecimentos anteriormente adquiridos, de forma a poder desenvolver um projecto de uma Equipa Domiciliária de Suporte em CP, que posteriormente possa funcionar como equipa de consultadoria.

A criação deste projecto está relacionada com a necessidade de dar resposta ao desejo de muitos doentes internados e suas famílias na Unidade de CP da Casa de Saúde da Idanha, que pretendem viver o processo de morte no domicílio, e também dar resposta às solicitações que surgem a nível da comunidade.



## **4- DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

### **4.1 – Equipa Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Odivelas**

Em Odivelas são cerca de 190 as pessoas que recebem actualmente os cuidados de 2 médicos, 8 enfermeiros, 2 assistentes operacionais, 1 administrativa, 1 psicóloga, 1 técnica Superior de serviço social, 1 fisioterapeuta, 2 socorristas, 1 motorista, 1 voluntário, elementos que compõem a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

A coordenação clínica está a cargo Dr. Manuel Ferreira e Dra. Adelaide Laranjeira e a coordenação de enfermagem com a Enf.<sup>a</sup> Fátima Ferreira.

Esta equipa transdisciplinar atende pessoas com dependência transitória ou definitiva, através de apoio domiciliário.

Alguns dos doentes possuem doença avançada, incurável e progressiva. No domicílio é realizado controlo sintomático e apoio à família.

O início do projecto do Centro de Saúde de Odivelas começou com o projecto FORCCI (projecto de saúde e social) que abrangia a freguesia de Famões, Odivelas e Ramada, desde Outubro de 1997, denominado como Cuidados Continuados Integrados. Em Dezembro de 2000 o projecto passou a abranger toda a área de influência do Centro de Saúde de Odivelas (Odivelas, Ramada, Caneças, Povoia de Santo Adrião e Olival de Basto), adoptando o nome de ECCI. Sendo uma equipa de referência a nível Nacional e Internacional.

Conta com uma equipa que baseia a sua intervenção num modelo sistémico e transdisciplinar, onde é valorizada e incentivada a formação dos profissionais em C.P. Assim todos os membros da equipa participaram no curso básico de C.P., dois profissionais concluíram mestrado em CP e um elemento encontra-se a frequentar o



mestrado na Universidade de Medicina de Lisboa. A participação em congressos, jornadas, seminários, conferências e a formação em serviço é outro dos aspectos que é dinamizado na equipa.

#### **4.1.1 - Missão**

- Responder às necessidades globais do doente com dependência (transitória ou crónica) e sua família, através da prestação de cuidados no domicílio, de forma personalizada;
- Favorecer a autonomia do doente e família, promovendo a dignidade e qualidade de vida e a reinserção na comunidade;
- Apoiar a família na morte e no luto;
- Trabalhar em equipa transdisciplinar, respeitando os conhecimentos e contributos de todos os elementos;
- Promover o bem-estar dos profissionais;
- Promover o trabalho em parceria e a articulação com os recursos da comunidade.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados é uma Equipa de Suporte e Gestora de caso, em articulação com os médicos de família, recursos comunitários e os hospitais de referência.

O apoio domiciliário é o pilar deste tipo de assistência. O apoio domiciliário na comunidade é feito de 2<sup>a</sup> a sábado das 8-20h e aos domingos dom visita domiciliária a doentes programados de acordo com as necessidades e sem horário fixo. Quando algum elemento do corpo de Enfermagem se ausenta os cuidados são repartidos pelos restantes elementos da equipa.

#### **4.1.2 - Actividades da ECCI**

- Acompanhamento de doentes crónicos em todas as fases do seu ciclo vital;



- Intervenção no sofrimento decorrente da doença crónica e avançada – doente/família;
- Acompanhamento no processo de morrer no domicílio – agonia/morte/luto;
- Visitas Domiciliárias programadas e em intercorrencias aos utentes por equipa transdisciplinar;
- Atendimentos no Centro de Saúde aos familiares e/ou cuidador informal;
- Orientações Telefónicas;
- Apoiar psico-emocionalmente o doente, família e/ou cuidador;
- Articulação com recursos na comunidade;
- Actividades de formação e investigação;
- Reuniões de trabalho (discussão de casos complexos e assuntos organizacionais);
- Formação das ajudantes familiares das IPSS;
- Visitas domiciliárias conjuntas incluindo parceiros.

#### ***4.1.3 - Critérios de Admissão***

- Residir na área de influência do Centro de Saúde;
- Utentes dependentes impossibilitados de se deslocarem ao Centro de Saúde;
- Apresentação de descontrolo sintomático;
- Existência de cuidador principal.



#### **4.1.4 - Referenciação**

- Médico de Família (relatório médico detalhado)
- Hospital (nota de alta)
- Parcerias

Família/Amigos/Rede de vizinhança;

Comissão Unitária de Reformados Pensionistas e Idosos de Odivelas (CURPIO);

Comissão Unitária de Reformados Pensionistas e Idosos da Póvoa de Santo Adrião (CURPIP);

Comissão Unitária de Reformados Pensionistas e Idosos da Caneças (CURPIC);

Centro Comunitário e Paroquial da Ramada;

Centro Comunitário e Paroquial de Famões;

Centro Comunitário e Paroquial da Povoia de Santo Adrião;

Lar de Odivelas;

Segurança Social de Odivelas;

Cruz Vermelha Portuguesa;

Câmara Municipal de Odivelas;

Hospital de Pulido Valente e Hospital de Santa Maria;

Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas do Hospital Júlio de Matos (UCCPO).



#### ***4.1.5 - Aspectos Positivos***

- Satisfação das famílias pelo trabalho desenvolvido;
- Garantir uma alternativa às urgências/internamentos hospitalares;
- Promoção de actividades de formação na prestação de cuidados aos familiares e/ou outros cuidadores;
- Qualidade da articulação entre as parcerias;
- Promoção do aumento da qualidade de respostas;
- Apoio Domiciliário Integrado;
- Banco de Ajudas Técnicas;
- Manutenção de protocolos com parcerias;

#### ***4.1.6 - Problemas Identificados***

- Recursos humanos insuficientes para a complexidade das situações;
- Ausência de cuidador ou cuidador incapaz para prestar cuidados;
- Negligência dos cuidadores;
- Recursos da comunidade insuficientes para as necessidades identificadas;
- Morosidade do tempo de espera para internamentos temporários por exaustão do cuidador, nomeadamente em CP, devido ao número reduzido de unidades e equipas com formação e treino nesse âmbito.



#### *4.1.7- Processo do doente*

Relativamente ao processo de cada doente, dele fazem parte os registos de todas as áreas de intervenção, o que facilita a partilha e o bom conhecimento sobre a realidade de cada indivíduo.

Além deste registo diário transdisciplinar fazem também parte deste processo vários documentos, sendo eles a folha de dados de identificação do doente, folha de necessidades humanas básicas, diagnóstico e história/evolução clínica, plano actualizado da medicação em curso (anexo I) e ainda registos em escalas de avaliação (Escala de Braden, Índice Katz, Índice de Lawton e Brody) e outros relatórios médicos.

Relativamente às visitas essas podem ser diárias, semanais, quinzenais ou mensais, consoante a necessidade do doente e sua família. Nestas visitas poderão estar presentes médico, enfermeira, técnica do serviço social ou psicóloga ou só os Enfermeiros. Tais programações dependem fundamentalmente das necessidades identificadas.

As visitas de luto são efectuadas ao fim de duas semanas com posteriores contactos, efectuados pelas enfermeiras, até ao fim de um ano. Caso exista alguma situação que se identifique como provável luto patológico, a mesma é reportada para a Psicóloga da ECCI para esse acompanhamento.

Para além da abordagem que é feita ao utente e sua família/cuidador principal, a equipa tem uma particular preocupação com as possíveis ajudas a adquirir para cada doente. Desta forma, têm criado um sistema de cooperação com grupos da comunidade que se interligam entre si de forma a dar uma resposta eficaz a cada situação que lhes é colocada.

A solicitação de ajuda mútua entre os elementos das várias áreas de intervenção favoreceu uma complementaridade de todos os elementos da equipa e, simultaneamente, era um factor de motivação do próprio trabalho transdisciplinar meio imprescindível para o bom resultado dos cuidados. De acordo com Pimentel, citado por Cerqueira (2005, p. 53), trabalhar nesta área da saúde implica um processo de crescimento e uma introspecção individual; “o profissional de saúde deve ter não só competências técnico-científicas como também humanas, uma grande dedicação e compaixão por aquilo que



faz e que se traduz num saber fazer, saber estar e saber ser”, algo que durante o estágio se confirmou pela dedicação humana e técnica de todos.

Prova disso dão os próprios doentes e familiares ao repetirem regularmente: “não podemos pedir mais, são todos muito atenciosos”; “são pessoas muito humanas”; “são uns anjos na terra”.

A confrontação constante com a realidade da doença e da morte, por mais alheia que fosse, acabou por ser uma grande interpelação à própria equipa diariamente desafiada a pensar na própria finitude e vulnerabilidade dos outros. Aqui, o apoio entre todos os elementos e o trabalho interdisciplinar foi essencial.

Ninguém é auto-suficiente, a realidade é complexa e é difícil alguém abarcar todas as áreas do conhecimento da assistência médica. O trabalho transdisciplinar, pode contribuir para um melhor desenvolvimento do trabalho.

#### **4.2- Unidade de Apoio Domiciliário do IPOFGL**

A actividade deste Instituto começou, em 29 de Dezembro de 1927, no chamado Pavilhão A, o primeiro a ser utilizado e cuja construção demorou seis meses. Este momento marca o início de um período de intensa actividade científica reconhecida internacionalmente.

A Unidade de Apoio Domiciliário (UAD) foi criada a 27 de Fevereiro de 1956 pelo Professor Doutor Francisco Gentil, pioneiro em Portugal na actividade assistencial a doentes oncológicos no seu domicílio.

O seu objectivo era prestar assistência médica e cuidados de enfermagem aos doentes do IPO no domicílio.

As instalações da UAD encontram-se localizadas no 2º andar, do edifício Lar de Doentes do IPOFGL.

Tem como apoio a Liga Portuguesa Contra o Cancro – Núcleo Regional do Sul.

A coordenação da equipa é da responsabilidade de um médico com horário a tempo completo. O seu período de funcionamento é alargado a todos os dias do ano, entre as 8 as 16 horas.



Actualmente a missão da UAD, é prestar cuidados activos, coordenados e globais a doentes e suas famílias em situação de sofrimento decorrente de doença avançada e progressiva, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida. Estes cuidados são prestados no domicílio, iniciando-se na admissão do doente e sua família e estendendo-se ao período do luto.

Reconhece como valores orientadores da sua actividade que cada pessoa é única e autónoma, tratada com toda a dignidade e integridade; que a vida tem um valor intrínseco e a morte é entendida como processo natural sendo que ambas proporcionam oportunidades para crescimento e melhoria pessoal; e que o cuidar é orientado pelas necessidades, expectativas, esperanças e receios do doente e família.

#### ***4.2.1 - Objectivos da UAD***

1. Prestar cuidados paliativos a doentes e suas famílias, assegurando cuidados médicos e de enfermagem no domicílio;
2. Apoiar psico-emocionalmente o doente, a família e/ou cuidador;
3. Articular os cuidados médicos e de enfermagem prestados ao doente e família com os demais serviços do IPOFGL e recursos existentes na comunidade;
4. Assegurar o atendimento telefónico por linha directa durante o horário de funcionamento do Serviço;
5. Divulgar os objectivos e natureza da UAD pelos Serviços do IPOFGL;
6. Realizar formação em CP dirigida aos profissionais da Instituição;
7. Fazer investigação clínica de acordo com a sua área de actuação.

#### ***4.2.2 - Admissão e acolhimento***

Relativamente aos doentes, a entrada é feita mediante a avaliação das necessidades e não do prognóstico e os critérios de admissão na UAD são os seguintes:

1. Estar inscrito no IPOLFG, EPE;

2. Ter doença em fase avançada e progressiva e necessitar de CP;
3. Residir na cidade de Lisboa, em domicílio particular;
4. Dispor de um cuidador principal identificado;
5. Aceitar o apoio da UAD.

A Equipa transdisciplinar é constituída por:

- 1 Médico a tempo completo;
- 4 Enfermeiros a tempo completo;
- 1 Auxiliar Acção Médica a tempo completo;
- 1 Assistente Administrativo a tempo completo;
- 2 Motoristas (3ª e 6ª feira).

O acesso à UAD deve obedecer aos critérios de admissão, após referenciação pelo médico assistente do IPOLFG, através do preenchimento do modelo da folha de referenciação, como evidência a Figura 1. A admissão só será efectuada após a alta. Idealmente, a referenciação deverá ser feita o mais atempadamente possível, a fim de permitir à equipa uma avaliação das necessidades do doente e sua família antes da alta.

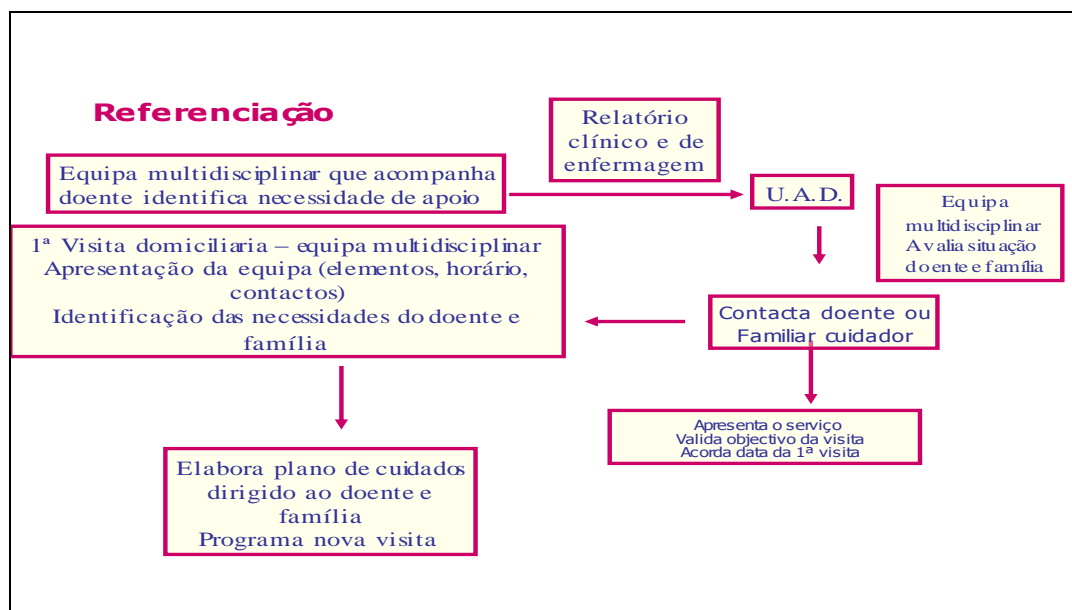


Figura 1 – Referenciação à UAD



A admissão é concretizada logo que possível, tendo em conta a disponibilidade de se efectuar uma avaliação interdisciplinar. Se existirem atrasos na admissão, maiores do que 72 horas úteis, é contactado o médico referenciador, o doente e família, se contactáveis no domicílio.

