

**HIPODERMÓCLISE E A VIA SUBCUTÂNEA NO
CONTROLO SINTOMÁTICO EM CONTEXTO
PALIATIVO: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS
PORTUGUESES**

VASCO MIGUEL VIEIRA CARDOSO

**HIPODERMÓCLISE E A VIA SUBCUTÂNEA NO
CONTROLO SINTOMÁTICO EM CONTEXTO PALIATIVO**
PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Cuidados Paliativos, submetida ao Departamento de Ciências Sociais e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Orientador: Professor Doutor José Carlos Martins
Professor coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Mestre Alexandra Pereira
Enfermeira em ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte – Centro de Saúde de Lousada – UCC Lousada

Vasco Miguel Vieira Cardoso

2017

Cardoso., V. (2017). **Hipodermóclise e a via subcutânea no controlo sintomático em contexto paliativo: percepção dos enfermeiros portugueses.** Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Departamento de Ciências Sociais e Saúde. Porto, Portugal

Orientação: Professor Doutor José Carlos Amado Martins.

Coorientação: Mestre Alexandra Manuela Nogueira de Andrade Pereira.

Palavras-Chave: Hipodermóclise; Cuidados Paliativos; Tecido Subcutâneo; Percepção; Enfermeiros;

Keywords: *Hypodermoclysis; Palliative Care; Subcutaneous Tissue; Perception; Nurses;*

AGRADECIMENTOS

Uma dissertação no âmbito da investigação em Ciências Sociais e da Saúde, nunca poderia por si só resultar de um trabalho exclusivamente individual, mas de um trabalho de equipa entre orientando e seus orientadores e entre todos aqueles que contribuíram para a conclusão deste desafio.

Com isto, jamais poderia deixar de agradecer a todos aqueles que fizeram com que a concretização desta dissertação para a obtenção do grau de mestre em cuidados paliativos fosse possível.

Ao Professor Doutor José Carlos Amado Martins pela confiança demonstrada desde o início da conceção do projeto de investigação, pela sua preocupação, compreensão e incentivo ao longo de todas as etapas.

À Mestre Alexandra Manuela Nogueira de Andrade Pereira, pela disponibilidade e empenho manifestados desde o momento em que dele se tornou parte integrante, ajudando desse modo a levá-lo a bom porto.

A todos exmos. enfermeiros participantes deste estudo de investigação pela disponibilidade sempre que solicitada e pela forma voluntária e entusiástica como colaboraram connosco. O resultado deste estudo dependeu de vós.

Aos meus colegas de trabalho da Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos e Unidade de Longa Duração e Manutenção da WeCare Saúde – Unidade de Cuidados Continuados Integrados, agradeço por todo o vosso apoio, disponibilidade e compreensão.

Aos meus pais, pelo seu amor, apoio incondicional e ensinamentos que sempre me transmitiram ao longo da vida.

Dirijo a minha gratidão a todos os amigos que me transmitiram a força, o apoio e as palavras de estímulo e de interesse sem os quais este trabalho não seria possível. Em especial pela motivação, paciência e pelos momentos de ausência à Daniela, Elsa, Isabel, Cristiana, Joana, Mariana, Rute, Vanessa, Marco, Ricardo, Tomás e Vítor.

Um agradecimento especial a todos os doentes com que me cruzei ao longo do meu percurso profissional, os quais me fizeram crescer como enfermeiro e acima de tudo como pessoa. **A todos um muito obrigado!**

RESUMO

INTRODUÇÃO: A via subcutânea é uma prática antiga que, devido a efeitos adversos associados a uma utilização inadequada, deixou de ser utilizada. Em 1903, a hipodermoclise ganhou novamente notoriedade em ambiente hospitalar e desde então tem sido impulsionada na prestação de cuidados em fim de vida. A falta de conhecimento e in experiência da equipa, em relação à aplicação da técnica para administração de terapêutica por via subcutânea, levou à exploração dos motivos pelos quais os leva à generalização da implementação da via endovenosa independentemente da fase da doença do doente. A ausência de estudos prévios sobre a perceção dos enfermeiros a nível nacional acerca da utilização/inutilização da via subcutânea em contexto paliativo, levou a realização deste estudo de investigação. **OBJETIVOS:** Identificar a perceção dos enfermeiros portugueses sobre o potencial de utilidade/utilização e quais os fatores dificultadores na utilização da via subcutânea no contexto de cuidar a pessoa em situação paliativa. **METODOLOGIA:** Estudo do tipo observacional, descritivo, transversal com abordagem quantitativa, através da aplicação de questionários que decorreram de 1 a 31 de Agosto de 2017. A amostra é constituída por 271 enfermeiros portugueses, o que corresponde a 0,38% da população membro ativa da Ordem dos Enfermeiros. **CONCLUSÕES:** 99,6% (n=270) afirmaram a técnica como sendo útil. Os enfermeiros afirmam a via subcutânea como sendo uma intervenção que proporciona maior conforto comparativamente com a via endovenosa, provoca menor sofrimento e apresenta menores complicações locais e sistémicas. A via subcutânea deverá ser utilizada em detrimento da via endovenosa. Os enfermeiros têm a perceção que a via é flexível para a programação de alta clínica de uma unidade hospitalar e que a sua utilização diminui os custos associados à administração de terapêutica para o SNS. Como fatores dificultantes para a sua utilização encontram-se destacados: a falta de informação sobre existência de fármacos compatíveis, a in experiência dos profissionais acerca da técnica, a falta de recomendações, protocolos e/ou procedimentos, bem como suas indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens e quais as situações em que se pode recorrer à via. Concluiu-se que existe diferença significativa entre aqueles que não possuem experiência profissional em cuidados paliativos relativamente ao conhecimento da técnica.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The subcutaneous route is an old practice that, due to adverse effects associated with an inappropriate use, is no longer used. In 1903, the hypodermoclysis regained notoriety in the hospital environment and has since been boosted in the provision of end-of-life care. The lack of knowledge and inexperience of the team regarding the application of the technique for administration of subcutaneous therapy has led to the exploration of the reasons why it leads to the generalization of the implementation of the intravenous route regardless of the phase of the patient's illness. The absence of previous studies on the perception of nurses at the national level about the use / disuse of the subcutaneous route in a palliative context led to the realization of this research study. **OBJECTIVES:** To identify the perception of Portuguese nurses on the potential of utility/use and which factors make it difficult to use the subcutaneous route in the context of caring for the person in a palliative situation. **METHODS:** This was a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, using questionnaires from August 1 to 31, 2017. The sample is composed by 271 (n) Portuguese nurses, corresponding to 0.38% of the active member population of the Nurses' Order. **CONCLUSIONS:** 99.6% (n = 270) affirmed the technique as useful. Nurses affirm the subcutaneous route as an intervention that provides greater comfort compared to the intravenous route, causes less suffering and presents minor local and systemic complications. The subcutaneous route should be used in detriment of the intravenous route. Nurses are aware that the pathway is flexible for scheduling high clinical status of a hospital unit and that its use lowers the costs associated with administering therapy to the NHS. Are considered as difficult factors for its use, the lack of information on the existence of compatible drugs, the inexperience of the professionals about the technique, the lack of recommendations, protocols and / or procedures, as well as their indications, contraindications, advantages, disadvantages and the situations in which the route can be used. It was concluded that there is a significant difference between those who do not have professional experience in palliative care regarding knowledge of the technique.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AH	Ácido Hialurónico
ANCP	Associação Nacional de Cuidados Paliativos
APA	<i>American Psychological Association</i>
APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
AUC	Área sob a Curva
cc	Centímetros Cúbicos
CCI	Cuidados Continuados Integrados
CIFE	Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
Cmax	Concentração Máxima
CNCP	Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
CP	Cuidados Paliativos
CSC	Cateter Subcutâneo
CVP	Cateter Venoso Periférico
DGS	Direção Geral de Saúde
EAPC	<i>European Association for Palliative Care</i>
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa Coordenadora Local
EIHSCP	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
EPE	Entidade Pública Empresarial
Eq	Equivalente
EV	Endovenosa
FMUL	Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
g	Gramas
h	Hora
IAHPC	<i>International Association for Hospice and Palliative Care</i>
IM	Intramuscular
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPO	Instituto Português de Oncologia
KCl	Cloreto de Potássio
MEC	Matriz Extracelular

mg	Miligrama
MIC	Concentração Inibitória Mínima
ml	Mililitro
mm	Milímetro
n	Número de Participantes / Tamanho Amostral
Nº	Número
NaCl	Cloreto de Sódio
NUTS	Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PO	Oral
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RT	Retal
RT	Radioterapia
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SC	Subcutânea
SF	Soro Fisiológico
SG	Soro Glicosado
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats</i>
T _{1/2}	Tempo de Semivida
TD	Transdérmica
Tmax	Intervalo de Tempo para Concentração Máxima
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UICISA	Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
UV	Ultravioleta

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: EVOLUÇÃO DO MODELO COOPERATIVO ENTRE CUIDADOS CURATIVOS E CUIDADOS PALIATIVOS.....	9
FIGURA 2: PELE E HIPODERME.....	27
FIGURA 3: LOCAIS DE PUNÇÃO SUBCUTÂNEA.....	29
FIGURA 4: VIAS DE ADMINISTRAÇÃO.....	30