A prioridade da admissão do doente na UAD é condicionada pela avaliação das necessidades físicas, psicológicas e sociais dos doentes e família, obedecendo a critérios de presença de sofrimento descontrolado. É dada prioridade aos doentes com maior número de critérios de complexidade.

A taxa de admissão de doentes foi de 87 em 2010, com idades compreendidas entre 34-94 anos. Cinquenta e sete doentes eram casados ou viviam em união de facto.

#### ***4.2.3 - Processo do doente***

O processo de cada doente, inclui todos os registos das áreas de intervenção.

Os registos transdisciplinares efectuados no final de cada dia são duplicados, ou seja, existe um processo na UAD e outro no arquivo do IPO, ambos com informação actualizada. Fazem também parte deste processo vários documentos, como os dados de identificação, folha de necessidades humanas básicas, diagnóstico e história/evolução clínica, plano de intervenção (PI), plano actualizado da medicação em curso, folha de registos de conferência familiar, registos de monitorização de problemas, nomeadamente quanto ao estado funcional e de nutrição do doente, e ainda registos em escalas de avaliação (Escala de Edmonton – avaliada sempre que necessário, Escala de Braden, Índice Katz, Índice de Lawton e Brody) e outros relatórios médicos.

O plano semanal é elaborado todas as semanas para uma melhor programação das actividades, percebendo desta forma a possibilidade de admissão futura de doentes.

As visitas domiciliárias podem ser diárias, semanais, quinzenais ou mensais, consoante a necessidade do doente e sua família. Nestas visitas poderão estar presentes o médico e enfermeira ou apenas os elementos de enfermagem.

As visitas de luto são efectuadas pelas enfermeiras duas semanas após a data de morte. São efectuados contactos telefónicos periódicos até um ano após a morte. Caso



exista alguma situação que se identifique como provável luto patológico, a mesma é reportada à psicóloga/psiquiatra.

Existem na UAD duas enfermeiras e uma médica que dão apoio ao internamento como Equipa Intra – Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), quando são solicitadas. Estes mesmos elementos são responsáveis pela avaliação e referenciação dos doentes para a RNCCI.

#### **4.3– Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni da Casa de Saúde da Idanha**

A Casa de Saúde da Idanha foi fundada em 1894. Situa-se em Belas no Concelho de Sintra. Foi a primeira instituição de carácter hospitaleiro a surgir em Portugal. Pertence à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus que foi fundada em 1881, perto de Madrid, pelo Padre Bento Menni e pelas Irmãs Maria Josefa Récio e Maria Angústias Giménez. Surgiu como resposta à situação vigente de abandono no campo da saúde e de exclusão social dos doentes mentais, deficientes físicos e psíquicos mais carenciados. O seu apoio dirigiu-se sobretudo a mulheres com doença mental.

A congregação integra uma filosofia que tem como objectivo proporcionar aos doentes uma oferta de saúde integral que inclua os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais, sempre dotada de um carácter eminentemente humanizador, de qualidade relacional e de respeito pelos direitos individuais. Pretende devolver, a dignidade a que a pessoa tem direito.

A Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento de Menni surge, a 6 de Março de 2006 como uma resposta aos desafios actuais, do aumento das doenças crónicas e progressivas, o aumento da esperança de vida. Desde o início pretendeu ser uma unidade de referência nesta área de intervenção. O reconhecimento do trabalho realizado permitiu-lhe a 1 de Dezembro do mesmo ano integrar a RNCCI. Encontra-se situada dentro do espaço da Casa de Saúde da Idanha, com instalações próprias, o que permite maior privacidade e tranquilidade a quem ali se encontra.



É constituída por dez quartos, todos individuais, sala de trabalho multidisciplinar, uma sala de estar/refeitório, uma sala de recolhimento espiritual, uma sala de banho assistido, uma copa/cozinha, duas salas armazém/arrumos e duas casas-de-banho. Conta ainda com um jardim exterior para usufruto de doentes, familiares e profissionais de saúde.

Das dez camas existentes para assistência em CP, oito estão ao abrigo do acordo estabelecido coma RNCCI, e duas camas em regime privado.

Presta cuidados à pessoa doente e à sua família, apoiando no luto prolongado, complicado e por vezes patológico.

Conta com uma equipa que baseia a sua intervenção num modelo sistémico e transdisciplinar, onde é valorizada e incentivada a formação dos profissionais em CP. Todos os membros da equipa participaram em cursos básicos de CP. Quatro profissionais frequentam o Mestrado em Cuidados Paliativos na Universidade Católica, um profissional está a finalizar o Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina de Lisboa, um enfermeiro possui Mestrado em Bioética pela Universidade Católica, um médico a fazer Doutoramento em CP e vários enfermeiros realizaram estágios clínicos em parceria com o IPO – Porto. A participação em congressos, jornadas, seminários, conferências e a formação em serviço é outro dos aspectos que é dinamizado na equipa.

De acordo com o exposto no Artigo 20º do Decreto-Lei nº101/2006 de 06 de Junho – RNCCI, a assistência integral é levada a cabo por uma equipa transdisciplinar, que é composta por elementos das várias áreas profissionais, em que a maioria tem formação avançada ou básica em CP: 3 médicos, 11 enfermeiros, 1 psicóloga, 1 fisioterapeuta, 1 assistente espiritual e 1 capelão, 4 auxiliares e 5 voluntários, além de usufruir continuamente da oportunidade de contribuir na formação contínua de estagiários de várias áreas da saúde.

Tal como é referido no regulamento interno da Unidade Cuidados Paliativos S. Bento Menni (UCPSBM), o objectivo principal da referida unidade é a *“assistência holística, por uma equipa interdisciplinar, a pessoas com doença avançada, progressiva e incurável e à sua família, promovendo o conforto e a qualidade de vida através de um controlo eficaz de sintomas e de uma resposta activa e global às suas*



*necessidades físicas, psicossociais e espirituais.*” (Regulamento interno da USBM, 2006).

Segundo o regulamento interno da unidade, não há horário limitado para visitas, podendo ser durante 24 horas.

#### 4.3.1 - *Processo do doente*

Relativamente ao processo de cada doente, dele fazem parte os registos de todas as áreas de intervenção, o que facilita um melhor cuidado holístico a cada pessoa. Fazem também parte deste processo vários documentos, sendo eles:

- Folha de dados de identificação do doente e da família,
- Folha de necessidades humanas básicas,
- Consentimento informado de respectivo internamento na unidade,
- Diagnóstico e história/evolução clínica,
- Plano Individual de Intervenção (PII) (anexo II),
- Plano terapêutico,
- Folha de registo de conferência familiar (anexo III),
- Folha de espólio,
- Registos de monitorização de sintomas, nomeadamente quanto ao estado funcional e de nutrição do doente (Escala de Edmonton, Escala de Braden, Índice Katz, Índice de Lawton e Brody),
- Registos de psicologia, assistência social e espiritual (Mini Mental State, Escala FACIT-sp-12).

De referir que todos estes documentos são elaborados nos primeiros dias de internamento, de acordo com as necessidades de cada doente. No acto de admissão são entregues diversos documentos: guia de acolhimento e regulamento interno da unidade.



A equipa realiza reuniões semanais (6<sup>a</sup>feira) para discussão de cada processo clínico, especialmente os casos clínicos mais difíceis, assim como as mais emergentes para cada família e as preocupações ou vivências da equipa.

#### ***4.3.2 - Relação da USBM com RNCCI***

A UCPSBM, fazendo parte da RNCCI, pelo acordo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e o Instituto das Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus, de 21 de Dezembro de 2006, recebe os pedidos de admissão de doentes, numa plataforma informática, provenientes de hospitais de Agudos e Centros de Saúde, depois de um parecer médico, de enfermagem e serviço social.

Neste processo inicial é proposta a tipologia mais adequada à situação do doente: CP ou Unidade de Convalescença, Média Duração ou Longa Duração que, inserido na plataforma da RNCCI, é enviado à Equipa de Coordenação Local (ECL) fará a autorização do pedido e da tipologia. Esta, por sua vez, encaminha o processo para a Equipa de Coordenação Regional (ECR) que fará a distribuição pelas diversas unidades.

Importa referir que o doente e a família podem escolher, no momento do pedido, até três unidades, segundo a tipologia proposta, respondendo assim aos seus gostos ou interesses pessoais, como por exemplo a proximidade geográfica, cabendo, no entanto, à ECR aceitar, rejeitar, ou alterar, o pedido inicial. As unidades podiam recusar os pedidos se estes não estivessem adequados à tipologia ou de acordo com os critérios de exclusão pré-definidos pela Directiva Técnica n<sup>o</sup>1/UMCCI/2008 – Critérios gerais de referenciação de doentes para unidades de internamento, ambulatório e equipas da RNCCI.

O pagamento da estadia dos doentes provenientes da RNCCI nesta unidade é assegurado pelo Ministério da Saúde (Artigo 47<sup>o</sup> Decreto-Lei n<sup>o</sup>101/2006 de 06 de Junho - RNCCI) que comparticipa uma diária de 102€/doente. Esta edilidade contribui ainda para o pagamento de despesas em medicamentos, material de incontinência e



enfermagem. As restantes despesas estão a cargo do próprio ou família, bem como a realização dos meios complementares de diagnóstico, requisições de transporte e acompanhamento ao exterior. Todas estas condições encontram-se referidas no Regulamento Interno.

#### ***4.3.3 - Admissão e acolhimento***

Relativamente aos doentes, a entrada é feita mediante a avaliação das necessidades e não do prognóstico e os critérios de admissão na unidade são os seguintes:

- Pessoas com doença avançada, progressiva e incurável, oncológica e não-oncológica;
- Consentimento informado escrito, do doente ou seu legítimo representante;
- Avaliação do processo clínico pela equipa de saúde;
- Possuir um ou mais sintomas descontrolados (complexidade clínica), ausência de cuidador principal e/ou exaustão familiar;
- Não ser portador de tuberculose activa;
- Idade  $\geq$  a 18 anos.

Os pedidos são recebidos via sistema informático pela enfermeira coordenadora da unidade que os apresenta ao Director Clínico da Unidade. Em seguida, em conjunto, programam o momento da admissão. Após a chegada do doente à unidade é feita a admissão, e um médico e uma enfermeira, elaboram a história clínica inicial, estabelecem as necessidades, apresentando-os posteriormente a toda a equipa. Todo o processo é elaborado posteriormente com os documentos de cada área de intervenção.

Quando um doente dá entrada na unidade o acolhimento é feito por um enfermeiro e um médico, podendo estar outro profissional da equipa presente. Este é o momento de eleição para o conhecimento do doente e sua família. É nesta altura que se começa a estabelecer relação com o doente e/ou família, averiguando os gostos, desejos ou aspectos que o doente menos aprecia, tendo como finalidade ir ao encontro das suas



necessidades, de forma a proporcionar-lhe um ambiente o mais acolhedor e menos hostil.

A partir deste momento cada elemento da equipa realiza a sua avaliação pessoal, de forma a que seja possível obter progressivamente uma visão global do doente-família, elaborando o Pano Individual de Intervenção (PII).

Considero ser relevante apresentar os objectivos, a missão e os valores definidos pela equipa.

Saliento o desejo de prestar uma assistência integral segundo as exigências técnico-científicas actuais e de humanização; avaliar/controlar a dor e outros sintomas; apoiar psicológica e espiritualmente o doente e família; envolver a família no processo individual de intervenção; facilitar a realização dos desejos do doente.

Como missão primordial a equipa está comprometida em cuidar e acompanhar, a pessoa com doença avançada, progressiva e incurável e sua família ou cuidador, de forma holística. Tem também como ideal distinguir-se pela disponibilidade, criatividade e qualidade assistencial, numa avaliação sistemática das necessidades do doente e família.

Todo este trabalho assenta em valores que privilegiam a dignidade e autonomia; a disponibilidade e a qualidade assistencial; o trabalho em equipa; a criatividade; o compromisso e a simplicidade.



## 5 - ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Após a aprovação do projecto de estágio pela Comissão Coordenadora de Mestrado e pela UAD, ECCI e UCPSBM, o horário final foi definido de acordo com a disponibilidade pessoal e dos serviços de estágio. Foi necessário criar um horário que permitisse conciliar as obrigações profissionais com o prazo final de estágio estabelecido. O início ficou definido a 06 de Fevereiro de 2010 e o final a 26 de Abril de 2010, com carga horária diária de 8 a 12 horas (ver Anexo IV).

Assim, definiram-se duas cargas horárias distintas que permitiram desenvolver o estágio em dois contextos distintos em simultâneo. Esta situação mostrou-se favorável pois a diversidade adquirida em ambas as realidades foi muito enriquecedora.



## **6 - DESCRIÇÃO DE OBJECTIVOS, ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS COM RESPOSTA AOS INDICADORES DE AVALIAÇÃO E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

Neste capítulo pretendo fazer a apresentação e análise crítica dos objectivos inicialmente propostos no projecto de estágio e que foram alcançados na sua generalidade. Estes foram definidos de acordo com a prática das unidades onde decorreu o estágio e podemos agrupá-los em objectivos gerais e específicos.

### ***6.1 - Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Odivelas***

#### **1º Objectivo Geral:**

Integrar a equipa comunitária interdisciplinar do CSO.

#### **2º Conhecer e integrar a filosofia e funcionamento da Equipa**

Relativamente a este objectivo, foi realizada, numa fase inicial, uma integração gradual na equipa, o que favoreceu uma boa integração em toda a dinâmica de trabalho. Simultaneamente, a co-orientadora (Enf.<sup>a</sup> Fátima Ferreira) foi realizando as apresentações, do serviço e da equipa, e a Enfermeira Isabel teve a preocupação diária de realizar uma apresentação aos doentes e suas famílias e a respectiva forma de abordagem a cada situação.

Procurei ainda obter conhecimento da estrutura da instituição, da história do CSO e das suas regras de funcionamento. Foram-me ainda apresentados os instrumentos utilizados na ECCI para a avaliação das necessidades/problemas dos doentes e suas famílias.



### 3º Desenvolver competências na área da prestação de cuidados

No que se refere ao desenvolvimento de competências na área da prestação de CP no domicílio, numa fase inicial observaram-se as diversas actividades realizadas pela equipa como as reuniões de equipa e de discussão de casos clínicos.

A possibilidade de acompanhamento e envolvimento na prestação de cuidados permitiu-me ter uma participação mais activa o que a meu ver foi um enriquecimento para a minha formação. Houve ainda a oportunidade de participar na visita domiciliária, na avaliação das necessidades de controlo sintomático, desenvolvimento de diferentes competências na área da comunicação, com o doente e a família na comunidade.

O Quadro 1 que se encontra abaixo, evidencia as actividades realizadas no decorrer do estágio.

<b>Quadro 1 - Actividades desenvolvidas no CSO</b>	
<b>Reuniões de equipa</b>	10
<b>Reuniões de discussão de casos clínicos</b>	25
<b>Participação em visita domiciliária</b>	68
<b>Participação em conferências familiares</b>	1
<b>Participação na visita de luto</b>	0
<b>Apoio à família</b>	68
<b>Participação no Controlo sintomático</b>	10
<b>Participação em situações clínicas de transmissão de más notícias</b>	30

Surgiu a preocupação da disponibilização da grelha de doentes que eram seguidos pela ECCI. O Quadro 2 indica a tipologia e o sexo dos doentes seguidos pela equipa.



<b>Quadro 2 - Caracterização dos doentes observados na equipa do CSO de acordo com a tipologia e sexo</b>			
<b>Tipologia</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
<b>Adulto</b>	2	10	12
<b>Adulto Crónico</b>	8	4	12
<b>Adulto Reabilitação</b>	2	3	5
<b>Adulto Paliativo</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>Crónico</b>	3	1	4
<b>Cuidados Paliativos</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>Cuidados Geriátricos</b>	31	40	71
<b>Geriátrico</b>	15	20	35
<b>Geriátrico Reabilitação</b>	3	9	12
<b>Geriátrico Paliativo</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>22</b>
<b>Geriátrico Crónico</b>	1	0	1
<b>Paliativo Adulto</b>	0	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Paliativo Crónico</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Luto</b>	0	7	7
<b>Reabilitação</b>	2	2	4
<b>Pediátrico</b>	1	0	1
<b>Pediátrico Reabilitação</b>	1	1	2
<b>Paliativo Geriátrico</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Adulto crónico</b>	1	0	1
<b>Geriátrico Reabilitação</b>	0	1	1
<b>Total</b>	88	113	191

Concluí que dos 191 doentes observados, 33 encontravam-se em tipologia de CP. Esta possibilidade de prestação de cuidados paliativos a doentes em contexto familiar foi sem dúvida o ponto fulcral do desenvolvimento do estágio, pois proporcionou-me um conjunto de situações, em que pude colocar em prática, o conhecimento anterior em contexto domiciliário.

Ao longo de todo o estágio, a observação participante foi o método que privilegiei por me permitir integrar e conhecer a dinâmica da equipa de uma forma mais



profunda e real mas também, por facilitar a criação de relações de maior proximidade com os elementos da equipa.

O acompanhamento de doentes paliativos e sua família convida a equipa de enfermagem apreender o “todo”: o doente, o seu olhar, o seu silêncio, as suas queixas, a sua agressividade, os seus medos não expressos. Faz-se a avaliação do conjunto de necessidades em todas as vertentes: física, psicológica, espiritual, social.

Assim, a comunicação é uma “arma” terapêutica essencial que permite o acesso ao princípio da autonomia do doente, ao consentimento informado, à confiança mútua e à informação do que o familiar e o doente necessitam para serem ajudados e para se ajudarem a si próprios. Esta pode ser a terapêutica de suporte que se perpétua por toda a trajetória da doença. Desta forma, a comunicação é uma tarefa difícil que exige técnica e bom senso clínico.

Para cuidar, necessitamos de estar alerta para todo um conjunto de comportamentos e atitudes que necessitam de uma compreensão experimentada e atenta. Por tudo isto, comunicar, procura o esclarecimento de dúvidas ou informação de conhecimentos.

A capacidade de escuta, de compreensão, de estar atento e a demonstração de compreensão e atenção pelo doente, são características que têm que estar inerentes ao acto de cuidar. Muitas das estratégias de ajuda passam por demonstrar uma comunicação eficaz, tanto de forma verbal como não – verbal. O acto de comunicar deve ser sempre entendido como um factor favorável à recuperação do doente, pela segurança e pelo acompanhamento que este pode sentir através da transmissão de informações e de apoio psicológico.

O desenvolvimento de competências comunicacionais é reconhecido como um objectivo essencial da prática e da formação em saúde. No entanto, o diagnóstico de uma doença grave que envolve risco de morte, incapacidade e outras perdas, provoca sentimentos intensos e dolorosos. Apesar de ser uma tarefa inevitável, dar más notícias a um doente ou familiar, continua a ser uma parte difícil e especial do trabalho do profissional de saúde.



Por vezes não foi fácil comunicar. Aliás, comunicar bem também não é competência inata, mas sim algo que se adquire estudando e treinando, partindo sempre de uma atitude de aperfeiçoamento.

Sabendo que estamos sempre a comunicar, consciente ou inconscientemente, de forma verbal ou não verbal, e tendo em conta o quanto delicado e prejudicial poderá ser comunicar mal em todas as áreas. Este aspecto fez com que para mim, a comunicação tivesse uma especial importância.

Houve ainda a possibilidade de participação de forma activa em conferências familiares, visitas de luto e desenvolver competências de apoio à família.

Assim, o partilhar este tempo de estágio com profissionais que tem como referência um quadro teórico semelhante ao meu, permitiu-me verificar que as atitudes de ambos os profissionais, perante o doente e a família, assentavam em perícias e técnicas como a empatia, a escuta activa e a resposta de compreensão empática e tinham como objectivo principal estabelecer uma relação de ajuda de qualidade com os utentes. As reuniões de reflexão conjunta, permitiu-me por um lado, partilhar a compreensão das situações acompanhadas, reajustar informações e aprender novas estratégias de intervenção.

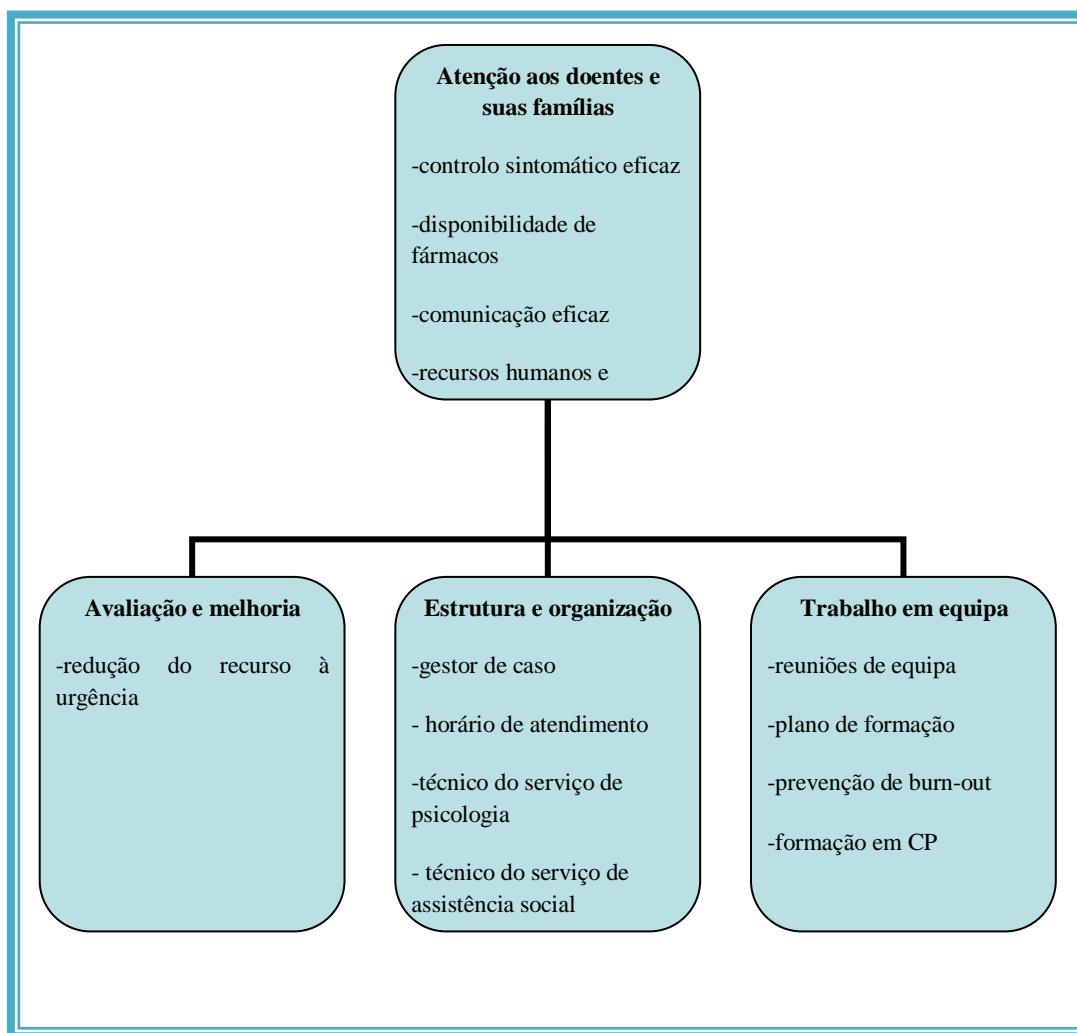
#### **4º Desenvolver competências na área da investigação**

Um dos outros aspectos a salientar no decorrer do estágio foi a possibilidade de perceber, juntamente com a equipa do Focus Grupo, quais seriam os indicadores de qualidade da equipa comunitária do CSO.

No Focus Grupo estiveram presentes 1 psicóloga, 1 assistente social e 8 enfermeiras. O objectivo foi o de perceber quais os indicadores de qualidade elegidos pela equipa em contexto domiciliário. A realização do Focus Grupo foi de extrema importância e interesse, uma vez que, pude constatar que, apesar da equipa não ter nenhum registo dos seus indicadores de qualidade na prestação de CP no domicílio, eles estão presentes na sua actuação. Esta é uma equipa dinâmica e jovem com um espírito dinâmico e manifesto.

A figura que se segue explica de forma estruturada os indicadores de qualidade focados pela equipa.

**Figura 2 – Organigrama realizado pela estagiária, reflectindo os principais Indicadores de Qualidade identificados pela ECCI do CSO**



De sublinhar que relativamente ao reduzido número de idas à urgência nem todos os técnicos foram concordantes, uma vez que, atribuíram este aumento à redução de tempo de assistência da equipa, que anteriormente era de 24 horas.

Comparativamente a esta situação, a estratégia utilizada pela equipa foi a de antecipar todas as possíveis situações de agudização, realizando desta forma uma



avaliação sistemática das necessidades dos doentes e suas famílias bem como o ensino diário e esclarecimento de possíveis situações de crise. Um outro aspecto expressado pela equipa como sendo menos positivo, prende-se com o reduzido número de profissionais para uma assistência de qualidade.

De salientar que esta equipa, apesar de ter alguns constrangimentos, conseguia dar resposta aos cuidados ao doente e à família de forma adequada e eficiente, pois só o conjunto das várias disciplinas é que podem compreender a complexidade de algumas realidades, como é o caso dos CP.

Foi visível o interesse dado a cada área, em que cada elemento dava a sua opinião quer de forma livre, quer quando era solicitado, num ambiente de respeito e de interesse, com vontade de aprendizagem mútua. A solicitação de ajuda mútua entre os elementos das várias áreas de intervenção favoreceu uma complementaridade e, simultaneamente, era um factor de motivação do próprio trabalho interdisciplinar, meio imprescindível para um bom resultado dos cuidados.

A presença de diversas áreas na mesma equipa permitiu uma visão mais holística da pessoa doente e da sua família, quer no momento da avaliação, quer nas intervenções, quer nas discussões de casos concretos. As reuniões transdisciplinares possuíam uma dinâmica participativa de todas as áreas.

## ***6.2 - Unidade de Apoio Domiciliário do IPOFGL***

### **1º Objectivo Geral:**

Integrar a equipa interdisciplinar do IPOFGL.

### **2º Conhecer e integrar a filosofia e funcionamento da Equipa**

Este objectivo correspondeu à fase de integração no local de estágio. Foi alcançado através do conhecimento da estrutura da instituição, da história do IPO e das suas regras de funcionamento. Uma das formas de adquirir esses conhecimentos foi através da leitura de informação da instituição e da recolha de informações junto dos



elementos da equipa, de forma a estar actualizada acerca das linhas orientadoras do funcionamento da UAD.

### **3º Desenvolver competências na área da prestação de cuidados**

Para a concretização deste objectivo comecei por observar as actividades diárias da equipa. Conheci os instrumentos de registo utilizados, assim como as metodologias de intervenção adoptadas. Particpei nas reuniões de equipa e discussão de casos e foi-me dada a oportunidade de desenvolver algumas actividades que se encontram descritas no Quadro 3.

<b>Quadro 3 - Actividades desenvolvidas na UAD do IPOFGL</b>	
<b>Reuniões de equipa</b>	19
<b>Reuniões de discussão de casos clínicos</b>	19
<b>Participação na visita domiciliária</b>	76
<b>Participação em conferências familiares</b>	2
<b>Participação na visita de luto</b>	1
<b>Participação no Apoio à família</b>	76
<b>Prática de controlo sintomático</b>	76
<b>Participação na transmissão de más notícias</b>	43
<b>Participação nos Cuidados <i>pós-mortem</i></b>	1

No final do tempo dedicado à concretização destes objectivos ficou claro que a equipa assentava a sua prática na filosofia dos CP. Tinha como preocupação constante o conforto e a qualidade de vida do doente e sua família, independentemente do seu diagnóstico e/ou prognóstico.



O trabalho em equipa necessita algumas condições básicas: confiança mútua; comunicação espontânea; apoio mútuo; compreensão e identificação dos objectivos da organização. Todas estas condições foram bastante visíveis na equipa, talvez por ser um grupo novo com formação e prática em CP e, sobretudo, motivada e vocacionada para o que faz. O trabalho em equipa transdisciplinar, o respeito mútuo, o espírito de interajuda, os objectivos partilhados, a formação e as relações de afectividade que se estabeleceram entre todos os elementos foram uma constante no dia-a-dia, o que contribuiu de forma decisiva para a prática de cuidados de qualidade.