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: ESPERANÇA MÉDIA DE VIA À NASCENÇA E AOS 65 ANOS EM PORTUGAL	7
TABELA 2: RÁCIO DE RECURSOS NECESSÁRIOS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	14
TABELA 3: INDICAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA.....	32
TABELA 4: CONTRAINDICAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA.....	33
TABELA 5: VANTAGENS DA UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA.....	35
TABELA 6: DESVANTAGENS DA UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA	36
TABELA 7: FÁRMACOS CONTRAINDICADOS POR VIA SC	37
TABELA 8: FÁRMACOS INDICADOS PARA SUA ADMINISTRAÇÃO POR VIA SC	39
TABELA 9: COMPATIBILIDADE DE FÁRMACOS POR VIA SUBCUTÂNEA	40
TABELA 10: SOLUÇÕES PARA ADMINISTRAÇÃO POR VIA SC	41
TABELA 11: APRESENTAÇÃO DOS ANTIBIÓTICOS DE ACORDO COM A CLASSE E O NOME DOS ANTIBIÓTICOS PRESENTES NOS ESTUDOS.....	43
TABELA 12: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DO ESTUDO	50
TABELA 13: VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	50
TABELA 14: ASPETOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	52
TABELA 15: EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	53
TABELA 16: HIPODERMÓCLISE E ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA POR VIA SUBCUTÂNEA.....	54
TABELA 17: REPRESENTAÇÃO DAS IDADES DOS PARTICIPANTES POR FAIXA ETÁRIA.....	57
TABELA 18: REPRESENTAÇÃO DE FREQUÊNCIA DO SEXO DOS PARTICIPANTES	57
TABELA 19: ÁREA DE RESIDÊNCIA DOS PARTICIPANTES.....	58
TABELA 20: GRAU ACADÉMICO DOS PARTICIPANTES	59
TABELA 21: FORMAÇÃO NÃO CONFERENTE DE GRAU ACADÉMICO	60
TABELA 22: TÍTULO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS	60
TABELA 23: ENFERMEIROS QUE SE ENCONTRAM A EXERCER FUNÇÕES.....	61
TABELA 24: CONTEXTOS DE ATIVIDADE PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS.....	61
TABELA 25: EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS	62
TABELA 26: FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	62
TABELA 27: TIPO DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM CUIDADOS PALIATIVOS	63
TABELA 28: PERCEÇÃO NOS DIVERSIFICADOS CONTEXTOS	64
TABELA 29: FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DA VIA SC VERSUS VIA EV	64
TABELA 30: PERCEÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA POR VIA SC VERSUS VIA EV	65
TABELA 31: PERCEÇÃO EM CONTEXTO PALIATIVO SOBRE A VIA SUBCUTÂNEA E A SUA UTILIDADE.....	67
TABELA 32: FATORES DIFICULTANTES PARA A UTILIZAÇÃO DA VIA SC.....	68
TABELA 33: TESTE QUI-QUADRADO DE PEARSON DA HIPÓTESE 1	69
TABELA 34: RELAÇÃO ENTRE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM CP E ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA POR VIA SC	70
TABELA 35: TESTE QUI-QUADRADO DA HIPÓTESE 2	70
TABELA 36: RELAÇÃO ENTRE A FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM CP E A ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA POR VIA EV	71
TABELA 37: TESTE QUI-QUADRADO HIPÓTESE 3	72
TABELA 38: RELAÇÃO ENTRE A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM CP E A PERCEÇÃO SOBRE A UTILIDADE DA ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA POR VIA SC	72
TABELA 39: RELAÇÃO ENTRE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM CP E PERCEÇÃO SOBRE A UTILIDADE DA VIA SC.....	73
TABELA 40: TESTE QUI-QUADRADO HIPÓTESE 5	73
TABELA 41: RELAÇÃO ENTRE A FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM CP E O CONHECIMENTO SOBRE A TÉCNICA DE HIPODERMÓCLISE	74
TABELA 42: COMPARAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DA ÁREA DE RESIDÊNCIA.....	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL	15
GRÁFICO 2: EQUIPAS INTRA-HOSPITALARES DE SUPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS	16
GRÁFICO 3: EQUIPA COMUNITÁRIA DE CUIDADOS PALIATIVOS (DOMICÍLIO).....	16
GRÁFICO 4: REPRESENTAÇÃO DA % DO SEXO DOS PARTICIPANTES	58
GRÁFICO 5: REPRESENTAÇÃO DA ÁREA DE RESIDÊNCIA DOS PARTICIPANTES	59
GRÁFICO 6: TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.....	60
GRÁFICO 7: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA % DA RELAÇÃO ENTRE A FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM CP E O CONHECIMENTO SOBRE A TÉCNICA DE HIPODERMÓCLISE	74

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - A Enfermagem e o Movimento dos Cuidados Paliativos.....	7
1.1. Enquadramento Concetual.....	7
1.2. A Origem de um Movimento de Mudança e a Realidade Portuguesa.....	9
1.3. O Papel da Enfermagem no Âmbito dos Cuidados Paliativos.....	17
CAPÍTULO II – A Via Subcutânea no Controlo Sintomático.....	22
2.1. Enquadramento Concetual e Histórico da Via Subcutânea	22
2.2. Absorção e Velocidade dos Fármacos na Hipoderme.....	26
2.3. Locais de Punção do Tecido Subcutâneo.....	29
2.4. Indicações e Contraindicações da Via Alternativa.....	31
2.5. Vantagens e Desvantagens da Via Alternativa	34
2.6. Soluções e Fármacos administrados por Via SC	36
2.7. Evidências sobre Administração de Antibioterapia por Via SC.....	42
CAPÍTULO III – Processo Metodológico.....	47
3.1. Questão de Investigação e seus Objetivos	47
3.2. Tipo de Estudo	48
3.3. População e Amostra.....	49
3.4. Método de Colheita de Dados	51
3.5. Instrumento de Colheita de Dados	51
3.6. Método de Análise Estatística	54
3.7. Aspetos Formais e Éticos	55
CAPÍTULO IV – Apresentação e Análise de Resultados	57
4.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	57
4.2. Caracterização da Experiência Profissional e Formação em CP.....	60
4.3. Perceção dos Enfermeiros acerca da Hipodermoclise e Administração de Terapêutica por via SC.....	63
CAPÍTULO VI – Discussão de Resultados.....	76
CAPÍTULO VI – Limitações do Estudo	81
CAPÍTULO VII – Considerações finais do Estudo.....	83
Referências Bibliográficas.....	87
ANEXOS	93

INTRODUÇÃO

Em 2010, foi submetida à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa a dissertação de mestrado em cuidados paliativos, subordinada ao tema "*Hipodermóclise uma forma de dignificar a "vida" na prestação de cuidados de saúde no domicílio*". Esta pretendia conhecer as dificuldades que os profissionais (médicos e enfermeiros) das equipas de cuidados continuados sentiam relativamente à utilização da via subcutânea para hidratação e/ou administração de terapêutica, em pessoas com doença crónica de evolução prolongada, no domicílio. Moreia, L. (2010) pretendia, com os resultados obtidos, desenvolver estratégias que perante os benefícios da utilização da técnica, motivassem os profissionais de saúde para a sua utilização e projeção.

Dos 106 participantes (n) que responderam ao questionário, apenas 68% (n=72) utilizara a técnica. Os restantes 34 participantes, que nunca a utilizaram, consideraram imprescindível a formação específica nesta área, dadas as vantagens desta via para o controlo sintomático do doente em contexto domiciliário. Outro dado relevante remete ao facto de 55% dos inquiridos (n=58), percecionarem que existem dificuldades dos prestadores de cuidados em lidar com a via subcutânea, mas que são ultrapassáveis através do apoio assistencial da equipa de saúde.

O estudo supracitado não relevou valores estatisticamente significativos em relação à variação dos participantes consoante a formação académica e sexo. Porém, salienta que é significativa a variação da utilização da via subcutânea na região Metropolitana de Lisboa em relação às regiões centro e norte de Portugal continental. As demais regiões não foram parte integrante do estudo.

Em 2012, Delmira Pombo submeteu à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal a dissertação intitulada "*A via subcutânea para hidratação e administração de terapêutica na pessoa com patologia crónica e/ou paliativa*" no âmbito do ciclo de estudos do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Na presente dissertação, Pombo, D. (2012) considerou útil a realização de um questionário e uma análise SWOT à equipa de enfermagem (n=13) da unidade de pneumologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, uma vez que a via subcutânea oferece maior conforto para o doente em relação à via endovenosa, bem como a possibilidade de ser mantida em domicílio e potenciar a alta para o respetivo contexto.

62% dos enfermeiros inquiridos revelaram a ausência de conhecimento da técnica de hidratação e administração de terapêutica por via subcutânea. Apenas 31% (n=4) já havia realizado hipodermóclise e destes apenas 1 enfermeiro referiu que já utilizara a técnica em contexto domiciliário, 3 em pessoas em situação de últimos dias ou horas de vida por prescrição da Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar. 62% (n=8) nunca administrara terapêutica em perfusão contínua por via subcutânea, sendo que apenas 38% (n=5) haviam administrado. A equipa envolvida no estudo considerou unanimemente que é útil o desenvolvimento do procedimento da técnica na unidade.

Da análise SWOT salienta-se que, apesar da falta de conhecimento e inexperiência da equipa em relação à técnica, estes revelaram-se recetivos à introdução deste procedimento. A Hipodermóclise e a administração de terapêutica por via subcutânea é vista como uma oportunidade para melhorar o conforto do doente em fase terminal bem como uma alternativa eficaz às vias endovenosa e intramuscular. A existência de um grande número de doentes em fase terminal faz-nos repensar de que forma os cuidados são prestados com o intuito de minimizar a dor, o sofrimento, elevar a dignidade, a autonomia e a qualidade de vida destes.

Em 2016 foi publicado na revista Palliative Medicine "*Perceptions of Health professionals on subcutaneous hydration in Palliative care: quality study*", um estudo qualitativo realizado em Espanha que pretendia explorar as perceções, atitudes e opiniões de 37 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) de cuidados paliativos acerca da hidratação por via subcutânea. Conclui-se que, o uso da hidratação por via subcutânea é influenciado principalmente por dois fatores, (1) fatores que influenciam a decisão de hidratação do doente e a (2) escolha da via subcutânea. Uma das perceções dos profissionais para a não realização deste método, deve-se à falta de consciência sobre a existência de *guidelines*, mesmo sendo úteis, e às dificuldades em desenvolvê-las (Mieras, González, & Esteva, 2017). Com base nos resultados deste estudo, destaca-se a necessidade do desenvolvimento de diretrizes e protocolos bem como a importância da tomada de decisão em equipa multidisciplinar.

Um outro estudo com base no método quantitativo da autoria de Torres-Vigil, I., et al. (2012), concluiu que o recurso à hidratação por via subcutânea tem uma maior adesão em contexto domiciliário do que em unidades hospitalares. Este estudo revelou que apenas 23% dos profissionais participantes possuíam conhecimento da existência de *guidelines* institucionais de apoio à prática sobre a técnica de hipodermóclise e

administração de terapêutica por via subcutânea (Torres-Vigil, Mendonza, & Alonso-Babarro, 2012).

Analisando a realidade portuguesa, salienta-se a ausência de estudos prévios sobre a perceção dos enfermeiros a nível nacional sobre a utilização/inutilização da via subcutânea em contexto paliativo, pelo que partimos para o presente estudo de investigação **“Hipodermóclise e a via subcutânea no controlo sintomático em contexto paliativo: perceção dos enfermeiros portugueses”**, o qual se espera vir a ser um estudo relevante dando assim resposta à seguinte questão de investigação **“Qual a perceção dos enfermeiros portugueses sobre a via subcutânea no controlo sintomático no cuidar a pessoa em contexto paliativo?”**.

Com o presente estudo pretende-se:

- O₁** - Caracterizar os enfermeiros relativamente aos aspetos sociodemográficos;
- O₂** - Caracterizar os enfermeiros relativamente à experiência profissional;
- O₃** - Caracterizar os enfermeiros relativamente à formação em cuidados paliativos;
- O₄** - Identificar a perceção dos enfermeiros portugueses sobre o potencial de utilidade e utilização da via subcutânea no contexto de cuidar a pessoa em situação paliativa;
- O₅** - Identificar a perceção dos enfermeiros portugueses relativamente aos fatores facilitadores e dificultadores na utilização da via subcutânea no contexto de cuidar a pessoa em situação paliativa.

Quanto à sua natureza, trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal com abordagem quantitativa, através da aplicação de questionários numa população de enfermeiros mais heterógena quanto possível ao nível da região geográfica, experiência profissional e formação em cuidados paliativos.

Com vista a obter resultados satisfatórios para o presente estudo, este foi conduzido através do efeito bola de neve entre os enfermeiros portugueses. A difusão do estudo foi idealmente realizada por plataformas digitais e redes sociais, de forma, a obter uma amostra significativamente relevante.

Relativamente à amostra (n=271), esta foi constituída por enfermeiros portugueses inscritos na Ordem do Enfermeiros em Portugal com experiência igual ou superior a um ano, independentemente do contexto no qual exercem funções.

O estudo visa recolher contributos com potencial de aplicação prática futura, ao nível da gestão, da clínica e da formação, visto que o enfermeiro tem um papel fulcral para a mudança de atitudes, visões e decisões no seio da equipa de saúde, como elemento de sensibilização para o recurso desta técnica, através da sua divulgação e formação.