No decorrer do estágio foi possível a participação activa na visita domiciliária, na avaliação das necessidades de controlo sintomático, nas conferências familiares, na visita de luto, no apoio à família tendo como base técnicas de comunicação com o doente e família em contexto comunitário, como escuta activa, compreensão empática e feedback.

A principal intervenção dos enfermeiros deve ser a de criar momentos à família/cuidador, favorecedores de expressão de sentimentos, receios e dúvidas (Gomes e Costeira, 1994). A plenitude da comunicação exige o manejo cauteloso de palavras e do silêncio, o próprio vivenciar dos que nela participam, rumo à atitude empática, receptiva e tranquilizante.

Tive a oportunidade de perceber quais eram as patologias mais manifestas no apoio/acompanhamento da UAD. Desta forma as mais prevalentes são carcinoma do pulmão, aparelho digestivo, ginecológico, mama e carcinomas da cabeça e pescoço.

De salientar que a avaliação dos sintomas era feita consoante a necessidade do doente e sempre que se iniciava terapêutica para controlo sintomático. Esta era uma forma de validação das intervenções farmacológicas e não farmacológicas e também permitiu obter uma evolução do doente (ver Quadro 4).



<b>Quadro 4 - Evolução de Sintomas nos doentes observados em 3 avaliações distintas ao longo do estágio na UAD do IPOFGL</b>			
<b>SINTOMAS</b>	<b>Avaliação inicial*</b>	<b>Avaliação intermédia**</b>	<b>Avaliação final***</b>
Vómitos	3	2	1
Insónia	10	3	3
Diarreia	3	2	3
Confusão	7	10	<b>25</b>
Obstipação	20	7	7
Perda de peso	6	2	1
Boca seca	6	3	3
Dispneia	7	5	<b>8</b>
Anorexia	45	40	25
Sonolência	43	49	<b>45</b>
Ansiedade	25	25	24
Depressão	34	30	25
Náuseas	18	10	8
Cansaço	65	50	<b>48</b>
Dor	57	30	<b>32</b>
*no início do estágio			
**sensivelmente a meio do estágio			
***no final do estágio			

Relativamente aos sintomas dos doentes acompanhados, durante este período, o que se pode constatar é que na avaliação final, a confusão, sonolência e dispneia tornaram-se mais frequentes, assim como o cansaço e a dor, embora em valor mais reduzido do que na avaliação inicial.

Durante o estágio foi perceptível que os doentes seguidos pela UAD morriam de igual forma em casa e no hospital. Este facto, está em parte relacionado com o tempo de assistência da equipa, pois só funciona até às 16 horas.

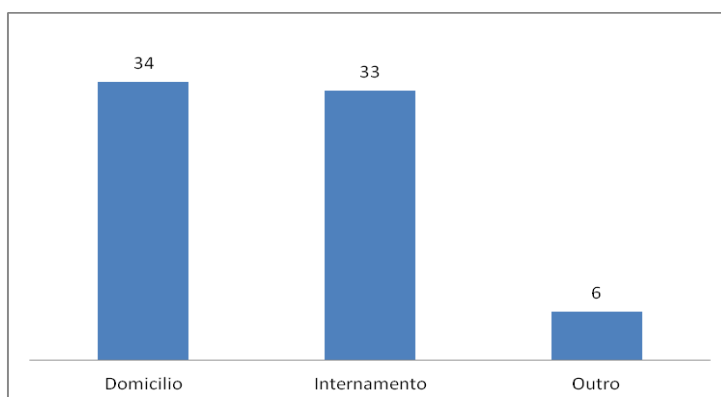


Mas, se a percentagem de doentes que morre no domicílio é baixa, estudos mostram que a maioria dos doentes com doença terminal passam cerca de 90% do seu tempo no domicílio e se uma elevada percentagem recorre ao hospital nas últimas semanas de vida, fazem-no por sobrecarga emocional da família (Sánchez Sobrinho; Sastre Moyano, 1996).

Pelo que pude perceber poucos eram os doentes que recorriam à urgência por descontrolo sintomático, o que evidencia a qualidade do controlo sintomático e seguimento desta equipa.

O Gráfico 1 evidencia o que foi exposto anteriormente. Podemos concluir que 73 doentes seguidos 34 faleceram em casa, 33 faleceram no internamento do IPOFGL e os restantes 6 doentes em outros locais (como: serviço de urgência, na via pública...)

Gráfico 1 – **Local de Falecimento**



Uma das experiências mais enriquecedoras que tive nesta equipa foi a possibilidade de acompanhar uma doente nos seus últimos dias de vida, à qual houve necessidade de proceder a ajuste terapêutico, realização de conferência familiar com o objectivo de clarificar a situação clínica actual, validar informação, esclarecimento de dúvidas e fornecimento de espaço para partilha de sentimentos. O culminar de todo este trabalho foi o momento da sua morte em que a família se uniu e conseguiu dar resposta adequada á situação, mas tal acontecimento só foi possível devido ao excelente trabalho da equipa. A possibilidade de prestar cuidados pós-morte foi um momento privilegiado de todo este acompanhamento.



É de primordial importância o acompanhamento das famílias e do doente durante todo o processo de doença para que no momento da perda, a família partilhe as suas inquietações emocionais, fale sobre a pessoa falecida, resolvendo com tranquilidade esta fase da sua vida, redefinindo novos papéis. Desta forma, promove-se a coesão da família, e os seus membros sentem-se apoiados para que os seus processos individuais de luto possam ser levados a cabo, seguindo na maioria dos casos um caminho normal.

A reflexão que foi feita é que em Cuidados Paliativos, a família do doente terminal, é alvo de cuidados, não só enquanto acompanhamos o doente até ao final, como após a morte do doente, durante o luto. Não conseguimos ajudar o doente a terminar de forma digna e com significado se não incluirmos a sua família nos nossos cuidados. Ela desempenha um papel importante durante o período da doença e as suas reacções contribuirão bastante para a resposta do doente a esta doença. E, sempre em colaboração com a família, deve tentar proporcionar-se-lhe uma morte no domicílio, ou no local que em princípio lhe trará maior tranquilidade, paz de espírito, segurança e carinho dos seus derradeiros momentos de vida terrena.

#### **4º Desenvolver competências na área da investigação**

A realização do Focus Grupo foi de extrema importância e interesse, uma vez que, se pode constatar que, apesar de a equipa não ter no momento, nenhum registo de quais são os seus indicadores de qualidade na prestação de cuidados paliativos no domicílio, eles estão bem presentes na sua actuação. A apresentação do quadro seguinte, refere de forma clara os indicadores mencionados e a importância dada pela equipa.

Quando a equipa faz referência ao preenchimento inicial das folhas de admissão com toda a informação relativa ao doente/cuidador, pretende desta forma uma abordagem o mais completa possível. O registo é transdisciplinar. O seu modelo de actuação é o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary (anexo V), que vai de encontro aos objectivos dos CP.

A enfermagem deve sempre buscar o caminho para cuidar do indivíduo e da família de forma humanizada, e culturalmente adequada às necessidades apresentadas.



Além disso, deve estar comprometida com os mesmos na sua totalidade, conhecendo o meio onde vivem e também as relações estabelecidas entre eles. Nesse sentido, o Modelo de Avaliação de Calgary pode contribuir para criar meios para os profissionais de saúde desenvolverem uma assistência integral, na perspectiva da abordagem do indivíduo, no seu contexto de vida familiar e comunitária, na busca de solução para os problemas encontrados.

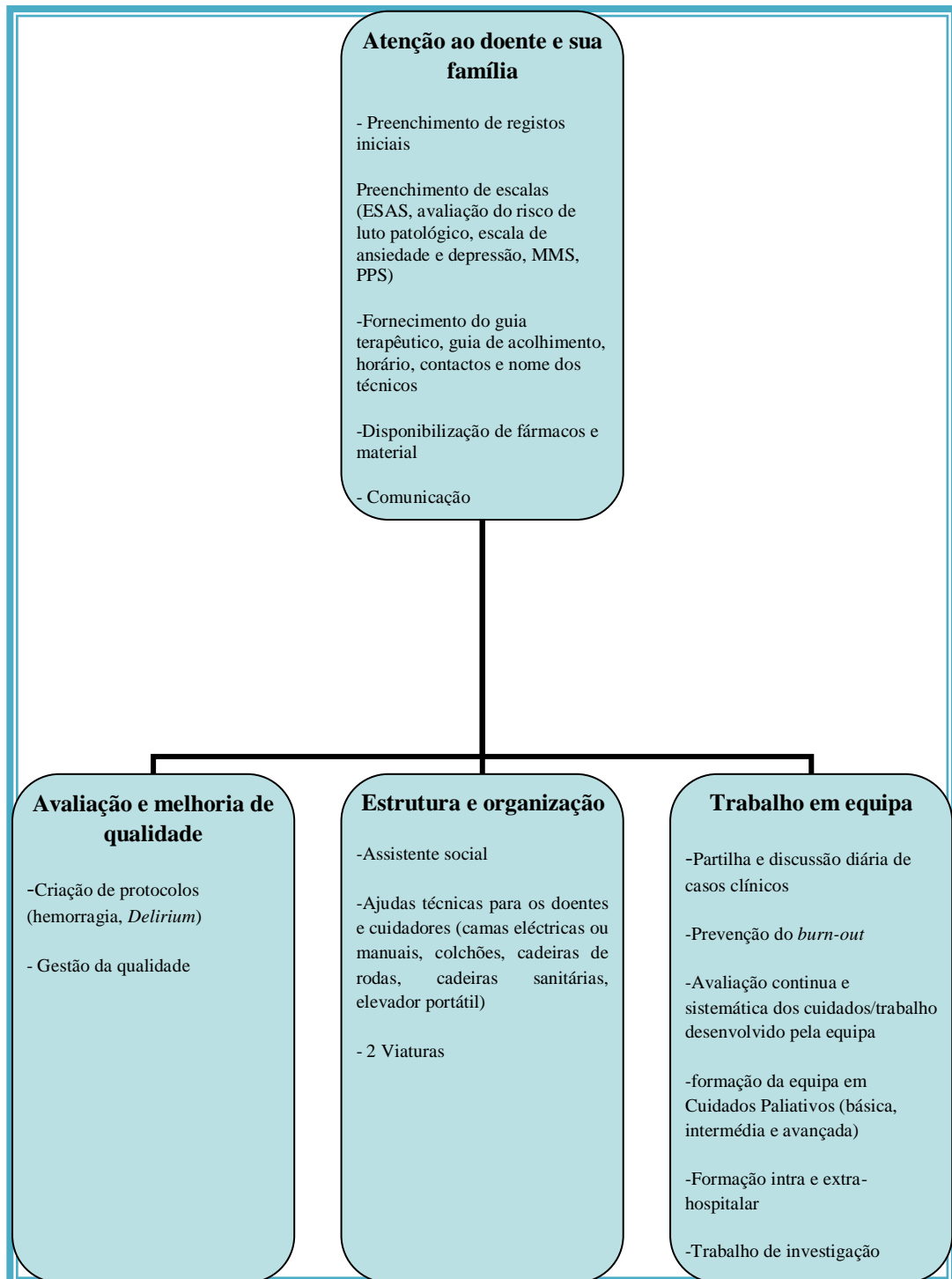
Relativamente à aplicação dos instrumentos existia um cronograma de aplicação. A ESAS era aplicada diariamente caso os doentes tivessem sintomas descontrolados e de acordo com o número de visitas ao doente. Para além das escalas a equipa sentiu necessidade de elaborar protocolos de actuação (Apoio no Luto, Delirium e Hemorragia), o que evidencia preocupação na assistência prestada, bem como a necessidade de aquisição de novas competências. Os referidos protocolos estão encaminhados para áreas em que a equipa pretende mais investigação.

Um outro aspecto que destaca a qualidade desta equipa refere-se ao fornecimento do Guia de Acolhimento na primeira visita, bem como, os contactos, horários e constituição da equipa, aumentando desta forma a proximidade e segurança dos cuidadores. A avaliação continua e sistemática dos cuidados/trabalho desenvolvido pela equipa e a possibilidade de terem consultores nas diferentes áreas ajudam a melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Esta articulação com outras especialidades permitiu um encaminhamento mais precoce e possibilidade de internamento imediato caso houvesse alguma necessidade identificada. O internamento de curta duração é assumido pela equipa e com o compromisso de continuidade de cuidados.

Relativamente ao horário, o objectivo da UAD era o de alargamento para 24 horas, ou seja, das 08 horas às 20 horas (horário assistencial) e das 20 horas às 08 horas (horário de prevenção). Alargamento do horário foi uma necessidade identificada pela equipa, pelos doentes e cuidadores, assim como pela própria instituição.

Um dos aspectos que a equipa considerou menos positivo foi o tempo reduzido para formação e investigação. Esta equipa realiza momentos de reflexão com regularidade sobre a sua actividade, procurando identificar os problemas com vista à apresentação de propostas de resolução dos problemas identificados.

**Figura 3 – Organigrama realizado pela estagiária, reflectindo os principais Indicadores de Qualidade identificados pela equipa da UAD do IPOFGL**



ESAS, Edmonton Symptom Assessment System; MMS, Mini Mental State; PPS, Paliative Performance Scale.



### **6.3 - Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni da Casa de Saúde da Idanha**

#### **1º Objectivo Geral:**

Desenvolver um projecto de Equipa Domiciliária de Suporte em Cuidados Paliativos.

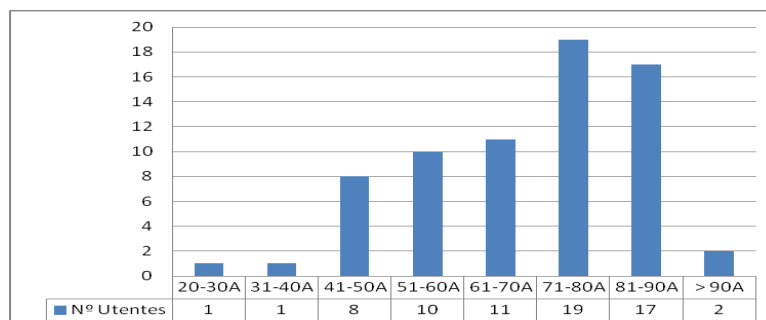
Relativamente aos objectivos delineados para os campos de estágio anteriores (conhecer e integrar a filosofia e funcionamento da equipa, observar a organização e funcionamento da equipa interdisciplinar e observar o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros da equipa) não os evidenciarei, uma vez que já faço parte da equipa da UCPSBM desde o seu início.