A revisão do estado da arte relativamente à temática foi realizada entre Setembro de 2016 a Março de 2017 em bases de dados digitais (Medline (Pubmed), SciELO, EBSCO, *Google Académico*, B-on e em Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal) através do levantamento dos estudos, monografias e artigos de revisão mais recentes direcionados para a temática. Posteriormente, procedeu-se à análise e organização dos respetivos de forma a elaborar uma fundamentação teórica do estudo.

O Instrumento de Colheita de dados foi elaborado em 3 partes distintas, avaliando aspetos sociodemográficos, experiência profissional e formação em cuidados paliativos bem como questões direcionadas à hipodermoclise e administração de terapêutica por via subcutânea.

A 30 de Maio de 2017, o presente estudo foi submetido à avaliação da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (UICISA-E), o qual obteve parecer favorável a 21 de Julho de 2017.

A colheita de dados decorreu de 1 de Agosto a 31 de Agosto de 2017. A informação recolhida foi tratada e analisada recorrendo ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Statistics®), versão 24.0 para o sistema operativo Windows 10.

A estrutura está organizada em quatro partes distintas e fundamentais. A primeira é reservada à fundamentação teórica ou **enquadramento concetual**, esta que se encontra subdividida em duas partes:

- **Capítulo I: A Enfermagem e o Movimento dos Cuidados Paliativos**
- **Capítulo II: A Via Subcutânea no Controlo Sintomático**

Na primeira parte desenvolve-se o conceito desde a sua concetualização à sua implementação, o papel do enfermeiro, bem como a realidade portuguesa no que conduz ao acesso e à formação especializada em cuidados paliativos. Seguidamente aborda-se numa segunda parte a via subcutânea, desde as suas indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens, estudos sobre o uso de antibioterapia pela respetiva via.

Posteriormente, surge uma segunda parte, o **enquadramento empírico** que se encontra subdividido em quatro partes:

- **Capítulo III: Processo Metodológico**
- **Capítulo IV: Apresentação e Análise dos Resultados**
- **Capítulo V: Discussão dos Resultados**
- **Capítulo VI: Limitações do Estudo**
- **Capítulo VII: Considerações Finais**

É nesta segunda parte que se encontra exposto todo o processo metodológico delimitado, discussão dos resultados, limitações do estudo e considerações finais. Já numa terceira parte surge por fim as principais conclusões do estudo.

O estilo de citação adotado para as referências bibliográficas ao longo do presente estudo foi da *American Psychological Association* (APA) 6ª edição.

Este estudo tem como objetivo responder a algumas questões, semear novas perspectivas de interesse para a comunidade científica, não pretendendo, no entanto, esgotar o assunto ao longo desta dissertação.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

CAPÍTULO I - A Enfermagem e o Movimento dos Cuidados Paliativos

CAPÍTULO I - A Enfermagem e o Movimento dos Cuidados Paliativos

1.1. Enquadramento Concetual

No decorrer do século XX, a sociedade deparou-se com a fase de maior progressão da medicina, em toda a história da humanidade, que acompanhou de perto o desenvolvimento das demais ciências exatas. O progresso científico e tecnológico caracteriza-se pelo desenvolvimento de novas formas de prevenção, novos meios complementares de diagnóstico e um aumento de tratamentos farmacológicos.

Como consequência destes progressos alcançados, sobretudo de ações preventivas, ocorreu uma melhoria das condições de vida da população, que subsequentemente levou a um aumento considerável da sua longevidade (**Ver Tabela 1**). Porém, o aumento da duração média da vida humana e a sua extensão até aos seus limites fisiológicos, em contrapartida, permitiu que existisse um crescente número de pessoas com patologia crónica e evolutiva e/ou avançada, com inúmeras comorbilidades.

Tabela 1: Esperança Média de Vida à Nascimento e aos 65 anos em Portugal

	1974	1994	2014
Esperança Média de Vida à nascença (\bar{x})	68,2	75,0	80,4
Esperança Média de Vida aos 65 anos (\bar{x})	13,0	16,3	19,2

Baseado em: Fontes de Dados: INE - Estatísticas de Óbitos Fonte: PORDATA (2017)

Partindo de dados obtidos em 2013 provenientes da nota de comunicação social de 26 de Maio de 2015 do *Instituto Nacional de Estatística* (INE) em colaboração com a *Direção Geral de Saúde* (DGS) constata-se que:

1. Os tumores malignos e as doenças do aparelho circulatório estiveram na origem de mais de metade dos óbitos ocorridos, representando respetivamente 24.3% e 29.5% dos óbitos registados;
2. Do conjunto das doenças do aparelho circulatório visualiza-se que foram particularmente letais os acidentes vasculares cerebrais, doença isquémica do coração e enfarte agudo do miocárdio. Estas atingiram indivíduos com idade média de 81.5, 78.9 e 77.9 anos, respetivamente.
3. As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, entre as quais a diabetes *mellitus*, representam 5.4% das causas de morte.

Pressupondo-se assim que apesar do ser humano passar a viver mais tempo, como se

constatou anteriormente, não implicou que se passasse a morrer melhor. O crescendo do mundo tecnológico no diagnóstico, tratamento e na busca da cura das mais diversificadas doenças, levou, de certa forma, a uma cultura de negação da morte, de triunfalismo heróico, e de ilusão de pleno controlo sobre a doença, dissimilando intervenções ajustadas para um fim de vida condigno (Neto I. G., Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos, 2010).

Assim acreditava Ivan Ilich, em 1976, quando desenvolveu uma crítica original acerca da medicalização da morte "*Limits to medicine: medical nemesis: the expropriation of health*", afirmando que a medicina moderna levou a um fim do que se considerava outrora a morte como sendo um fatalismo natural (Ilich, 1976).

A morte era então, no decorrer do século XX, considerada como algo a ser resistido, adiado e evitado, que à luz da visão do profissional de saúde era vista como um "falhanço" não estando estes acompanhados da correspondente preparação face aos avanços da medicina e progressos na saúde, resultando numa frequente desumanização e despersonalização dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida (Clark, 2002).

Contudo, quando tudo parecia apontar para um *continuum* na despersonalização dos cuidados de saúde foi então que no decorrer da década de 1950, começaram a surgir preocupações para uma melhoria dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida. Enquanto que na Grã-Bretanha o foco se concentrou na negligência médica pelo cuidar a pessoa em fim de vida, os Estados Unidos da América centraram a sua atenção sobre os tratamentos fúteis diante do sofrimento e da morte inevitável do ser humano (Clark, 2002).

Começou-se então a construir um movimento de mudança para a ideologia da época. Surgem artigos de destaque nos inícios dos anos 60, no *Lancet* e no *British Medical Journal*, baseados na observação e pesquisa sistemática sobre o cuidar a pessoa em leito de morte com vista a demonstrar evidência científica para a mudança das atitudes e para a sustentação de argumentos válidos e coesos no combate à perceção enraizada na sociedade sobre a eutanásia. Além disto, esta mudança promove (Clark, 2002):

1. Uma visão de morrer com dignidade e com consciência do significado da vida humana;
2. Uma abordagem ativa e não passiva ao ser humano em fim de vida, dando fim a uma atitude de resignação fatalista em que não haveria mais nada a fazer, sendo esta suplantada pela determinação de cuidar com dignidade e supressão do

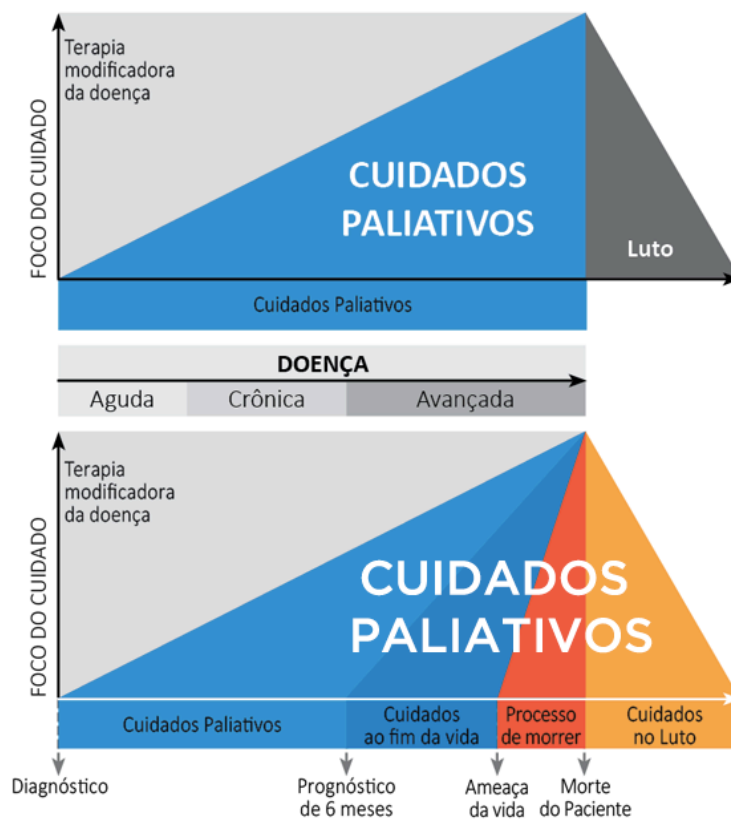
sofrimento, dando vida aos dias e não dias de vida ao ser humano;

- Um crescente reconhecimento da interdependência entre a dicotômica corporeamente, para a formulação de uma noção incorporada do conceito de sofrimento.

1.2. A Origem de um Movimento de Mudança e a Realidade Portuguesa

Surge a partir de 1968, na Grã-Bretanha, pela mão de *Cicely Saunders*, uma enfermeira, assistente social e médica, o movimento dos cuidados paliativos, um movimento humanístico para atender e dignificar a pessoa em fim de vida e a sua família, através da aplicação de estratégias na promoção da qualidade de vida, conforto e controlo sintomático dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais, desde uma fase mais precoce em que a medicina curativa se encontra em voga, estendendo-se, até aos últimos dias e horas de vida da pessoa bem como no apoio à família no luto (ver figura 1) (Pereira, 2010; Neto, 2010).

Figura 1: Evolução do Modelo Cooperativo entre Cuidados Curativos e Cuidados Paliativos



Fonte: Adaptado de ProLar HomeCare (2017)

O termo do movimento **paliativo** provém do étimo latino, *pallium*, metaforicamente lhe é atribuído o significado de como sendo um manto ou uma capa, pelo que o seu objetivo primordial é “encobrir” a sintomatologia cuja finalidade será promover o conforto e a

dignidade do doente (Twycross, 2003).

Outro termo inerente a este movimento, é o termo **Hospice** que deriva do latim *Hospitium*, que tem como significado de hospitalidade e hospitaleiro, que nos remete para o acolhimento da pessoa e da sua família. Porém, anteriormente à implementação do movimento dos cuidados paliativos este termo era utilizado em contexto religioso para designar as instituições que acolhiam os peregrinos. (Figueiredo, 2008)

A implementação da filosofia dos cuidados paliativos e a criação do *St. Christopher Hospice* em Londres por *Saunders* foi um marco histórico de um protesto que assim reivindicava um tratamento melhor para os doentes em fase terminal que haviam sido esquecidos pela maioria dos profissionais de saúde que se tinham deixado seduzir pelo esplendor dos avanços tecnológicos e pelo triunfalismo heróico sobre a doença. A Criação do *St. Christopher Hospice* foi um modelo que inspirou o surgimento de outros *Hospice* para uma melhoria no acesso a estes cuidados específicos. Trata-se do reconhecimento da dignidade como valor universal inerente ao ser humano, que já havia sido consagrado no Artigo 5º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948.