Para o cumprimento do objectivo delineado, foi necessário realizar pesquisa no que se refere ao número de doentes entrados na unidade, dias de internamento, local de proveniência, principais diagnósticos (oncológicos e não-oncológicos) e tipo de altas (altas para domicílio, transferências ou altas por óbito).

No período de Março de 2010 a Março de 2011 foram admitidos 69 doentes com idades compreendidas entre os 61- 90 anos.

O internamento (dias), como se pode observar no Gráfico 2, variou entre os 20 – 30 dias.

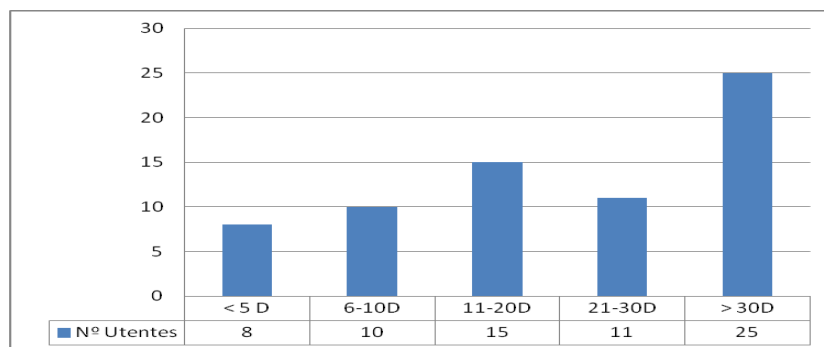
**Gráfico 2 – Dias de Internamento**





A taxa de ocupação observada no Gráfico 3, não permite que possa haver maior resposta por parte da Unidade de Cuidados Paliativos, uma vez que, os doentes não tinham equipas de suporte eficaz na comunidade.

**Gráfico 3 – Taxa de Ocupação em dias**

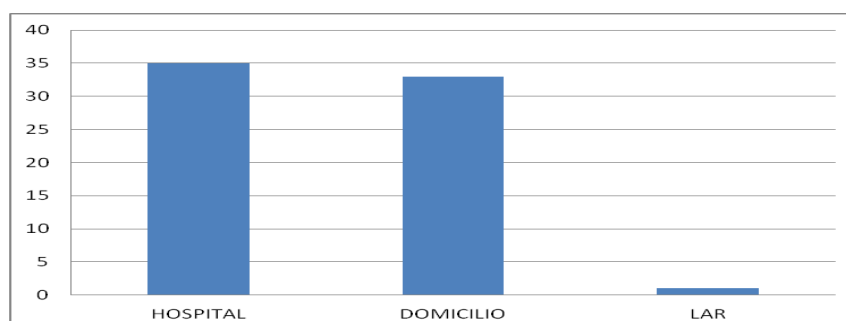


Parece-me que será primordial intervir na comunidade para que estes doentes tenham a possibilidade, caso assim o desejem, de regressar ao domicílio. Havendo uma parceria doente/família/equipas de saúde, consegue-se que haja humanização dos cuidados de saúde.

O apoio ao doente paliativo constitui uma área deficitária, incapaz de acompanhar os cuidadores e seus doentes no sentido de garantir a continuidade de cuidados.

No gráfico 4, pode constatar-se que relativamente á proveniência dos doentes, esta é muito semelhante. Cerca de 35 doentes foram encaminhados do internamento e 32 do domicílio e ainda uma pequena percentagem provem de lares.

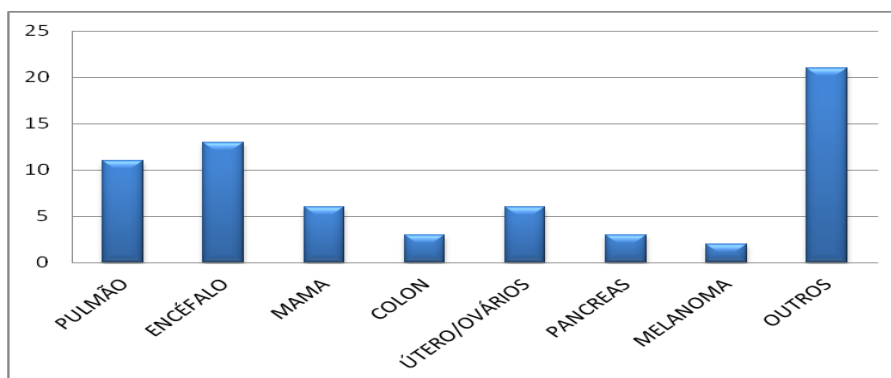
**Gráfico 4 – Proveniência dos doentes internados na UCPSBM**



Um outro aspecto importante de ser salientado, refere-se aos principais diagnósticos de doença oncológica e não-oncológica.

O gráfico 5, permite perceber que as patologias oncológicas mais prevalentes na ucp são adenocarcinoma do pulmão, tumores cerebrais, mama e útero. Relativamente à elevada percentagem referida em outros, esta tem a ver com tumores da cabeça e pescoço.

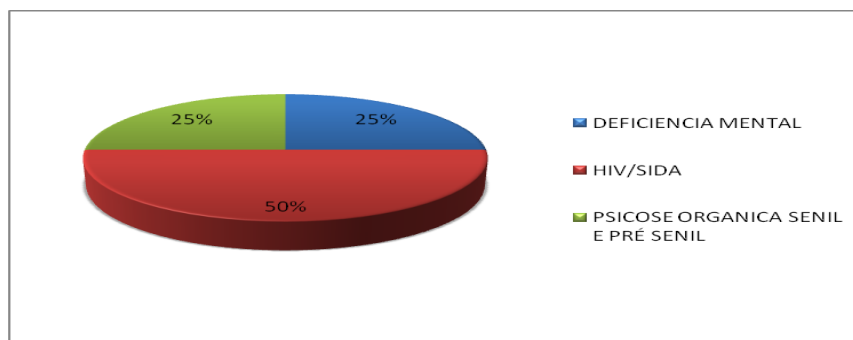
**Gráfico 5- Principais patologias oncológicas**



Importa ainda referir que dentro das patologias não- oncológicas, gráfico 6, se acentuam as psicose orgânicas senis e pré- senis com 50% e ainda com igual percentagem de 25% a deficiência mental e a sida.

Pareceu-me importante realçar este aspecto pois evidencia uma mudança clara na referenciação dos doentes para tipologia de CP.

**Gráfico 6 – Principais patologias não-oncológicas dos doentes da UCPSBM**

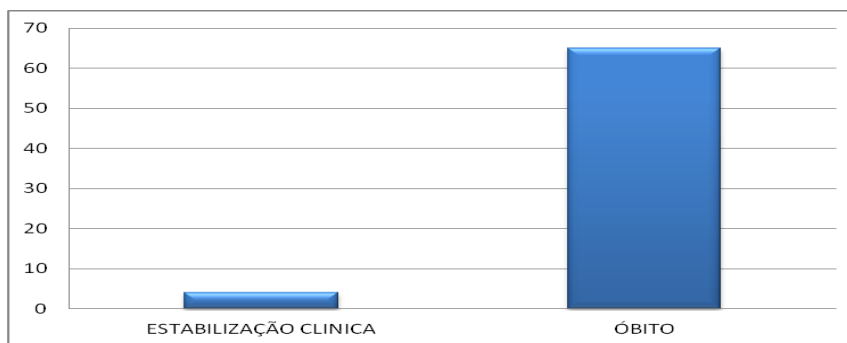




Na Unidade de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha cerca de 60% dos doentes tem alta por óbito e apenas 6% dos doentes têm alta por estabilização clínica, como podemos ver no Gráfico 7.

Dentro destes últimos encontram-se os doentes que de alguma forma têm um suporte domiciliário eficaz com capacidade de resposta na área de CP.

**Gráfico 7 – Tipos de alta**



De referir que dos 60% dos doentes que têm alta por óbito, poderiam ter regressado ao domicílio após controlo sintomático eficaz.

Neste sentido parece-me pertinente a criação de uma Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos que possa dar resposta a estas situações.

Esta necessidade sentida pela equipa tem a ver com os doentes que gostariam de estar em casa com apoio, dos doentes que estão controlados e que poderiam estar em casa e de doentes que recorrem à unidade enquanto estão a aguardar integração em unidades da RNCCI, que se encontram com necessidade de intervenção na área de CP.



## **7 – PROJECTO DA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA PALIATIVA / EQUIPA DE SUPORTE DOMICILIÁRIO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

A Casa de Saúde da Idanha tem assumido novos desafios na área da saúde com a criação de estruturas integradas com profissionais com formação específica no sentido de dar resposta às necessidades identificadas, como a abertura da Unidade de Cuidados Paliativos há cerca de 2 anos.

Segundo o Plano Nacional de Saúde e o Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) revisto em 2010, é necessário estabelecer intervenções relativamente á gestão do sofrimento de forma a dar resposta a todos os que deles carecem, quer em internamento quer em contexto domiciliário, baseadas em rigor técnico - científico.

Desta forma a Casa de Saúde da Idanha propõe-se a criar uma equipa Domiciliária de Suporte em Cuidados Paliativos para:

- Colaborar com as equipas dos Centros de Saúde da RNCCI de forma a melhorar a sua formação e prestação de cuidados a doentes em Cuidados Paliativos;
- Prestar cuidados directos a doentes que estejam a aguardar vaga para Unidades de Cuidados Paliativos;
- Proporcionar uma melhor gestão das altas da Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni, seguindo os doentes em regime domiciliário;
- Proporcionar uma continuidade de cuidados aos doentes que recorrem á Consulta de Medicina Paliativa da Casa de Saúde da Idanha;



### Objectivos Específicos

- Melhorar a formação teórica e prática em Cuidados Paliativos das equipas da RNCCI da área de Lisboa, através de cursos básicos de CP, reuniões para discussão de casos clínicos e estágio práticos na Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni da Casa de Saúde da Idanha;
- Prestar CP domiciliários aos doentes seguidos na Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni ou na Consulta Externa de Medicina Paliativa da Casa de Saúde da Idanha
- Prestar CP domiciliários aos doentes em Cuidados Paliativos na área de Sintra;

Numa altura em que estão a ser criadas novas instalações para a Casa de Saúde da Idanha, com todas as possibilidades que um momento de mudança proporciona, surge a oportunidade de realizar este projecto: a criação de uma **Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos**.

É fundamental a criação e implementação de projectos de qualidade em saúde promovendo a melhoria continua dos cuidados, o envolvimento/comprometimento das instituições em criar condições favoráveis à promoção, desenvolvimento e consolidação de conhecimento, criando novas oportunidades para os enfermeiros desenvolverem práticas de excelência.

A Consulta Externa de Medicina Paliativa encontra-se em funcionamento desde 28 de Fevereiro de 2010. A sua equipa é constituída por 1 médico e enfermeira, com o apoio de uma psicóloga, assistente espiritual, assistente social e sacerdote caso seja necessária a sua intervenção.

Os critérios de admissão na Consulta de Medicina Paliativa são os seguintes:

#### **1. Informação actualizada sobre:**

- Motivo para Referenciação;
- Tipo e Duração de Diagnóstico;



- Seguimento em Consultas de Especialidade;
  - Antecedentes Pessoais;
  - Medicação Actual;
  - Alergias Medicamentosas.
- 2. Idade  $\geq$  18 ano**
  - 3. Doença crónica progressiva e incurável:**
    - Com ou sem controlo sintomático;
    - Com ou sem seguimento regular noutras consultas de especialidade.
  - 4. PPS  $\geq$  50%, avaliado na semana anterior à data de referenciação**
  - 5. Acompanhamento do doente com demência por familiar ou cuidador principal**
  - 6. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica recentes**

A referenciação poderá ser feita através do Centro de Saúde, pelo médico assistente, ou pelo Hospital de referência do doente. É necessário o preenchimento de um formulário de referenciação, posteriormente enviado à consulta. (anexo VI).

Na primeira consulta é fornecido ao doente/familiar de referência um Contrato Terapêutico que ambos lêem e assinam posteriormente caso concordem. Em todas as consultas, e caso seja revisto, o Plano Terapêutico é fornecido ao doente, ficando uma cópia do mesmo no processo.

É também disponibilizada assistência telefónica 24 horas, caso seja necessário.

O principal motivo de referenciação á consulta foi por descontrolo sintomático. A sua patologia de base era essencialmente patologia oncológica com outras comorbilidades associadas.

O único doente com patologia não-oncológica, foi um doente que fez não foi referenciado por dor por Nevralgia do trigénio. Esta referenciação foi efectuada a nível intra-hospitalar.



O Quadro 5 expõe os doentes que foram seguidos na consulta, locais de proveniência e o tipo de seguimento.

<b>Quadro 5 – Locais de referenciação, seguimento e tipo de patologia dos doentes seguidos na Consulta Externa de Medicina Paliativa da CSI de acordo com o sexo</b>		
	Sexo Feminino	Sexo Masculino
Referenciação hospitalar	0	2
Referenciação Centro Saúde	3	0
Referenciação intra-hospitalar na CSI	5	1
Referenciação pelo próprio	10	7
Seguimento em consulta	18	10
Seguimento em domicílio	4	1
Orientação telefónica	18	10
Com necessidade de internamento posterior	3	1
Doentes inscritos na RNCCI	4	1
Patologia oncológica	17	10
Patologia não-oncológica	1	0
CSI, Casa de Saúde da Idanha; RNCCI, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados		

O Quadro anterior permite concluir que foram integrados na consulta 28 doentes no período de 28 de Fevereiro de 2010 a 28 de Agosto de 2011 (18 do sexo feminino). Todos estes doentes tiveram orientação telefónica, mais do que uma vez por dia.

No que se refere aos doentes seguidos em consulta todos possuíam PPS» a 50%. Os doentes seguidos no domicílio tinham PPS compreendido entre 30% e 40%.



De referir ainda que, os 5 doentes inscritos na RNCCI, apenas dois tiveram internamento em Unidade de CP. Os outros 3 doentes não chegaram a entrar na Rede, ou seja, tiveram o acompanhamento da equipa até ao seu momento de morte.

O tempo de assistência ainda é muito curto e ainda temos uma longa caminhada pela frente mas o resultado obtido para nós tem especial importância, na medida em que, tivemos a possibilidade de acompanhar 28 doentes e suas famílias em contexto de fim de vida.



## 8 – SUGESTÕES DE MUDANÇA PESSOAL E PROFISSIONAL

Feito este percurso, ficou claro que existe um fio condutor na prática dos CP quer sejam prestados em internamento ou em domicílio. Os princípios encontram-se interiorizados nas três realidades e os profissionais apresentam atitudes idênticas na sua prática diária. Cada equipa é única mas todas têm uma missão e valores comuns.