Este mesmo direito que a pessoa tem em receber cuidados de saúde e a não ser sujeita a tratamentos fúteis, desumanos de prolongação ou abreviação da vida é a base de uma declaração de compromisso assinada a 8 de Outubro de 2008, entre associações internacionais como a *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) e da *Worldwide Palliative Care* (Aliança Mundial dos Cuidados Paliativos), a quando das comemorações do Dia Mundial dos Cuidados Paliativos, dia que tem vindo a ser assinalado desde dia 8 de Outubro de 2005, no sentido de tornar mais visível a sua necessidade e importância e recordar que as pessoas em fase terminal e as suas famílias têm direito a cuidados específicos e personalizados. (Andrade, 2005; Neto, 2010)

Saunders resumia a filosofia do movimento ao afirmar a vida e ao reconhecer que morrer é um processo natural e singular do viver e não um inimigo a ser triunfado, é valorizar a nossa essência opondo-se à eutanásia¹ e distanásia² (Pessini, 2001; Pessini, 2004). A eternidade é imaginária, sendo a vida um ciclo ao qual não conseguimos escapar vivos.

Elisabeth Kübler-Ross, médica psiquiátrica de origem suíça, naturalizada como cidadã americana foi outra personalidade pioneira deste movimento, que desde cedo se

¹ Eutanásia: abreviação da vida. (Pessini, 2001)

² Distanásia: prolongamento da agonia, sofrimento e adiamento da morte. (Pessini, 2001)

interessou pelo acompanhamento em fim de vida. *Kübler-Ross* produziu mais de uma dezena de obras dedicadas à reflexão sobre a morte e o acompanhamento no fim de vida, dando ênfase à real necessidade da humanização dos cuidados de saúde. (Gill, 1980; de Macedo, 2004).

A *Organização Mundial de Saúde* (OMS) (2016), reconhece os cuidados paliativos como sendo "(...) *uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais*".

Em 2005, a Direção-Geral da Saúde elaborou o Programa Nacional de Cuidados Paliativos no qual enumerou os princípios sobre a prática dos cuidados paliativos (Direção-Geral de Saúde, 2005; Neto, 2010):

- Os Cuidados Paliativos têm como objetivo afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural, pelo que não se pretende antecipar ou retardar, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- Os Cuidados Paliativos pretendem ser uma intervenção humana, disponível e rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde, pelo que utilizam ferramentas científicas e se integram no *Sistema Nacional de Saúde* (SNS), não devendo existir outras à margem do mesmo;
- Os Cuidados Paliativos são oferecidos com base nas necessidades, e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença – qualquer que ela seja -, quando o sofrimento é intenso e outras terapêuticas, cuja finalidade é prolongar a vida, estão a ser utilizadas, tais como a quimioterapia ou a radioterapia;
- Os Cuidados Paliativos têm como objetivo primordial a procura do bem-estar e da qualidade de vida do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível o tempo que lhe resta viver;
- Os Cuidados Paliativos promovem uma abordagem diferencial, global e holística sobre sofrimento e do medo dos doentes, pelo que é necessária formação integrada nas diferentes áreas em que os problemas ocorrem – físico, psicológico, social e espiritual – e uma prestação de cuidados de saúde verdadeiramente interdisciplinar;

- Os Cuidados Paliativos reconhecem e aceitam cada doente como um ser único e singular com os seus próprios valores, princípios, crenças e prioridades;
- Os Cuidados Paliativos consideram que a fase final da vida humana pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- Os Cuidados Paliativos são apenas e exclusivamente prestados por aqueles (doente e sua família) que os aceitam;
- Os Cuidados Paliativos respeitam o direito de o doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado nos últimos momentos da sua vida.

Segundo (Neto, 2010, pp.4-5), *"Defende-se hoje que, com vista à maximização da qualidade de vida do doente, a introdução dos cuidados paliativos se faça tão precocemente quanto possível no curso de uma doença crónica e/ou grave (...) A oferta de cuidados paliativos faz-se assim, com base num conjunto de necessidades determinadas pelo sofrimento na doença e não por uma especificidade de qualquer diagnóstico. Inicialmente, este tipo de cuidados destinava-se apenas aos doentes com cancro, nos estadios terminais desta doença. Com o desenvolvimento crescente da palição e por questões éticas de equidade, justiça e acessibilidade a cuidados de saúde, situações como as insuficiências avançadas de órgãos (cardíaca, renal, hepática, respiratória), a SIDA³³ em estadio terminal, as doenças neurológicas degenerativas, as demências na sua fase final, a fibrose quística e tantas outras, passaram a figurar num vasto leque das patologias cujos doentes apresentam necessidades muito semelhantes e que muito beneficiarão se receberem cuidados paliativos de qualidade."*

Apesar dos esforços que têm sido praticados na tentativa de implementação e difusão desta filosofia sobre a pessoa em fase terminal, esta tem sido encarada, nos serviços de saúde, como uma abordagem complexa e rigorosa, existindo ainda uma assimetria em todo o mundo, mesmo a nível europeu (Neto I. G., Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos, 2010).

Ao contrário da Grã-Bretanha, em Portugal, as primeiras iniciativas de implementação apenas remontam ao início dos anos 90 do século XX, mas com base em dados de textos médicos portugueses provenientes do século XVI, podemos detetar uma visão paliativa do médico Amato Lusitano com o intuito de alívio de sintomas perante a doença incurável, que antecede o surgimento do movimento (Marques, et al., 2009; Neto, Marques, & Gonçalves, 2010; Marques A., 2014;).

³ SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

O movimento dos *Cuidados Paliativos* (CP) em Portugal como foi previamente citado, tem início apenas nos anos 90 do século passado, com a constituição da Unidade de Tratamento da Dor Crónica do Hospital do Fundão (1992), do Serviço de Radioterapia e CP do *Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Centro Regional do Porto* (IPO PORTO) (1994) e da Equipa de Cuidados Continuados e Paliativos do Centro de Saúde de Odivelas (1997) (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), 2017).

Desde 21 de Julho de 1995 foi fundada, sob a designação de *Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)*, a atual *Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP)*, de forma a responder eficazmente às necessidades de cuidados paliativos em Portugal.

Em 2002/2003 surgiu na *Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa* (FMUL), o primeiro curso de mestrado em CP do país, na sequência dos primeiros cursos pós-graduados em CP desta Faculdade em 2000/2001. Só em 2009/2010 surge na *Faculdade de Medicina da Universidade do Porto* (FMUP) o primeiro curso de mestrado em CP, que já conta com 8 edições (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), 2017; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2009).

A formação é reconhecida como um elemento essencial e determinante para a prática dos CP. Um estudo realizado recentemente em Portugal (2016), verificou a inclusão de 39,5% de uma unidade curricular, especificamente dedicada aos CP nos planos de estudo conducentes ao curso de licenciatura em Enfermagem, em que 15 dos 38 analisados, incluíam uma unidade curricular de CP, em que 60% de cariz obrigatório. (Pereira, Hernández-Marrero, & Silva, 2016)

Em 2006, é criada a *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*, que segundo a *Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)* considera-se como sendo "(...) a estrutura responsável por assegurar a cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos" (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2006, p.21).

A RNCCI contribuiu de forma preponderante para o crescimento das estruturas de CP em Portugal, mas criou também a noção que os CP estavam circunscritos apenas aos *Cuidados Continuados Integrados (CCI)*, instalando-se confusão entre cuidados continuados e paliativos. Esta visão é alterada com a divulgação em Diário da República 1ª Série – Nº 172 da Lei nº 52/2012 a 5 de Setembro de 2012, sobre as bases de CP

(Sistema Nacional de Saúde, 2012).

A *Ordem dos Enfermeiros* (OE) está atualmente a desenvolver a Especialidade em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. A 22 de Abril de 2015, foi publicado o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa que havia sido aprovado a 22 de Outubro de 2011, em Assembleia Geral extraordinária da OE tendo já sido aprovados, em janeiro de 2014, os percursos formativos e os Padrões de Qualidade da referida especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Com base na fonte de dados do INE, referentes ao ano de 2015, em Plano Estratégico de Cuidados Paliativos para o biénio 2017-2018, estima-se que existam cerca de 74 873 a 88 979 pessoas em Portugal com necessidades paliativas (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), 2017).

"Segundo a *European Association for Palliative Care (EAPC)* são necessárias 80 a 100 camas de CP por 1.000.000 habitantes, mas este número inclui camas em hospices, um conceito que não existe em Portugal." (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), 2017, p.23).

Estima-se que a necessidade de camas em Unidade de Cuidados Paliativos em contexto hospitalar, seja de cerca de metade deste valor. Assim, com base no Plano Estratégico de Cuidados Paliativos para o biénio 2017-2018, recomenda-se para Portugal Continental **(Ver Tabela 2):**

Tabela 2: *Rácio de Recursos necessários em Cuidados Paliativos*

Camas de Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalar	40-50 / 1.000.000 habitante
Equipas Comunitárias de Cuidados Paliativos	1 / 100.000 a 150.000 habitante
Equipas Intra-Hospitalares de Suporte de Cuidados Paliativos	1 / Hospital

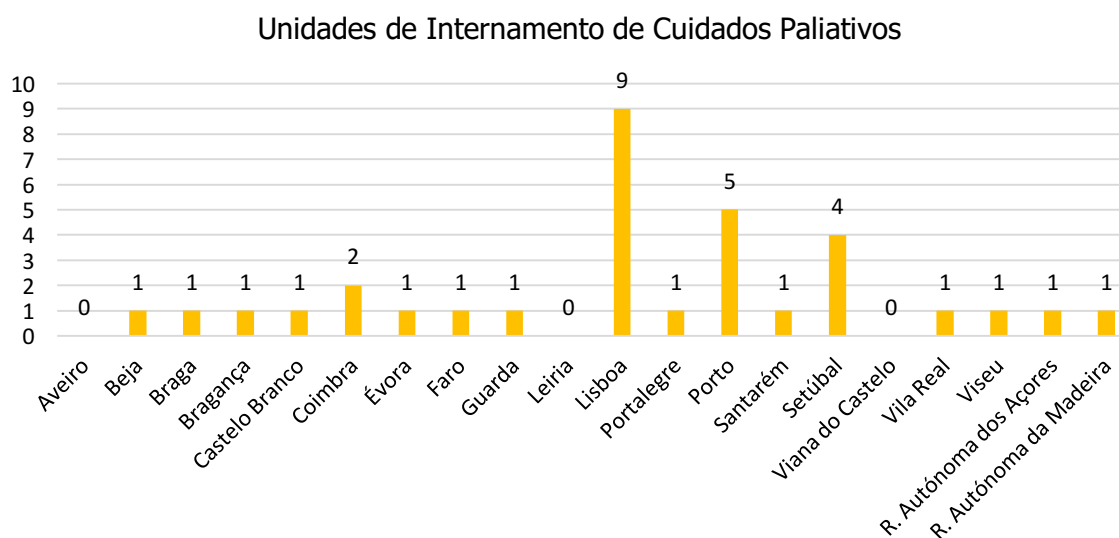
Baseado em: Plano Estratégico de Cuidados Paliativos para o Biénio 2017-2018, p. 23

É importante salientar que, para além do número de habitantes, o número de recursos de CP de uma região tem como variáveis as suas características demográficas e geográficas, desenvolvimento socioeconómico, e outros recursos existentes.

Segundo a última atualização, a 3 de Abril de 2016, realizada pela APCP, em Portugal, existem 33 *Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos* (UCP). Sendo que 27,27% (9) e 15,15% (5) destas unidades situam-se respetivamente nos Distritos de Lisboa e

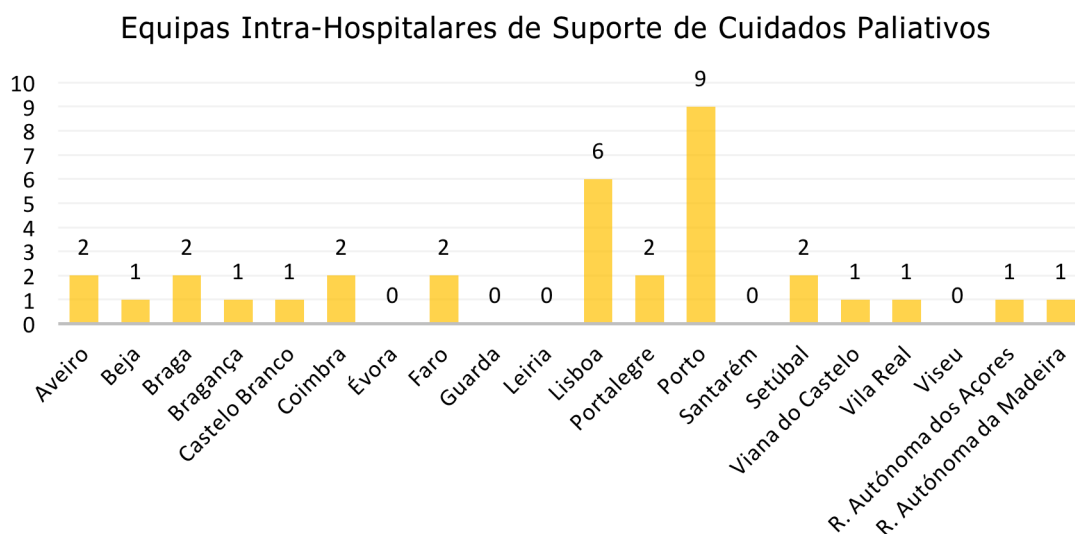
Porto. A população residente nos distritos de Aveiro, Leiria e Viana do Castelo por sua vez não possuem UCP, pelo que serão institucionalizados em Unidades de proximidade (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1: Unidades de Cuidados Paliativos em Portugal



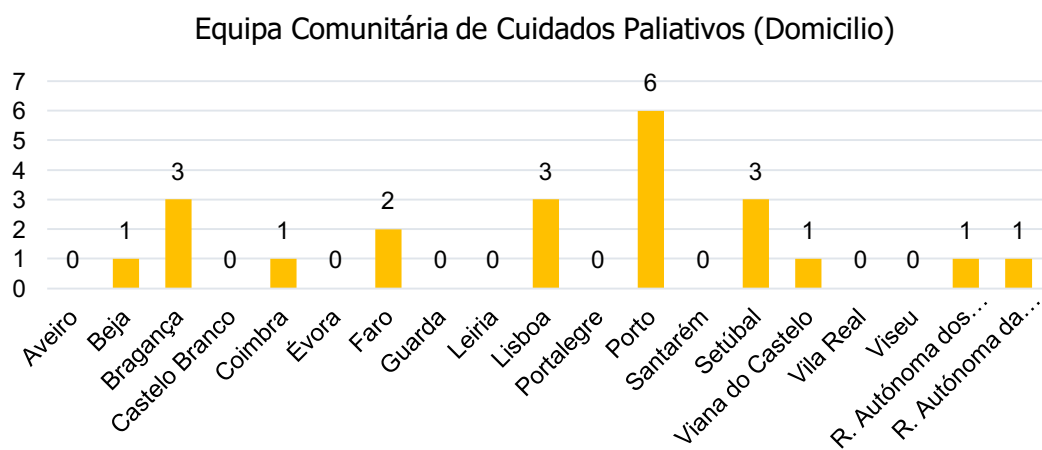
Outro tipo de apoio existente, são as *Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos* (EIHSCP), que prestam aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do seu hospital, aos doentes e suas famílias, assim como, presta assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação. Em Portugal, existem 34 EIHSCP, sendo que destas 34, 26,47% (9) e 17,64% (6) encontram-se sediadas mais uma vez nos Distritos do Porto e Lisboa, respetivamente. Já os Distritos de Évora, Guarda, Leiria, Santarém e Viseu não possuem EIHSCP (Ver Gráfico 2).

Gráfico 2: Equipas Intra-Hospitalares de Suporte de Cuidados Paliativos



Outra tipologia existente, são as Equipas de Cuidados Paliativos Comunitárias que garantem com base numa resposta adequada às necessidades dos doentes e famílias, permitem que os cuidados em fim de vida sejam prestados no local habitualmente indicado pelos doentes, a sua casa. Estas equipas especializadas, segundo as organizações internacionais e estudos já efetuados, apresentam elevada efetividade e eficiência (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2016). Em Portugal, existem 22 Equipas de Cuidados Paliativos Domiciliários, 27,27% (6) destas equipas encontram-se em funcionamento no Distrito do Porto e 40,91% (9) nos Distritos de Bragança, Lisboa e Setúbal distribuídas equitativamente (**Ver Gráfico 3**).

Gráfico 3: Equipa Comunitária de Cuidados Paliativos (Domicílio)



As Equipas Comunitárias de Cuidados Paliativos, são a evidência da evolução da medicina paliativa, ao providenciar apoio domiciliário em situações complexas com necessidades específicas não só relacionadas com o controlo da dor e demais sintomas, mas também necessidades de conforto emocional e espiritual do ser humano e da sua família. São um pilar da organização dos Cuidados Paliativos em Portugal para a concretização do direito de o ser humano morrer com dignidade no domicílio, uma vez que segundo Higginson & Sen-Gupta (2005) há evidência da vontade do ser humano morrer em casa.

Reforça-se que os Cuidados Paliativos são uma intervenção multiprofissional especializada no controlo sintomático e não ao uso de condutas fúteis de prolongamento ou abreviação da sobrevivência do doente, na promoção de qualidade de vida, conforto e bem-estar, no apoio psicossocial, no suporte familiar, e no trabalho em equipa aliado a uma comunicação adequada.

As UCP, EIHSCP e as Equipas Comunitárias de Cuidados Paliativos dedicam-se especificamente à prestação de cuidados paliativos, baseado numa organização própria e numa equipa multidisciplinar. Porém, não basta só estas equipas para se fazer a diferença na prestação de cuidados à pessoa em fim de vida. É imperiosa a articulação das equipas especializadas com outros profissionais de saúde para que se consigam impor ações paliativas nos diversificados contextos.

1.3. O Papel da Enfermagem no Âmbito dos Cuidados Paliativos

Segundo o Artigo 4º do Capítulo II do *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro* (REPE), Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, o enfermeiro constitui parte de uma equipa de saúde como o “profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), 1996, p.3).

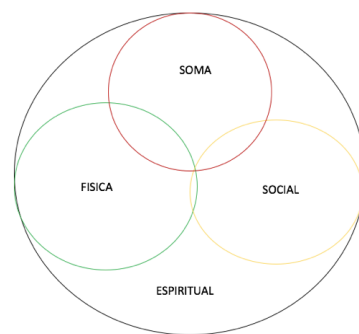
A enfermagem sofreu uma evolução no decurso dos últimos anos, quer ao nível da respetiva formação de base (bacharelato para licenciatura), quer na complexificação e reconhecimento do seu exercício profissional, reconhecendo assim o valor do enfermeiro no âmbito da comunidade científica das ciências da saúde e na prestação de cuidados de saúde.

O enfermeiro, é o elemento da equipa de saúde que estabelece uma relação de maior confidencialidade com o doente e com a sua família, fruto da prestação constante de cuidados diretos e específicos durante longos períodos de tempo. Ao longo do seu percurso académico, o enfermeiro é capacitado de aptidões físicas emocionais e psicológicas para prestar cuidados holísticos ao doente, com vista a que ocorra um processo de final de vida sereno até ao momento da sua morte (Pacheco, 2014).

Neste sentido, os enfermeiros são cruciais não só para o controlo dos sintomas físicos do doente, mas também para o auxílio deste e da sua família a verbalizarem as suas preocupações sobre o sentido do real e da vida, medos e apoiá-los no sentido de minimizar a angústia e dor existencial que permanece durante esta fase tão complexa do ciclo vital do doente.

De facto, os enfermeiros, de um modo geral, encontram-se numa posição privilegiada em relação aos demais elementos da equipa multidisciplinar (médico, assistente social, psicólogo, nutricionista, capelão, fisioterapeuta, nutricionista entre outros profissionais), sendo estes o elo de ligação entre a mesma e o doente, transmitindo informações relativas às necessidades específicas do doente nos seus distintos contextos (**Figura 2**).

Figura 2: Modelo 4S do Ser Humano



A dimensão espiritual engloba e integra as dimensões física, psicológica e social. Twycross, R. (2003) p.57

Esta pluralidade de contextos, eleva o papel do enfermeiro a uma posição de maior relevância na tomada de decisões para a satisfação das necessidades e/ou desejos do doente, é o enfermeiro que o conhece e compreende melhor como pessoa na sua singularidade (Pacheco, 2014). O ser humano é singular, único, irrepetível, finito, limitado no espaço, no tempo e também na sua capacidade (Nunes, 2013).

O enfermeiro “é um profissional do cuidado do diálogo responsável que visa proteger e salvaguardar o respeito pela pessoa humana, nas suas intervenções” (Nunes, 2011), que tem assim, a “obrigação ética de contribuir para a humanização dos cuidados, ou seja,

promover o respeito pela pessoa doente e pela sua família, pelo que é considerado por muitos como o advogado do doente, no sentido de ter o dever de intervir sempre que necessário, de modo a que os direitos do doente sejam sempre respeitados.” (Pacheco, 2014).

Seguindo esta linha de pensamento e tendo por base o artigo publicado no *Nursing Forum* de 1978, “*A contrary view of the nurse as patient advocate*” a autora Natalie Abrams, afirma que ser “advogado” do doente é:

- Aliviar ou reduzir o medo, restabelecer os sentimentos de autonomia e de autocontrolo, acompanhamento e atenção;
- Ajudar o doente na tomada de decisões acerca da sua saúde e dos tratamentos que deseja que lhe sejam dirigidos;
- Informar o doente acerca dos seus direitos e que se assegura que este os compreendeu;
- Representar o doente sempre que este não tem possibilidade de se manifestar, devido ao seu estado de consciência ou à não existência de família presente na tomada de decisões;
- Avaliar a qualidade dos cuidados prestados ao doente, assegurar a continuidade dos mesmos e verificar se a informação é transmitida entre os demais elementos da equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Segundo Pacheco (2014), pode-se afirmar que o enfermeiro, apesar de não possuir a autoridade que lhe permita exercer em toda e qualquer situação a função de “advogado” do doente, tem responsabilidades de promover o respeito pelos direitos do doente, potenciar a participação ativa no seu processo de tratamento sobre a doença, transmitir informações relativas ao tipo de medicamentos utilizados no seu tratamento, restrições dietéticas, alterações do estado hemodinâmico do doente e sintomatologia à equipa médica.