Todos os parceiros da comunidade são elementos indispensáveis para criar condições para um cuidar global. Todos nós, enquanto parte integrante da comunidade, tudo devemos fazer para que o doente paliativo seja mantido no seu contexto sócio-familiar.

Foi esta experiência enriquecedora que me permitiu desenvolver o meu projecto de consulta externa de Medicina Paliativa com apoio domiciliário estruturado. Após ter conhecimento dos indicadores de qualidade de cada uma das equipas foi mais simples estruturar o projecto e delinear os nossos próprios indicadores de qualidade da consulta externa e do acompanhamento domiciliário.

Parece-me urgente repensar e reestruturar a formação dos técnicos de saúde que lidam frequentemente com esta área de intervenção, com o objectivo de aumentar as competências no âmbito dos cuidados paliativos, pois o que evidenciei nos três campos de estágio foi a falta de profissionais da área médica. Neste contexto, a formação especializada deverá ser um investimento pessoal e das instituições de saúde, visando a constituição de equipas de prestação de cuidados de excelência.

Parece-me importante reflectir sobre uma possível criação de “via verde” em Cuidados Paliativos, ou seja, a criação de uma rede que seja eficaz e que permita por sua vez a alta para o domicílio, com equipas preparadas para dar resposta eficaz em Cuidados Paliativos e com tempo de funcionamento de 24 horas, permitindo ao doente ter acesso imediato à Unidade de onde teve alta, caso haja necessidade. Desta forma, dar-se-iam respostas mais eficazes às necessidades dos doentes e famílias.



Segundo Sánchez Sobrino e Sastre Moyano (1996), citado por Moreira (2006, p.46) *“para que o doente/família possam optar pelo cuidar no domicílio, é necessário: uma atenção integral realizada por uma equipa multidisciplinar durante 24 horas e os sete dias da semana, existir articulação entre os cuidados de saúde hospitalar e os cuidados de saúde primários, uma comunicação aberta e fluida entre todos os membros da equipa de saúde, família e doente, educação da família para o cuidar, avaliação dos recursos pessoais e uma via de comunicação rápida – uma linha aberta 24 horas”*.

Os profissionais de saúde deveriam proporcionar e incentivar o envolvimento dos familiares cuidadores nos cuidados ao doente paliativo, ainda em contexto hospitalar, de forma a preparar os cuidadores para o atendimento ao doente paliativo no domicílio.

Ao nível dos cuidados de saúde primários penso que seria importante promover reuniões entre cuidadores, de forma a possibilitar a partilha das suas vivências entre os seus pares e ainda procurar apoiar grupos de voluntariado através da formação, para que estes pudessem contribuir para o apoio à família.

Embora o ideal seja difícil de atingir, devido a todos os condicionamentos que envolvem o processo de cuidar do doente paliativo, penso que há sempre um caminho a percorrer no sentido da mudança. Mudar é sempre um desafio. Assim, devem ser pensadas novas formas de organização, entreajuda e apoio, afim de que cuidador e doente paliativo não vivam esta passagem das suas vidas como um tempo de espera pelo fim, mas sim um tempo de vida com dignidade.

Não interessa apenas legislar, interessa, fundamentalmente, divulgar, esclarecer, encaminhar, clarificar e pôr em prática, para que, desta forma, estes benefícios deixem de ser utilizados apenas por alguns que, por diversos motivos, estão mais informados.

Torna-se imperioso segundo Cerqueira (2005), que a sociedade se mentalize da importância dum trabalho em continuidade e em parceria, pois, na actualidade, torna-se inaceitável que cada profissional não trabalhe para um fim comum que é: **ELEVAR A SATISFAÇÃO DAS POPULAÇÕES.**



## 9- CONCLUSÃO

Ao longo do estágio, cada dia foi uma aprendizagem nova, cada doente e seus familiares eram únicos e viviam a “despedida” de forma muito singular, o que levou a uma intervenção muito personalizada. Aprendi diariamente a viver cada momento como único, sendo esta experiência um privilégio.

A presença diária possibilitou por um lado, ter uma actuação no sentido de trabalhar emocionalmente a antecipação de crises, por outro lado, permitiu-me apoiar situações que não devem ser deixadas para “depois”, correndo-se o risco de não ser possível abordá-las mais tarde.

No final do estágio reflecti sobre a realização do mesmo em três locais distintos, quase em simultâneo. O que percepcionei foi que desta forma me permitiu ter um papel mais presente e abrangente com os doentes e colegas, evidenciando-se uma continuidade.

A partilha com os colegas em tempo útil, foi muito importante, porque me ajudou a reflectir e a tomar decisões, por vezes difíceis, no momento.

Contudo o caminho a percorrer é longo...somente com a ajuda de quem sofre e em equipa se poderá, com humildade, chegar mais longe na investigação e na prática para se poder ajudar a viver a vida de forma tão única.

Este é um momento de conclusão, não só deste relatório mas também do Mestrado. O Mestrado foi para mim um espaço de oportunidades, de mudança, e um suporte fundamental. Numa fase de grande instabilidade profissional e de grandes dúvidas na tomada de algumas decisões sobre o meu futuro profissional, o Mestrado foi lugar de reflexão, de partilha, de catarse, e principalmente de elaboração. Para além do que aprendi, pensei, questionei, reflecti, para uma melhor prática.

Foi com espanto, expectativa, entusiasmo, mas também com algum receio, que aceitei o desafio de desenvolver o projecto da Equipa de Suporte Domiciliário em



Cuidados Paliativos, com grande suporte do Dr. Miguel Julião que criou esta oportunidade.

Penso que uma intervenção precoce numa estrutura que responda às necessidades terapêuticas do doente e sua família possa fazer a diferença num desenvolvimento mais adequado e saudável.

Haverá muitos tópicos a desenvolver, muitas ideias a aprofundar, acredito que muito do que foi escrito e pensado possa ser alterado, reformulado, fica um esboço inicial, a linha de partida de um projecto que tenho a honra de ver nascer e espero ver crescer. Muito há a fazer na área da oferta de serviços a este tipo de doentes, acredito que esta é uma oportunidade, e este trabalho o ponto de partida para muitas “aventuras”. Sonhar, acreditar, é já fazer caminho.

E agora ao concluir tudo começa, num arrepio de vontade que anuncia caminhos novos.

Num projecto que nasce entre muita gente e que entende a partilha, a articulação, a relação, o conhecimento, a parceria activa, como bens maiores (penso vitais) para o crescimento. Resta o convite: – Vamos?



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cerqueira, Maria. - O Cuidador e o Doente Paliativo. Vale Gemil, Formasau; (2005) ISBN 972-8485-49-2;
- GOMES, Anabela e tal. – Comunicação com o doente em fase terminal e sua família, In Divulgação. Porto, nº29, Janeiro (1994);
- Guía de Critérios de Calidad en Cuidados Paliativos. Ministério de Sanidad y consumo. SECPAL. Fundación Avedis Donabedian (2002);
- Morgan, D. - *Focus group as qualitative research*. Qualitative Research Methods Series. 16. London: Sage Publications (1997);
- SÁNCHEZ SOBRINO, M. e SASTRE MOYANO, P. – Cuidados paliativos domiciliários y hospitalarios. In: GONZÁLEZ BARÓN, M. e tal. – Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo com câncer. Madrid: Editorial Médica Panamericana (1996);
- STRECHT, Pedro – *Interiores - Uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assírio & Alvim, 2001. ISBN 972-37-0651-2;
- TEMMINK, Denise et al. – Innovations in the nursing care of the cronicly ill: a literature review from na international perspective. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford. ISN0308-2402. Vol 31, nº 6 (2000);
- Veiga, L. & Gondim, S.M.G. - A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. *Opinião Pública*. 2(1), 1-15 (2001);
- WEITZNER, Michael e tal. – The family caregiver of the older câncer patient. *Hematology/Oncology Clinics of North America*. Vol 14, nº 1 (2000).

## Referências Metodológicas

- Azevedo, M. - *Teses Relatórios e Trabalhos Escolares Sugestões a estruturação da escrita* (6a. ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa (2008);



- Pereira, A. & Poupa, C. - *Como escrever uma tese: monografia ou livro científico usando o word* (4a ed.). Cascais: Edições Sílabo (2008).

## Legislação

- *Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho* – Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social.
- *Directiva Técnica nº1/UMCCI/2008* – Critérios gerais de referenciação de doentes para unidades de internamento, ambulatório e equipas da RNCCI, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.
- *Directiva Técnica nº5/UMCCI/2008* – Processo Individual de Cuidados do Doente da RNCCI, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

## Outra Bibliografia Consultada

- Casa de Saúde da Idanha. Documento não publicado. Cedido pela instituição a 14 Março de 2010.
- Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni. Cedido pela instituição a 14 Março de 2010.
- Barbosa, A., “Manual de Cuidados Paliativos”. Lisboa, Centro de Bioética – Faculdade de Medicina de Lisboa (2006);
- Bonino, S., “Mil Amarras me Prendem à Vida”. Coimbra, Editora Quarteto (2007);
- [Http: counseling.uchicago.edu/vpc](http://counseling.uchicago.edu/vpc) (acedido em 11/04/09);



- Pereira, M., “Comunicação de más notícias e gestão do luto”. Coimbra, Fomasau (2008);
- Rebelo, J. - “Desatar o nó do Luto”. Cruz Quebrada, Casa das Letras (2008);
- Twycross, R. - “Cuidados Paliativos”. Lisboa, Climepsi Editores (2003);
- COLLIÈRE, Marie-Francoise - Promover a Vida. Paris. Inter Editions (1989);
- HENNEZEL, Marie de – *Morrer de Olhos abertos*. 1ª Edição. Cruz Quebrada: Casa das Letras / Editorial Notícias, 2006;
- KUBLER-ROSS, Elizabeth. - Acolher a Morte. Cruz Quebrada, Ed.Estrela Polar (2008);
- LEAL, Fatima “Transmissão de más notícias. In Revista Portuguesa de Clínica Geral; 2003;19:40-3
- MOREIRA, Isabel – O Doente Terminal em Contexto Familiar. Coimbra. Formasau (2006);
- NETO IG. “A conferência familiar como instrumento de apoio á família em cuidados paliativos. In Revista Portuguesa de Clínica Geral; 2003;19:68-74
- NETO IG, BARBOSA A. - Manual de Cuidados Paliativos. Fundação Calouste Gulbenkian (2006);
- NEVES, Ana et al – *Cuidados Paliativos*. 1ª Edição. Coimbra: Edições Formasau, Formação e Saúde (2000);
- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, (1977);
- Fern EF. Advanced focus group research. California: Thousand Oaks, (2001);
- Fortin MF. O Processo de Investigação – da concepção à realização. Loures: Lusociência, (2000);
- Galego C, Gomes A. Emancipação, ruptura e inovação – o Focus Grupo como instrumento de investigação. Revista Lusófona de Educação, 5, (2005);
- Quivy R, Campenhoudt L. Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva, (1992);
- Veiga L, Gondim S.M.G. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. Opinião pública, (2001).



## **ANEXOS**



**ANEXO I** - Folha de dados de identificação do doente, folha de necessidades humanas básicas, diagnóstico e história/evolução clínica.



Ministério da Saúde



Centro de Saúde de Odivelas

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE DE ODIVELAS  
CUIDADOS CONTINUADOS

REGISTO DE ADMISSÃO

1. Dados de IDENTIFICAÇÃO PESSOAL e REDE DE APOIO

Nome:.....

Morada:.....

Freguesia:..... Telefone:...../.....

Profissão..... Aposentado  Data de Nascimento ...../...../..... Idade..... Sexo.....

Cuidador Principal:..... Familiar  Amigo  Vive só  Outro

Grau de Parentesco..... Telefone...../.....

Extensão de Saúde..... Médico Família.....

BI nº..... Data de emissão...../...../..... Arquivo..... Validade.....

Nº de cartão utente..... NIF.....

Nº de beneficiário.....  Isento  Não Isento NATURALIDADE .....

Subsistema:..... Nº.....

Referenciado por: Médico de Família  Parceria  Qual?..... Hospital  Qual?..... Outro

2. DADOS DE ADMISSÃO

Processo nº..... Data de admissão: ...../...../.....

Atendimento no: Centro de Saúde  Por telefone  Por fax  Outros

Assinatura do funcionário:..... Data de preenchimento: ...../...../.....

Profissional responsável / Gestor de caso .....

Acompanhamento por: Psicóloga  Fisioterapeuta  Assistente Social  Médico/a  Terapeuta Ocupacional  Enfermeiro/a

Faixa Etária: Pediátrico  Adulto  Geriátrico

Tipologia: Reabilitação  Crónico  Paliativo

Motivo da visita domiciliária: Controlo de sintomas  Tratamento de feridas  Injectáveis  Reabilitação

Apoio à família  Apoio psicológico  Outro



3. MOTIVO DE INTERVENÇÃO E ANTECEDENTES PESSOAIS

	MOTIVO DEPENDÊNCIA	ANTECEDENTES
ACIDENTE/LESÃO TRAUMÁTICA		
APOIO NO LUTO		
AVC .....		
CARDIOPATIA ISQUÉMICA		
CIRROSE HEPÁTICA		
DEMÊNCIA		
DIABETES MELLITUS TIPO: .....		
DOENÇA ENDÓCRINA/ METABÓLICA		
DOENÇA INFECCIOSA.....		
DOENÇA NEUROLÓGICA.....		
DOENÇA PSIQUIÁTRICA.....		
DOENÇA VASCULAR.....		
DPOC		
FRACTURA.....		
HIDROCEFALIA		
HTA		
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA		
INSUFICIÊNCIA RENAL		
NEOPLASIAS, LOCAL PRIMITIVO.....		
PATOLOGIA OSTEOARTICULAR.....		
PSICOSE/ EQUIZOFRENIA		
QUEIMADURAS		
ULCERA DE PRESSÃO		
ÚLCERA VARICOSA		
OUTRAS FERIDAS		
OUTROS.....		

Último Internamento: De ..... a ..... Onde?.....

Observações:.....

Défices identificados:

Visuais  Auditivos  Motores  Outros

Comportamentos aditivos: *Alcoolismo*  *Tabagismo*  *Outros*

Mantidos: Sim  Não  Sim  Não  Sim  Não

Alergias: *Medicamentos*..... *Alimentos*..... *Outras*.....

Crenças Espirituais / Religiosas .....

Grau de Instrução ..... Sabe Ler: Sim  Não  Sabe Escrever: Sim  Não



4. HISTÓRICO

ECOMAPA	GENOGRAMA

5. ACTIVIDADES DE VIDA – PERFIL DE DEPENDÊNCIA/CUIDADOS NECESSÁRIOS

Estado de Consciência e Expressão	Consciente <input type="checkbox"/> Reage a estímulo verbais <input type="checkbox"/> Reage a estímulos dolorosos <input type="checkbox"/> Não reage <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Desorientado: <i>no tempo</i> <input type="checkbox"/> <i>no espaço</i> <input type="checkbox"/> Disártrico <input type="checkbox"/> Afásico <input type="checkbox"/> Observações _____		
Higiene Pessoal	Independente <input type="checkbox"/> Dependente: ⇒ <i>Grau Reduzido</i> <input type="checkbox"/> <i>Grau Moderado</i> <input type="checkbox"/> <i>Grau Elevado</i> <input type="checkbox"/> Observações _____		
Vestir-se/Despir-se	Independente <input type="checkbox"/> Dependente: ⇒ <i>Grau Reduzido</i> <input type="checkbox"/> <i>Grau Moderado</i> <input type="checkbox"/> <i>Grau Elevado</i> <input type="checkbox"/> Observações _____		
Nutrição e Alimentação	Independente <input type="checkbox"/> Dependente: ⇒ <i>Grau Reduzido</i> <input type="checkbox"/> <i>Grau Moderado</i> <input type="checkbox"/> <i>Grau Elevado</i> <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Disfagia ⇒ Tipo _____ <input type="checkbox"/> Reforço Hídrico <input type="checkbox"/> Restrição Hídrica <input type="checkbox"/> Sonda naso-gástrica <input type="checkbox"/> Nº _____ colocada em ___/___/___ a mudar ___/___/___ Gastrostomia <input type="checkbox"/> Qual? _____ colocada em ___/___/___ a mudar ___/___/___ Dieta _____ Observações _____		
Grau Reduzido – Necessita de ajuda no acesso a utensílios / equipamentos Grau Moderado – Necessita também de ajuda parcial (pessoa e equipamentos) Grau Elevado – Não participa. Necessita de ajuda total			
Locomoção e Mobilidade	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Ajuda Parcial ⇒ <input type="checkbox"/> Marcha  <input type="checkbox"/> Transferência  <input type="checkbox"/> Mobilização na Cama  <input type="checkbox"/> Ajuda Total ⇒ <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Mobilização na cama                             </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Meios auxiliares de marcha:                              Bengala <input type="checkbox"/>                              Canadiana <input type="checkbox"/>                              Tripé <input type="checkbox"/>                              Andarilho <input type="checkbox"/>                              Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> Observações _____	<input type="checkbox"/> Ajuda Parcial ⇒ <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Mobilização na Cama <input type="checkbox"/> Ajuda Total ⇒ <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Mobilização na cama	<input type="checkbox"/> Meios auxiliares de marcha: Bengala <input type="checkbox"/> Canadiana <input type="checkbox"/> Tripé <input type="checkbox"/> Andarilho <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ajuda Parcial ⇒ <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Mobilização na Cama <input type="checkbox"/> Ajuda Total ⇒ <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Mobilização na cama	<input type="checkbox"/> Meios auxiliares de marcha: Bengala <input type="checkbox"/> Canadiana <input type="checkbox"/> Tripé <input type="checkbox"/> Andarilho <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/>		



Eliminação	Vesical	<input type="checkbox"/> Incontinente: <input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Dispositivo urinário <input type="checkbox"/> Drenagem supra-púbica <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> Nefrostomia ⇒ direita <input type="checkbox"/> esquerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Catéter vesical: nº _____; Colocado a: ____/____/____ Mudar a: ____/____/____
	Intestinal	<input type="checkbox"/> Incontinente: <input type="checkbox"/> Continente: Hábitos intestinais _____ <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Ileostomia Observações _____
Respiração	<input type="checkbox"/> Inaloterapia <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia: débito _____; nº horas/dia _____ <input type="checkbox"/> Aspiração de Secrecções <input type="checkbox"/> Ventilação Não Invasiva: parametros - BIPAP ____ CPAP ____ Observações _____	
Sono e Repouso	<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Insónias <input type="checkbox"/> Indutores do sono Observações _____	

**6. INDEPENDÊNCIA NAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (I DE KATZ)**

Actividade	Independente (2)	Ajuda (1)	Dependente (0)
Tomar banho	Entra e sai da banheira	Ajuda parcial	Só com ajuda
Vestir-se	Veste-se sem ajuda	Excepto calçado	Só com ajuda
Ir à casa de Banho	Vai à casa de banho sozinho	Vai, com ajuda	Não vai a C. Banho
Transferência	Deita-se levanta-se e senta-se	Deita-se/levanta-se c/ ajuda	Não sai da cama
Continência	Controle completo esfínteres	"acidentes" ocasionais	Fralda ou algália
Alimentação	Alimenta-se sem ajuda	Excepto cortar a carne	Com ajuda ou sonda
PONTUAÇÃO			

Score : 0 - Totalmente dependente; 0 - 6 Parcialmente Dependente; 6 - 12 Independente

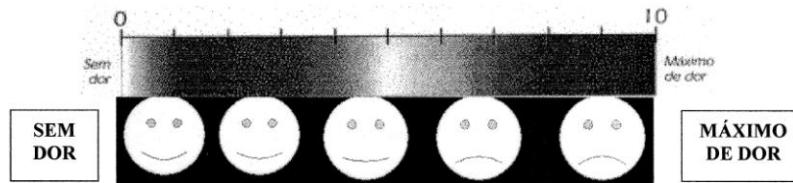
**7. INDEPENDÊNCIA NAS ACTIVIDADES OPERACIONAIS DE VIDA DIÁRIA (I DE LAWTON)**

Actividade	Sem qualquer ajuda (2)	Apenas com ajuda (1)	Totalmente incapaz (0)
Usar o telefone			
Ir para lugares além da distância de marcha			
Ir comprar mercearias			
Preparar as refeições			
Fazer a lida da casa			
Fazer pequenos trabalhos domésticos (reparações, arranjos)			
Tratar das roupas (lavar, secar)			
Tomar a medicação (quando necessário)			
Fazer a gestão do dinheiro			
Total parcial			
TOTAL			



**8. DOR E OUTROS SINTOMAS**

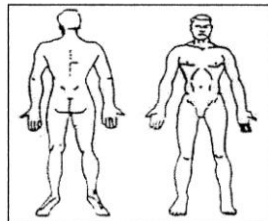
DOR  
 Localização: \_\_\_\_\_ Intensidade:  ligeira  moderada  intensa  
 Duração: Aguda  Crónica  Contínua  Intermitente  Quando começou? \_\_\_\_\_  
 Descrição: Moinha  Picada  Choque  Queimadura  Outro  \_\_\_\_\_  
 Tipo: Nociceptiva  Neuropática   
 Factores desencadeantes:  movimento  postura  execução de tratamentos  estado emocional  outros \_\_\_\_\_  
 Factores de alívio: Repouso  Postura  Outros  \_\_\_\_\_



**OUTROS SINTOMAS:**

- 1 – Anorexia
- 2 – Astenia/cansaço/debilidade
- 3 – Náuseas/vómitos
- 4 – Obstipação
- 5 – Dispneia
- 6 – Tosse
- 7 – Hemorragia/perda Sanguínea
- 8 – Ansiedade
- 9 – Insónia
- 10 – Agitação psíquica
- 11 – Agitação motora
- 12 – Alterações do humor  Qual?.....

**9. INTEGRIDADE CUTÂNEA**



	Tipo	Nº (localização)	Data Inicial	Data de Cicatrização
Úlcera de Pressão				
Úlcera Venosa				
Úlcera Arterial				
Úlcera Mista				
Úlcera Diabética				
Úlcera Maligna				
Ferida Traumática				
Ferida Cirúrgica				

**Legenda (tipo):**

- 1 – Eritema Branqueável; 2 – Eritema não branqueável; 3 – Úlcera superficial; 4 – Úlcera profunda;
- 5 – Flictena; 6 - Lesão por Incontinência



10. ALTA

ALTA: DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

MOTIVO:

1 - INTERNAMENTO EM

- LAR
- HOSPITAL
- RNCCI
- UMD
- ULD
- CONVALESCENÇA
- UCP
- AUTONOMIA E REABILITAÇÃO
- OUTROS



- EQUIPA CCI
- FAMÍLIA
- OUTROS \_\_\_\_\_

2 - MELHORADO  3 - MUDANÇA RESIDÊNCIA: DEFINITIVA  TEMPORÁRIA  4 - PEDIDO P/ UTENTE  5 - UTENTE S/CRITÉRIOS

6 - ÓBITO {  DOMICILIO  
 HOSPITAL  
 OUTRO } Apoio à Família   
QUEM APOIOU? \_\_\_\_\_

QUEM DÁ ALTA? .....

DATA: .../.../....





## ANEXO II – Plano Individual de Intervenção



3º Passo: Recomendações/Sugestões/ marcação de próximas conferências:



UNIDADE CUIDADOS PALIATIVOS

S. BENTO MENNI

## Plano Individual De Intervenção

Nome Utente:	Quarto/Cama:
Data Admissão: __/__/__ Data de Alta: __/__/__	Coordenador do PII:



UNIDADE CUIDADOS PALIATIVOS  
S. BENTO MENNI

### Caracterização e Avaliação

Data Início	Nº	Necessidades/Problemas/Pontos Fortes	Objectivos/metás	Prazo	Cumprimento da Meta (TA, PA, NA)



UNIDADE CUIDADOS PALIATIVOS

S. BENTO MENNI

### Planeamento da Intervenção

DATA INÍCIO	Nº	INTERVENÇÃO	RESPONSÁVEL	DATA TÉRMINO



UNIDADE CUIDADOS PALIATIVOS  
S. BENTO MENNI

DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO _____	DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO _____	DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO _____
DATA REVISÃO PII _____	DATA REVISÃO PII _____	DATA REVISÃO PII _____
NOME E RÚBRICA _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	NOME E RÚBRICA _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	NOME E RÚBRICA _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____



ANEXO III – Folha de registo de Conferência Familiar



## CONFERÊNCIA FAMILIAR – ACOLHIMENTO

<b>1. PLANEAMENTO</b>	<b>DATA PREVISTA:</b> __/__/__, às __h__
<u>Objectivo geral:</u> Acolhimento à família e doente (primeiras 48 horas)	<u>Local:</u> Sala de reunião <input type="checkbox"/>
	Outro <input type="checkbox"/>
<u>Objectivos específicos:</u> 1. Entregue manual de acolhimento <input type="checkbox"/>	
2. Informação sobre:	
2ª) regras de funcionamento da Unidade <input type="checkbox"/>	
2b) constituição da equipa de profissionais <input type="checkbox"/>	
2c) cuidados e serviços prestados na Unidade <input type="checkbox"/>	
2d) direitos, garantias e deveres da/o utente e cuidadores informais/família <input type="checkbox"/>	
2e) procedimento para apresentação de sugestões e reclamações <input type="checkbox"/>	
3. Foi garantido o envolvimento dos cuidadores informais/familiares através de:	
3ª) horário de visitas alargado <input type="checkbox"/>	
3b) participação no processo de acolhimento ao utente <input type="checkbox"/>	
3c) participação no planeamento de cuidados <input type="checkbox"/>	
3d) participação nas actividades de vida diária do utente <input type="checkbox"/>	
3e) participação no planeamento da alta <input type="checkbox"/>	
<b>2. DESENVOLVIMENTO</b> (Explicitar a forma como decorreu a reunião, pontos de vista, ajustes realizados...)	
1º Passo – Apresentação dos membros presentes; Explicitação dos objectivos	
2º Passo – Decorrer da conferência:	
3º Passo: Recomendações/Sugestões/ marcação de próximas conferências:	
<b>3. CONCLUSÃO/ DECISÕES:</b>	



ANEXO IV – Cronograma de estágio e folha de registo de presenças



Quadro I: Horário de Estágio de 6 de Fevereiro a 21 de Fevereiro

	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
IPO	Yellow	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow	Yellow
CSO	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow	Light Blue	Orange	Yellow	Yellow	Light Blue	Light Blue

Quadro II: Horário de Estágio de 22 de Fevereiro a 28 de Fevereiro

	22	23	24	25	26	27	28
IPO	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Yellow	Yellow	Yellow
CSO	Green	Light Blue	Green	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue

Quadro III: Horário de Estágio de 1 de Março a 16 de Março

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
IPO	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue
CSO	Green	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Green	Light Blue
UCP	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow	Light Blue	Yellow

Quadro IV: Horário de Estágio de 17 de Março a 31 de Março

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
IPO	Yellow	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow
CSO	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Purple	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue
UCP	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow	Yellow	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue

Quadro V: Horário de Estágio de 1 de Abril a 16 de Abril

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
IPO	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue
CSO	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue
UCP	Light Blue	Yellow	Light Blue	Yellow	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue



Quadro IV: Horário de Estágio de 17 de Abril a 30 de Abril

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
IPO														
CSO														
UCP														

<b>Estágio das 8 – 12 horas</b>	
<b>Estágio das 8- 16 horas</b>	
<b>Estágio das 8 – 20 horas</b>	
<b>Estágio das 12-20 horas</b>	



**MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

REGISTO DE PRESENCAS EM ESTÁGIO

Local: IPOFGL - Unidade Apoio Domiciliário

Mestrando: Franca das Rebelo Lopes (192408001)

Ano: 2010

Mês: Fevereiro

Dia	Entrada		Saída	
	Hora	Rubrica	Hora	Rubrica
1	:		:	
2	:		:	
3	:		:	
4	:		:	
5	:		:	
6	8 : 00	7 <sup>a</sup> par	16 : 00	7 <sup>a</sup> par
7	8 : 00	7 <sup>a</sup> par	16 : 00	7 <sup>a</sup> par
8	:		:	
9	:		:	
10	:		:	
11	8 : 00	7 <sup>a</sup> par	12 : 00	7 <sup>a</sup> par
12	:		:	
13	:		:	
14	:		:	
15	:		:	
16	8 : 00	7 <sup>a</sup> par	16 : 00	7 <sup>a</sup> par
17	:		:	
18	:		:	
19	:		:	
20	8 : 00	7 <sup>a</sup> par	16 : 00	7 <sup>a</sup> par
21	8 : 00	7 <sup>a</sup> par	16 : 00	7 <sup>a</sup> par
22	:		:	
23	8 : 00	7 <sup>a</sup> par	16 : 00	7 <sup>a</sup> par
24	:		:	
25	:		:	
26	8 : 00	7 <sup>a</sup> par	16 : 00	7 <sup>a</sup> par
27	8 : 00	7 <sup>a</sup> par	16 : 00	7 <sup>a</sup> par
28	8 : 00	7 <sup>a</sup> par	16 : 00	7 <sup>a</sup> par
29	:		:	
30	:		:	
31	:		:	
			Total de Horas	<u>76 horas</u>