Porém, esta função de “advogado” nem sempre é posta em prática por todos os enfermeiros. São ainda muitos que não consideram estas atitudes como as mais importantes, preocupando-se mais em ser tecnicamente competentes deixando para segundo plano de intervenção os aspetos humanos, desvalorizando, assim, a autonomia do doente no processo de tomada de decisão. Sabe-se que os enfermeiros, na sua generalidade, se encontram pouco vocacionados para cuidar o doente portador de uma doença incurável e irreversível. Outros, alegam falta de disponibilidade para estar junto

do doente, esquecendo-se que esta é a principal razão da existência da enfermagem (Pacheco, 2014).

Cuidar em Enfermagem é cuidar um ser humano dignificando-o, ajudar a ser pessoa e a desenvolver as suas capacidades ou possibilidades existenciais, respeitar os seus direitos, nomeadamente o direito de morrer com dignidade, bem como promover qualidade de vida e conforto (Sousa, 2014).

Perante a incurabilidade e irreversibilidade da doença da pessoa após a utilização de medidas terapêuticas com finalidade curativa, a palição ganha expressão pelo que para além das capacidades técnicas e científicas, o enfermeiro, deve saber escutar o próprio silêncio do doente bem como promover uma escuta ativa.

Segundo a *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (CIPE®) Versão 2.0 (2011), paliar significa "gerir: providenciar conforto e controlo da dor a pessoas com doença terminal através do apoio físico, emocional, psicológico e espiritual". Assim sendo, a palição corresponde ao alívio do sofrimento da pessoa, sendo a ação paliativa entendida como qualquer medida terapêutica ajustada, sem intuito curativo, ou com intuito de abreviação ou prolongação da vida humana, que vise minorar as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar geral (Direção-Geral de Saúde, 2005).

Em síntese, o enfermeiro tem um papel relevante na mudança junto da restante equipa de saúde, como elemento de sensibilização para reais necessidades da pessoa doente, com necessidades de cuidados paliativos. Os cuidados paliativos, são assim uma intervenção multiprofissional especializada, que pode ser posta em prática em qualquer contexto ou unidade de internamento através de medidas simples, mas que são consideradas eficazes.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

CAPÍTULO II – A Via Subcutânea no Controlo Sintomático

CAPÍTULO II – A Via Subcutânea no Controlo Sintomático

2.1. Enquadramento Concetual e Histórico da Via Subcutânea

De entre as estratégias que permitem potenciar um controlo sintomático eficaz face ao sofrimento causado pelo avanço decorrente da sua doença, a administração de terapêutica medicamentosa e de fluídos assume um papel essencial. Porém, nem sempre a escolha da via de administração é a mais assertiva face ao contexto da pessoa em situação paliativa.

Atualmente a cateterização venosa periférica assume um papel de enorme relevo na prestação de cuidados de saúde em meio hospitalar, devido à sua ampla possibilidade de utilização, uma vez que se encontra indicada para a reposição de fluídos e/ou eletrólitos, transfusões sanguíneas, hemodiálise, quimioterapia, nutrição parenteral, administração de produto de contraste para realização de exames complementares de diagnóstico, tais como a Angiografia, entre outros (Ferreira, Pedreira, & Diccini, 2007; Tavares, et al., 2009; Steffens & Brandão, 2012).

Apesar das inúmeras vantagens que a via *endovenosa* (EV) apresenta, também possui desvantagens comparativamente com outras vias de administração. Decorrente da sua utilização excessiva na pessoa com patologia crónica e/ou evolutiva em fase terminal, poderão surgir complicações locais (infecções e hemorragias) e complicações sistémicas (Sepsis), que conseqüentemente levam a um aumento do tempo de internamento hospitalar e a um aumento das despesas hospitalares (Tavares, et al., 2009; Boller & Teodoro, 2012).

Segundo, Almeida, P., Marinela, E., & Rodrigues, L. (2013) mesmo sendo reconhecidas as desvantagens da via, tais como, uma maior invasibilidade à integridade da pessoa humana, a dor, o desconforto e as complicações associadas para a pessoa em fim de vida, a mesma continua a ser a via de eleição para os profissionais que atuam fora do contexto de cuidados paliativos.

Outro aspeto a salientar como desvantagem, mas não associado às complicações decorrentes da via, prende-se com a programação da alta, uma vez que a via EV tem o seu uso limitado no domicílio, pela dificuldade na manutenção e vigilância deste tipo de acesso.

O tratamento dirigido à pessoa em contexto de cuidados paliativos deve incluir uma via de administração farmacológica que proporcione eficácia garantida, facilidade de

administração, o mínimo desconforto, boa tolerabilidade, melhor adesão ao tratamento, menos custos associados e que permita, de certa forma, um bom controlo sintomático, promoção de autonomia à pessoa e família, bem como a possibilidade de uma programação de alta para contexto domiciliar.

Segundo Neto, I. (2008), existem outras vias de administração de terapêutica além da via endovenosa, mas só uma consegue corresponder às considerações previamente definidas. Além da via EV, a via *intramuscular* (IM) está dotada de rápidos efeitos terapêuticos, mas em contrapartida tem associada uma maior invasão e desconforto, pelo que deixa de ser uma opção de primeira linha. A via *retal* (RT), também mencionada, constitui outra alternativa, que apesar do ligeiro desconforto que possa causar, apresenta pouca disponibilidade de fármacos. Outra via disponível é a *transdérmica* (TD), uma via não invasiva e confortável, porém só se encontram disponíveis fármacos para controlo da dor com libertação prolongada (Bautista & Cruz, 2009).

Esta componente é essencial no cuidar a pessoa em fim de vida uma vez que detém uma enorme importância para os profissionais, doentes e suas famílias, que colocam como uma prioridade central no bem-estar do final da vida. É então fundamental que todos os profissionais de saúde possuam conhecimentos e aptidões sobre as várias alternativas para esse efeito e não só apenas aqueles que exercem funções no âmbito dos Cuidados Paliativos.

Estudos revelam que entre 53% a 70% dos doentes oncológicos, em situação de incurabilidade, ocorre a necessidade de recorrer a vias alternativas à via que certamente corresponderia aos critérios previamente descritos, a via *oral* (PO), para hidratar ou administrar terapêutica, pois, apesar de ser a via de eleição de administração de fármacos em cuidados paliativos pela sua simplicidade, eficácia e mínimo desconforto associado, esta poderá não se encontrar disponível ou adequada, nomeadamente em situações de ocorrência de náuseas, vômitos persistentes, disfagia, odinofagia, alterações do estado de consciência, situações de má absorção intestinal ou em outras situações decorrentes da degradação do estado clínico da pessoa (Azulay, Hortelano, & Visconti, 1998; Hernández Pérez, López, & García Rodríguez, 2002; Trujillo Gómez, Montoya Restrepo, & Bruera, 2005; Bautista & Cruz, 2009).

Segundo Viegas (2011), a via subcutânea tem vantagens, benefícios, indicações e possíveis complicações, podendo contribuir para a promoção da qualidade de vida dos

doentes. Porém, existe a necessidade de o profissional de saúde aprofundar o conhecimento sobre a utilização desse procedimento, justificado pela importância do controlo sintomático, como uma componente essencial no cuidado à pessoa em fim de vida.

Para o autor, esta técnica de administração de terapêutica e hidratação deverá ser divulgada pelos profissionais de saúde, que na sua maioria a desconhecem, afirmação esta, corroborada por Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2006), em que afirmam que a via subcutânea é “desconhecida por muitos profissionais de saúde e talvez, por essa razão, raramente usada apesar da sua eficácia e segurança” (Rochon et al., 1997; Viegas, 2011). Este desconhecimento, segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016), p. 4, causa controvérsia relativamente à sua nomenclatura.

*“O termo **“Hipodermóclise”** corresponde ao uso da via subcutânea para infusão contínua para soluções de volumes maiores. Quando um determinado medicamento é infundido em bolus ou diluído em pequeno volume, não cabe descrever essa aplicação como hipodermóclise, mas sim **“uso da via subcutânea”**”* (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, p.4, 2016).

A Hipodermóclise, ou hidratação por infusão contínua através da via subcutânea, é uma prática antiga que, devido a efeitos adversos associados a uma utilização inadequada, como o uso de soluções hipertónicas, deixou de ser utilizada. Os primeiros relatos do sucesso da administração de narcóticos por via subcutânea datam de 1860 e derivam da urgência de encontrar alternativas para tratamento da dor (Walker, 1860; Pritchett, 1867).

Surgem registos em 1865, no auge da epidemia mundial de cólera-morbo que havia afetado uma elevada percentagem da população mundial, sobre a utilização da via subcutânea para administração de fluídos (Almeida M. , 2014). O artigo *“Treatment Of Cholera by Hypodermoclysis and Enteroclysis”* publicado em 1885 no Lancet de Daland, J., corrobora os primeiros relatos sobre a segurança e a eficácia para a administração de terapêutica e fluídos:

“Têm sido feitas tentativas de administrar líquidos diretamente no sistema venoso, mas na cólera grande parte das veias está colapsada e em muitos casos é impossível cateterizar uma veia de tamanho suficiente para essa finalidade sem realizar uma cirurgia para expor veias mais profundas. Isso é mais evidente em crianças e nessa fase da cólera não há justificação para acrescentar sofrimento

desnecessário ao paciente. Além disso, o método venoso não atingiu os resultados esperados e tem sido abandonado. A forma mais natural e simples de suprir a necessidade sistêmica de líquido é pela injeção subcutânea de uma solução de duas colheres de chá pequenas de cloreto de sódio em meio litro de água quente e esterilizada, na qual duas onças de brandy podem ser adicionadas.”(Daland, 1885)

Conforme descrito no Guia da *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia* (SBGG), elaborado em 2016 com colaboração da *Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (ANCP) para os profissionais de saúde, foi a partir dos primeiros relatos que a técnica ganhou projeção a nível mundial, tais como, uma publicação de 1885 de Jones, T., sobre a infusão de morfina e atropina pela via subcutânea e outra, de 1895, sobre hipodermóclise na Índia com êxito sem precedentes nas epidemias de cólera (Slezak, 2003; Azevedo, 2011). Em 1903, a hipodermóclise em ambiente hospitalar ganhou notoriedade para tratamento de pacientes desidratados (*Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2016), também foi demonstrada na Convenção da Sociedade de Superintendentes, em Pittsburg, nos Estados Unidos da América, com base em experiências realizadas em doentes com desidratação, febre tifoide ou gripe pneumónica (*The American Journal of Nursing*, 1904).

Em 1915, surge outra revisão da literatura sobre o uso de fluídos por via subcutânea para tratamento de situações agudas e subagudas em crianças (Smith, 1915). Em 1921, é publicado um relatório que defende a técnica e enfatiza os seus benefícios, o baixo risco de complicações comparativamente com a via endovenosa, com o intuito de propor o uso recorrente desta em situações em que não se consiga obter um acesso venoso periférico para administração de fluídos, diminuindo o desconforto causado à pessoa (López et al., 2010).

Apesar dos inúmeros estudos, relatórios e publicações previamente descritas, o recurso à hipodermóclise entrara em decadência, motivado pelos avanços científicos na administração de fluídos e terapêutica por via endovenosa durante a 2ª Guerra Mundial, bem como pelas complicações causadas pela infusão de soluções hipotónicas e hipertónicas inadequadas à via subcutânea (*Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2016).

Na década de 1950, surge um método inovador com recurso a uma enzima, hialuronidase, que possui a capacidade de hidrolisar o ácido hialurónico (AH) que se

localiza no interstício celular facilitando, deste modo, a absorção de fluídos por hipodermólise. Um cientista, Webb, comprovou através de um ensaio clínico que a administração de soluções com hialuronidase por via subcutânea apresentam uma redução significativa (50%) do tempo de absorção comparativamente a soluções sem enzima (Webb, 1952). Desde então, diversos serviços adotaram este método, no entanto, recentemente existe evidência da não existência de ganhos na prevenção de edema e da recorrente frequência de hipersensibilidade no local da sua administração, pelo que não se encontra recomendado o seu uso contínuo (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).

Desde o final da década de 60, a administração de fluídos por infusão ou bólus por via subcutânea ganha novamente impulso, demonstrando capacidade para substituir a via EV em diversas situações (Lopéz, 2010).

Um estudo divulgado em 1991, sustenta a eficácia e a absorção por este método após comparar a administração de soro fisiológico (NaCl 0.9%) por ambas as vias com um radioisótopo em seis idosos voluntários e saudáveis, onde demonstrou que a capacidade de absorção é quase idêntica por ambas as vias. A variável alterada é o maior desconforto provocado na colocação de um *cateter venoso periférico* (CVP) comparativamente com um *cateter subcutâneo* (CSC) (Lipschitz, et al., 1991).

Atualmente, é considerada como técnica de primeira linha, quando não existe disponibilidade da via PO, em Unidades de Cuidados Paliativos, onde já começam a surgir protocolos para a sua utilização (Rochon et al., 1997).

2.2. Absorção e Velocidade dos Fármacos na Hipoderme

A pele, integrante do sistema tegumentar, é o órgão responsável pelo revestimento de toda a superfície corporal do ser humano que constitui a fronteira entre o corpo e o meio exterior. Apresenta capacidade para manter a integridade do corporal, proteger contra agressões externas, absorver e excretar líquidos, regular a temperatura corporal, absorver a radiação ultravioleta (UV) e metabolizar vitaminas (Vitamina C - ácido ascórbico) (Seeley, Stephens, & Tate, 2003).

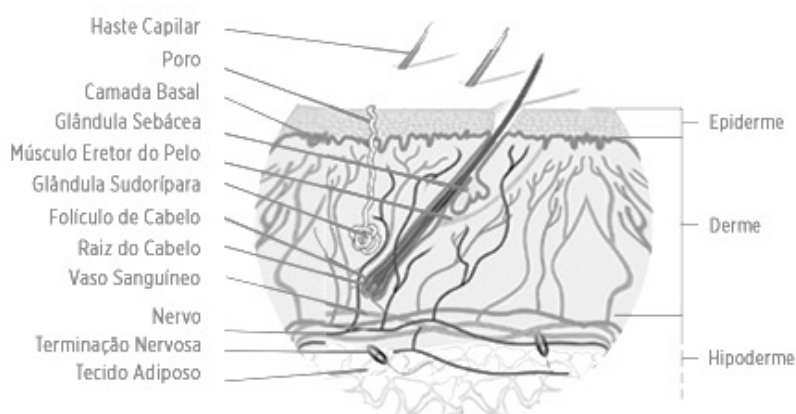
A pele é constituída por 2 camadas principais de tecido. A **derme**, responsável pela resistência estrutural da pele, é constituída por tecido conjuntivo com fibroblastos, algumas células adiposas e macrófagos, as células adiposas e os vasos sanguíneos são

escassos nesta camada. A **epiderme** é a outra camada da pele, a qual é constituída por tecido epitelial estratificado que assenta na derme (Seeley, Stephens, & Tate, 2003).

A **hipoderme** é composta por lobulos adiposos ovais-poligonais bem organizados, septos fibrosos conectados à derme que separam da superfície muscular, bem como por adipócitos menores envolvidos por tecido conjuntivo denso e bem vascularizado, que compõe a maior parte da matriz extracelular (MEC). A hipoderme, que não faz parte da pele, é também designada por **tecido celular subcutâneo** ou **fascia superficial**.

Sabe-se que cerca de metade da gordura armazenada no corpo humano encontra-se na hipoderme, sendo que a sua quantidade e localização variam consoante a idade, o sexo e a alimentação do indivíduo (Seeley, Stephens, & Tate, 2003; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).

Figura 2: Pele e Hipoderme



Fonte: Angelini, F. (2017)

Clinicamente, a hipoderme é a estrutura responsável pela absorção de fluidos e medicamentos quando se utiliza a **via subcutânea**, dependente dos capilares sanguíneos e linfáticos presentes nos septos fibrosos desta camada (Seeley, Stephens, & Tate, 2003; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).

A MEC, integrante da hipoderme, é considerada a primeira barreira para a absorção e confere estrutura mecânica (força, hidratação e condutividade hídrica) ao tecido celular subcutâneo devido à presença de fibras do colágeno. Além do que, a MEC regula o comportamento das suas células, influenciando a sua proliferação, diferenciação, migração, morfologia, atividade funcional e sobrevivência (Alberts, et al., 2002).

O ácido hialurónico, presente na estrutura dos glicosaminoglicanos, é responsável pela limitação da capacidade deste tecido receber volumes de fluídos e transportar moléculas para a corrente sanguínea (Bruton, Chabner, Knolmann, & Gilman, 2012). Daí os ensaios clínicos de Webb, realizados durante a década de 50, como já foram previamente descritos, que comprovaram que a administração de soluções com hialuronidase por via subcutânea apresentam uma redução significativa (50%) do tempo de absorção comparativamente a soluções sem enzima (Webb, 1952).

Em suma, os **fatores que facilitam a absorção e respectiva velocidade dos fármacos pela hipoderme** são:

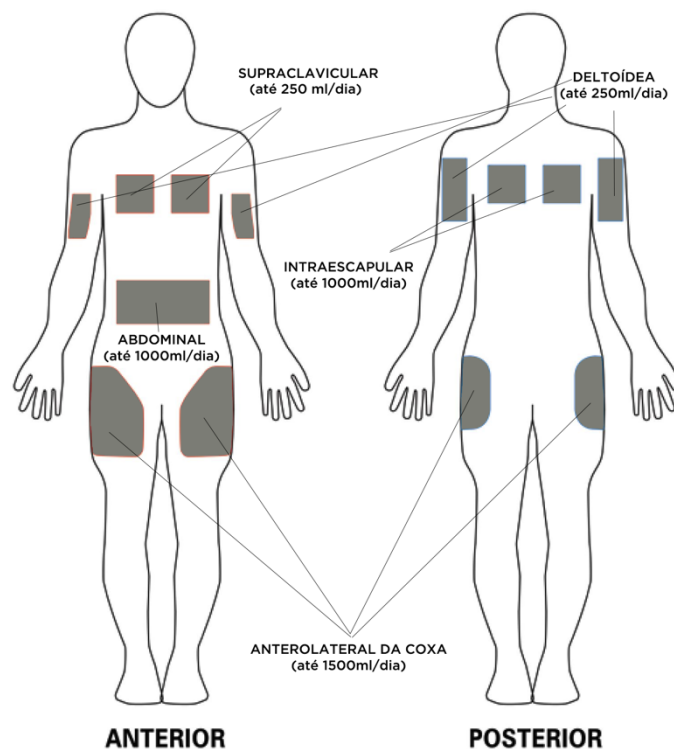
- I. Moléculas de carga negativa, através da compensação por eliminação da carga negativa excessiva, visto que, os glicosaminoglicanos possuem cargas negativas (Patel, Booble, & Vaughan-Jones, 1984);
- II. O tamanho das moléculas. Os fármacos utilizados por via SC são constituídos por moléculas pequenas, que são absorvidos ao nível dos capilares sanguíneos através de difusão simples. Por sua vez, o processo de difusão simples depende do gradiente de concentração e da solubilidade do líquido injetado que favorecem a difusão das moléculas lipofílicas (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016);
- III. Inexistência de fatores fisiológicos, tais como, vasoconstrição, atrofia capilar, hipoperfusão, baixo fluxo sanguíneo no local da punção e grande profundidade do tecido subcutâneo que interferem no processo de transporte dos fármacos (Leishker, 2012);
- IV. Aspectos farmacotécnicos que não alterem o pH, não adicionem complexos proteicos e não variem no tamanho das partículas (Hampshire Community Health Care, 2011);
- V. Não adição de fármacos vasoconstritores (adrenalina, fenilefrina, epinefrina, noradrenalina, etc.) na diluição de outros fármacos a serem administrados que são compatíveis com a via SC, visto que podem retardar a sua absorção (Deglin & Vallerand, 2010; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).

2.3. Locais de Punção do Tecido Subcutâneo

Segundo Potter (1996) e Marinela, Rodrigues, & Almeida, (2014), as regiões de eleição para a aplicação de um cateter subcutâneo, ou para administração em bolús, devem ser ricas em drenagem linfática para facilitar a absorção da terapêutica, e não devem comprometer o conforto, a autonomia e a mobilidade da pessoa, quer seja no posicionamento no leito, transferência do leito para o cadeirão, ou vice-versa, e na deambulação. Devem-se evitar regiões próximas de articulações.

Outro aspeto a ter em conta é a quantidade de volume a ser infundido. Segundo Azevedo, Barbosa, & Cassini (2012), a tolerância de cada região anatómica varia conforme as condições da pessoa (massa corporal) em relação à quantidade de máxima de volume capaz de absorver durante 24h (ver figura 4).

Figura 3: Locais de Punção Subcutânea

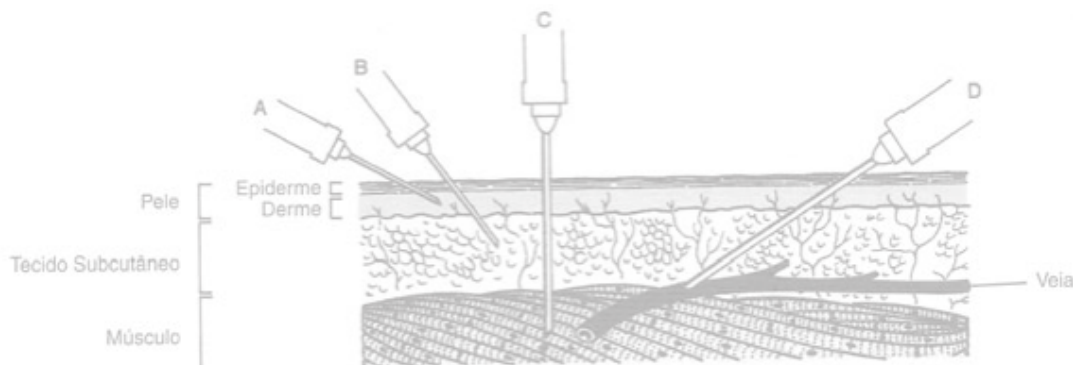


Adaptado de: (Azevedo, Barbosa, & Cassini, 2012) (Marinela, Rodrigues, & Almeida, 2014) (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016)

O cateter poderá permanecer em média no mesmo local entre 1 a 7 dias, sendo que a duração média é entre 4 e 5 dias, o que proporciona à pessoa maior autonomia e conforto. Deve ser realizada rotação dos locais de punção a cada 7 dias para evitar complicações locais. A técnica de punção para utilização da via em situações normais

implica uma angulação de 45°, em doentes emagrecidos deverão ser puncionados com uma angulação menor de 30°.