Responsável no Local de Estágio: [Assinatura]

Orientador de Estágio: \_\_\_\_\_



**MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

REGISTO DE PRESENCAS EM ESTÁGIO

Local	IPOFGL - Unidade Apoio Domiciliário		
Mestrando	Tânia das Rebelo Lopes (192408001)		
Ano	2010	Mês	Janeiro

Dia	Entrada		Saída	
	Hora	Rubrica	Hora	Rubrica
1	:		:	
2	8 :00	n.º pas	16 :00	n.º pas
3	:		:	
4	:		:	
5	:		:	
6	8 :00	n.º pas	16 :00	n.º pas
7	:		:	
8	:		:	
9	:		:	
10	:		:	
11	:		:	
12	:		:	
13	:		:	
14	:		:	
15	:		:	
16	:		:	
17	:		:	
18	:		:	
19	:		:	
20	:		:	
21	:		:	
22	:		:	
23	:		:	
24	:		:	
25	:		:	
26	:		:	
27	:		:	
28	:		:	
29	:		:	
30	:		:	
31	:		:	
Total de Horas			16 horas	

Responsável no Local de Estágio: [Assinatura]

Orientador de Estágio: \_\_\_\_\_



**MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

REGISTO DE PRESENCAS EM ESTÁGIO

Local IPO FGL - Unidade Apoio Domiciliário

Mestrando Tania José Rebelo Lopes (192408001)

Ano 2010

Mês Abril

Dia	Entrada		Saída	
	Hora	Rubrica	Hora	Rubrica
1	:		:	
2	:		:	
3	8 : 00	H <sup>a</sup> P <sup>ao</sup>	16 : 00	H <sup>a</sup> P <sup>ao</sup>
4	:		:	
5	:		:	
6	:		:	
7	:		:	
8	:		:	
9	:		:	
10	:		:	
11	:		:	
12	:		:	
13	:		:	
14	:		:	
15	:		:	
16	:		:	
17	:		:	
18	:		:	
19	:		:	
20	:		:	
21	:		:	
22	:		:	
23	:		:	
24	:		:	
25	:		:	
26	:		:	
27	:		:	
28	:		:	
29	:		:	
30	:		:	
31	:		:	
			Total de Horas	<u>8 horas</u>

Responsável no Local de Estágio: [Assinatura]

Orientador de Estágio: \_\_\_\_\_



MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

REGISTO DE PRESENCAS EM ESTÁGIO

Local Equipa Cuidados Continuados Integrados - CSO

Mestrando Francisca Rebelo Lopes (192408001)

Ano 2010

Mês Fevereiro

Dia	Entrada		Saída	
	Hora	Rubrica	Hora	Rubrica
1	:		:	
2	:		:	
3	:		:	
4	:		:	
5	:		:	
6	:		:	
7	:		:	
8	:		:	
9	:		:	
10	:		:	
11	:		:	
12	:		:	
13	:		:	
14	:		:	
15	8 : 00	<u>Pa pas</u>	16 : 00	<u>Pa pas</u>
16	:		:	
17	8 : 00	<u>Pa pas</u>	12 : 00	<u>Pa pas</u>
18	8 : 00	<u>Pa pas</u>	16 : 00	<u>Pa pas</u>
19	8 : 00	<u>Pa pas</u>	16 : 00	<u>Pa pas</u>
20	:		:	
21	:		:	
22	8 : 00	<u>Pa pas</u>	20 : 00	<u>Pa pas</u>
23	:		:	
24	8 : 00	<u>Pa pas</u>	20 : 00	<u>Pa pas</u>
25	8 : 00	<u>Pa pas</u>	16 : 00	<u>Pa pas</u>
26	:		:	
27	:		:	
28	:		:	
29	:		:	
30	:		:	
31	:		:	
			Total de Horas	<u>60 Horas</u>

Responsável no Local de Estágio: Dr. António Augusto Pereira

Orientador de Estágio: Isabelina



MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

REGISTO DE PRESENCAS EM ESTÁGIO

Local Equipa cuidados continuados Integrados - CSO

Mestrando Viana das Rebelas Lopes (192408009)

Ano 2010

Mês Janeiro

Dia	Entrada		Saída	
	Hora	Rubrica	Hora	Rubrica
1	8 : 00	1 <sup>a</sup> par	20 : 00	1 <sup>a</sup> par
2	:	:	:	:
3	8 : 00	1 <sup>a</sup> par	16 : 00	1 <sup>a</sup> par
4	:	:	:	:
5	:	:	:	:
6	:	:	:	:
7	:	:	:	:
8	:	:	:	:
9	:	:	:	:
10	:	:	:	:
11	:	:	:	:
12	:	:	:	:
13	:	:	:	:
14	:	:	:	:
15	8 : 00	1 <sup>a</sup> par	20 : 00	1 <sup>a</sup> par
16	:	:	:	:
17	:	:	:	:
18	:	:	:	:
19	:	:	:	:
20	12 : 00	1 <sup>a</sup> par	20 : 00	1 <sup>a</sup> par
21	:	:	:	:
22	:	:	:	:
23	:	:	:	:
24	:	:	:	:
25	:	:	:	:
26	:	:	:	:
27	:	:	:	:
28	:	:	:	:
29	:	:	:	:
30	:	:	:	:
31	:	:	:	:
			Total de Horas	40 Horas

Responsável no Local de Estágio: \_\_\_\_\_

Orientador de Estágio: T. S. Fernandes



**MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

REGISTO DE PRESENCAS EM ESTÁGIO

Local: UCP-SBM - Casa de Saúde da Idanha

Mestrando: Fátima das Rebelo Lopes (292408001)

Ano: 2010 Mês: Janeiro

Dia	Entrada		Saída	
	Hora	Rubrica	Hora	Rubrica
1	:		:	
2	:		:	
3	:		:	
4	:		:	
5	15 : 00	n.º pas	23 : 00	n.º pas
6	:		:	
7	:		:	
8	:		:	
9	:		:	
10	:		:	
11	:		:	
12	:		:	
13	:		:	
14	16 : 00	n.º pas	23 : 00	n.º pas
15	:		:	
16	8 : 00	n.º pas	16 : 00	n.º pas
17	:		:	
18	8 : 00	n.º pas	16 : 00	n.º pas
19	:		:	
20	:		:	
21	:		:	
22	:		:	
23	8 : 00	n.º pas	16 : 00	n.º pas
24	15 : 00	n.º pas	23 : 00	n.º pas
25	:		:	
26	15 : 00	n.º pas	19 : 00	n.º pas
27	:		:	
28	:		:	
29	:		:	
30	:		:	
31	:		:	
Total de Horas			51 horas	

Responsável no Local de Estágio: Fátima Oliveira

Orientador de Estágio: \_\_\_\_\_



**MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

REGISTO DE PRESENCAS EM ESTÁGIO

Local: UCP - SBM - Casa de Saúde da Idanha

Mestrando: Fátima das Rebelas Lopes (192408007)

Ano: 2010

Mês: Abril

Dia	Entrada		Saída	
	Hora	Rubrica	Hora	Rubrica
1	:		:	
2	8 :00	7 <sup>a</sup> par	16 :00	7 <sup>a</sup> par
3	:		:	
4	8 :00	7 <sup>a</sup> par	17 :00	7 <sup>a</sup> par
5	:		:	
6	16 :00	7 <sup>a</sup> par	23 :00	7 <sup>a</sup> par
7	:		:	
8	:		:	
9	16 :00	7 <sup>a</sup> par	23 :00	7 <sup>a</sup> par
10	:		:	
11	:		:	
12	14 :00	7 <sup>a</sup> par	20 :00	7 <sup>a</sup> par
13	:		:	
14	:		:	
15	:		:	
16	:		:	
17	:		:	
18	:		:	
19	14 :00	7 <sup>a</sup> par	20 :00	7 <sup>a</sup> par
20	:		:	
21	:		:	
22	:		:	
23	:		:	
24	:		:	
25	:		:	
26	14 :00	7 <sup>a</sup> par	20 :00	7 <sup>a</sup> par
27	:		:	
28	:		:	
29	:		:	
30	:		:	
31	:		:	
			Total de Horas	49 horas

Responsável no Local de Estágio: Fátima Oliveira

Orientador de Estágio: \_\_\_\_\_



## ANEXO V – Modelo de Avaliação Familiar de Calgary



### **Avaliação Familiar Segundo o Modelo de Calgary**

#### **Identificação dos Membros da Família**

Nome	Papel Familiar	Género	Idade	D. Nascimento	Escolaridade	Profissão

#### **1. Avaliação Estrutural**

##### **Estrutura Interna:**

**Composição Familiar:**

**Género:**

**Orientação Sexual:**

**Ordem de Nascimento:**



**Subsistemas:**

- Coniugal:

- Parental:

- Fraternal:

**Limites/Fronteiras:**

(flexível, rígida, anárquica)



**Estrutura Externa:**

**Família Alargada:**

**Subsistemas Mais Amplos**



**Contexto:**

**Etnia:**

--

**Classe Social:**

**Valores:**

--

**Estilos de Vida:**

--

**Comportamentos:**

--

**Recursos:**

--

**Factores de Stress:**

--



**Religião/ Espiritualidade**

<b>Valores</b>
<b>Hábitos</b>
<b>Comportamentos</b>

**Ambiente**

**Tipo de Habitação:**

<b>Condições da habitação:</b>
<b>Saneamento Básico</b>
<b>Luminosidade</b>
<b>Estado de Higiene/Arrumação</b>
<b>Adequação do Espaço</b>



**Privacidade**

**Acessibilidades**

## **2. Avaliação do Desenvolvimento**

**Etapas**

**Etapa do Ciclo de Vida**

**Mudanças recentes na Família/Problemas Associados**

**Alterações inerentes aos Subsistemas**



**Tarefas**

**Adaptação às tarefas dos diferentes membros familiares**

**Distribuição de Tarefas pelos Membros da Família**



**Vínculos**

**Vínculos Afectivos Entre Membros da Família**

**3. Avaliação Funcional**

**Instrumental**

**Actividades de Vida Diárias**

**Manter um ambiente seguro**



<b>Comunicar</b>
<b>Respirar</b>
<b>Comer e Beber</b>
<b>Eliminar</b>
<b>Higiene pessoal e vestir-se</b>
<b>Controlar a temperatura do corpo</b>



**Expressivo**

**Comunicação Emocional**

**Padrão de Comunicação**

**Influência e Poder nas Relações**

**Crenças e Sua Influência**

**Capacidade para Resolver Problemas**



<b>Movimentar-se</b>
<b>Trabalhar e divertir-se</b>
<b>Expressão da sexualidade</b>
<b>Sono e repouso</b>
<b>Morte</b>



**Factores de Stress Familiar**

**Importância dos Problemas Familiares**

**Validação dos Problemas Identificados com a Família**



ANEXO VI – Formulário de referenciação para consulta externa de Medicina Paliativa



## Requisitos para o Envio e Admissão à Consulta de Medicina Paliativa

- **Informação actualizada sobre<sup>\*1</sup>:**
  - Motivo para Referenciação
  - Tipo e Duração de Diagnóstico
  - Seguimento em Consultas de Especialidade
  - Antecedentes Pessoais
  - Medicação Actual
  - Alergias Medicamentosas
  
- **Idade  $\geq$  18 anos**
  
- **Doença crónica progressiva e incurável:**
  - Com ou sem controlo sintomático
  - Com ou sem seguimento regular noutras consultas de especialidade
  
- **PPS<sup>\*2</sup>  $\geq$  50%, avaliado na semana anterior à data de referenciação**
  
- **Acompanhamento do doente com demência por familiar ou cuidador principal**
  
- **MCDTs recentes**



\*1 – Preencher, por favor, a informação seguinte:

**Motivo para Referenciação:** \_\_\_\_\_

**Tipo e Duração de Diagnóstico:** \_\_\_\_\_ há \_\_\_\_ (meses/anos)

**Seguimento em Consultas de Especialidade:**

Consulta \_\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_ há \_\_\_\_ (meses/anos)

Consulta \_\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_ há \_\_\_\_ (meses/anos)

Consulta \_\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_ há \_\_\_\_ (meses/anos)

**Antecedentes Pessoais:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medicação Actual:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alergias Medicamentosas:** \_\_\_\_\_

\*2 – PPS – Palliative Performance Scale – Escala de Performance em Cuidados Paliativos

Níveis PPS	Locomoção	Actividade e Evidência de Doença	Autocuidado	Alimentação	Nível de Consciência
100%	Completa	Actividade e trabalho normais Sem sinais de doença	Independente	Normal	Consciente
90%	Completa	Actividade e trabalho normais Alguns sinais de doença	Independente	Normal	Consciente
80%	Completa	Actividade normal com esforço Alguns sinais de doença	Independente	Normal ou reduzida	Consciente
70%	Reduzida	Incapaz de trabalhar normalmente Sinais evidentes de doença	Independente	Normal ou reduzida	Consciente
60%	Reduzida	Incapaz de fazer trabalho doméstico ou recreativo Sinais evidentes de doença	Necessidade de ajuda ocasional	Normal ou reduzida	Consciente e/ou Confuso



50%	Essencialmente sentado/deitado	Incapaz de fazer qualquer trabalho Doença disseminada	Necessidade de ajuda ocasional	Normal ou reduzida	Consciente e/ou Confuso
40%	Essencialmente acamado	Incapaz de fazer maior parte da actividade Doença disseminada	Ajuda total	Normal ou reduzida	Consciente e/ou sonolento podendo apresentar períodos de confusão
30%	Completamente acamado	Incapaz de fazer qualquer actividade Doença disseminada	Cuidados totais	Normal ou reduzida	Consciente e/ou sonolento podendo apresentar períodos de confusão
20%	Completamente acamado	Incapaz de fazer qualquer actividade Doença disseminada	Cuidados totais	Limitada a pequenos golos	Consciente e/ou sonolento podendo apresentar períodos de confusão
10%	Completamente acamado	Incapaz de fazer qualquer actividade Doença disseminada	Cuidados totais	Apenas cuidados com a boca	Sonolento e/ou em coma ± confuso
0%	Morte	-	-	-	-