Figura 4: Vias de Administração



(A). Intradérmica (B). Subcutânea (C). Intramuscular (D). Endovenosa. **Fonte:** Schererr, J. (1992)

O material para punção poderá variar segundo o objetivo do tratamento, se é por tempo prolongado ou apenas um bolus. Se o objetivo for apenas uma administração isolada em bolus, poderá ser usada apenas uma seringa com agulha 13x 0,45mm. Exemplo: administração de insulina no tratamento da diabetes mellitus (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).

Já os cateteres agulhados ou conhecidos por *Scalps* ou também por *Butterflies* com calibre entre 21G a 25G têm um custo menor do que os não agulhados e proporcionam punções menos dolorosas (Pereira I. , 2008). Este tipo de cateter poderá permanecer até 5 dias, mesmo que não apresente complicações locais (Dalacorte, Rigo, Schneider, & Schwanke, 2012).

Existem também cateteres não agulhados que são ideais para uso prolongado, podendo permanecer até 11 dias. Recomenda-se o uso de calibres entre 20G a 24G. Contudo, este tipo de cateter apresenta um maior custo para as unidades de saúde (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).

Quanto ao tempo de permanência do acesso subcutâneo, preconiza-se que se remova imediatamente sempre que existam complicações locais. De acordo com as recomendações do fabricante, a cobertura do acesso varia consoante o material utilizado. Se o acesso tiver uma cobertura estéril transparente, esta poderá permanecer até sete dias, enquanto que as coberturas com fita de esparadrapo ou fita micropore

deverão ser trocadas diariamente. Ou seja, apesar do custo ser maior na cobertura estéril transparente, esta traduzirá ganhos para as unidades de saúde. A manipulação diária do acesso subcutâneo para a troca da cobertura diminuirá o tempo de permanência do mesmo.

2.4. Indicações e Contraindicações da Via Alternativa

A via SC, tendo em conta as desvantagens das restantes vias de administração, é considerada um método seguro, conveniente e simples para a administração de fármacos, e também para a hidratação, assumindo um papel fundamental como alternativa cómoda e segura para um bom controlo sintomático. Existem inúmeros estudos sobre a eficiência e eficácia da absorção de fluídos utilizando a via subcutânea. Esta via está amplamente indicada em casos de desidratação moderada, nos quais tanto a rede venosa como a ingestão de líquidos por via oral sejam impraticáveis e para a qual não seja necessária uma reposição rápida de volumes (Rochon et al., 1997; Azulay, Hortelano, & Visconti, 1998; Trujillo Gómez et al., 2005; Ferreira, Pedreira, & Diccini, 2007).

Cada vez mais verifica-se a administração de fluidos por via SC em Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) em idosos que se encontram num estado clínico débil e lhes seja diagnosticada desidratação. Esta opção vai de encontro à opinião da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016), a qual afirma que se deve programar hidratação por via SC na instituição, garantindo a reposição do volume de forma cómoda e sem necessidade de transferência para uma unidade hospitalar.

Segundo a revisão sistemática da literatura realizada por Lopes, A., Esteves, R. & Sapeta, P. (2012), a desidratação ligeira associada a sintomas desconfortantes ou de causa reversível, ainda que alvo de alguma controvérsia pela dificuldade de diagnóstico associada à multiplicidade e similaridade sintomática experienciada pelas pessoas em fase terminal, é apontada por alguns autores como sendo uma indicação para o recurso à hidratação subcutânea.

Como tem vindo a ser referido, segundo Sasson & Shvartzman (2001), YAP, TAN, & KOO (2001), Grencho (2008), Neto & Barbosa (2010), Schnürle (2015), e FINDAX (s.d.), as indicações (**ver tabela 3**) para o recurso da via SC são variadas, tais como em situações de:

Tabela 3: Indicações para a Utilização da Via Subcutânea

INDICAÇÕES
<ul style="list-style-type: none">▪ Pessoa em situação de últimos dias ou horas de vida;▪ Pessoa com comprometimento da via oral;▪ Alterações do nível do estado de consciência devido a sonolência, coma, sedação prolongada;▪ Controlo da dor quando existe necessidade de administração de grandes doses de morfina por via oral;▪ Situação de demência avançada com disfagia;▪ Pessoa com Síndrome delírio-confusional e debilidade extrema;▪ Controlo de náuseas/ vômitos de incidência prolongada;▪ Intolerância gástrica;▪ Obstrução intestinal;▪ Controlo de convulsões, diarreia ou dispneia intensa;▪ Reposição de hidroeletrólitos por sinais de desidratação;▪ Doentes com sinais de toxicidade a fármacos;▪ Pessoa sem disponibilidade para outra via de administração de terapêutica;▪ Administração de fármacos contraindicados por via oral ou sem reposta terapêutica satisfatória;▪ Programação de alta para contexto domiciliar por necessidade de uma absorção lenta e constante do fluido ou fármaco compatível por via subcutânea;

Porém, nem sempre a via subcutânea deverá ser utilizada como recurso ao comprometimento da via oral. Segundo Sasson & Shvartzman (2001), YAP, TAN, & KOO (2001), Palliative Drugs (2005), Grencho (2008) e Neto & Barbosa (2010), as contraindicações para a sua não utilização (**ver tabela 4**), são:

Tabela 4: Contraindicações para a Utilização da Via Subcutânea

CONTRAINDICAÇÕES
<ul style="list-style-type: none">▪ Membros sujeitos disseção ganglionar;▪ Região sujeita a Radioterapia (RT), junto de cicatrizes operatórias e/ou zonas de pele sem integridade cutânea;▪ Administração de volumes superiores a 3 litros diários contínuas e prolongadas;▪ Situações de emergência que necessitem de administração de grandes volumes de fármacos rapidamente (Hipotensão Severa, Choque, Alterações hidroeletrólíticas graves, etc.);▪ Pessoa com Insuficiência pré-renal, renal ou sujeita a hemodiálise;▪ Infecção, inflamação ou ulceração cutânea de repetição nos locais de punção;▪ Pessoa com risco de Edema Agudo do Pulmão, Anasarca, Insuficiência Cardíaca Grave ou Síndrome da veia cava superior;▪ Pessoa com Coagulopatias, Trombocitopenia, bem como com circulação periférica diminuída pelo risco de Hemorragia no local de punção;▪ Necessidade de manutenção de via EV;▪ Proximidade de articulações;▪ Locais de proeminências ósseas;▪ Ascite;▪ Administração de soluções hipertónicas e suplementos nutricionais;▪ Pessoa em estado avançado de caquexia por hipertrofia do tecido subcutâneo.▪ Recusa da pessoa a submeter-se ao procedimento;

Segundo a literatura “a única contraindicação formal para o uso da via subcutânea, em adultos, é a recusa do paciente a se submeter ao procedimento” (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016), respeitando assim o princípio bioético da autonomia do ser humano, reconhecendo a pessoa como ser livre e autónomo, capaz de se autogovernar e decidir por si mesma (Nunes, 2008, p.43).

Quando existe o risco do surgimento complicações relacionadas com a via SC, tais como o sangramento no local de inserção do acesso subcutâneo, edema que impossibilita a correta absorção do fármaco, hematoma na presença de alterações da hemostasia ou necessidade de reposição imediata de volumes de hidroeletrólitos, recomenda-se a utilização da via EV em discernimento da via SC (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).

As pessoas com diagnóstico clínico de síndrome da veia cava superior, recomenda-se prudência na escolha do local de colocação do acesso, devendo a escolha recair pela face anterolateral da coxa ao invés da região deltóide, supraclavicular e infraescapular (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).

Na presença de ascite, recomenda-se a não colocação na região abdominal. Em contrapartida, em doentes com caquexia acentuada que apresentam tecido subcutâneo muito reduzido em regiões indicadas para colocação de acesso subcutâneo, é imperiosa a colocação apenas na região abdominal ou na face anterolateral da coxa com uma redução do ângulo de inclinação do cateter por apenas apresentarem uma camada superficial de tecido subcutâneo.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016) também defende que "*Lesões de pele comprometem a absorção de fluidos ou medicamentos infundidos no subcutâneo*", devido a alterações locais da circulação linfática ou sanguínea.

Portanto deve-se "*evitar a punção em áreas ulceradas ou infetadas, áreas próximas de dissecação ganglionar ou de incisão cirúrgica e áreas submetidas a radioterapia*" (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).

Embora seja mínimo o risco de edema pulmonar por sobrecarga de fluídos através hidratação subcutânea, esta deverá ser suspensa se surgir sinais de edema pulmonar tais como: taquipneia, broncoespasmo reflexo, sibilos respiratórios (Castro, 2003; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).

2.5. Vantagens e Desvantagens da Via Alternativa

Pérez & Rodriguez (2002), afirmam que o uso da Hipodermoclise é benéfico no alívio ou supressão de confusão e agitação psicomotora, no aumento da excreção renal, promotora da eliminação de metabolitos provenientes da medicação opióide, na hidratação da pele como um complemento na prevenção de formação de úlceras por pressão e ainda na prevenção da obstipação. Outro estudo citado na mesma revisão Gutierrez et al (2005) referem o alívio e a reversão da sintomatologia em 30 a 70% dos estudos estudados.

Um estudo publicado em 2016 no *Journal of Pain and Symptom Management*, "*A Prospective Study of Hypodermoclysis Performed by Caregivers in the Home Setting*", teve como objetivo estudar uma amostra de 21 doentes e seus respetivos principais cuidadores. Os doentes apresentavam carcinoma em estadio avançado e encontravam-

se a receber cuidados paliativos no domicílio. Os cuidadores que haviam recebido ensinamentos foram capazes de iniciar a perfusão contínua, os incidentes registados foram mínimos, apenas 5%, devido à manutenção da agulha no local de punção. Este estudo sugere que a hidratação ou administração de terapêutica por via SC pode ser administrada pelos cuidadores, desde que possuam conhecimentos demonstrados após ensinamentos efetuados pela equipa domiciliar ou hospitalar, bem como pela existência de suporte técnico e equipamentos adequados (Vidal, Hui, Williams, & Bruera, 2016).

A dissertação de Moreira, L. (2010) no âmbito do Ciclo de Estudos do Mestrado em Cuidados Paliativos demonstrara na sua discussão de dados que 48,8% dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) da sua amostra, concordam que a utilização da via SC evita internamentos, pelo controlo sintomático que se consegue obter de forma eficaz, pela comodidade providenciada à pessoa e pela não necessidade de enfermeiro permanente, podendo esta ser manipulada pela família, após ensinamentos.

Segundo Marques C. (2005), Neto I. (2008), Instituto Nacional do Câncer (2009), Pontalti, et al. (2012), Bruno (2013) e Duems-Noriega & Ariño-Blasco (2015), as vantagens e desvantagens da utilização da via SC (**ver Tabela 5 e Tabela 6 respetivamente**) são as seguintes:

Tabela 5: Vantagens da Utilização da Via Subcutânea

VANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maior Acessibilidade e Menor Desconforto comparativamente com a via EV; ▪ Eficácia comprovada no Controlo Sintomático; ▪ Locais de punção para administração de terapêutica facilmente obtidos; ▪ Realizada em qualquer ambiente de cuidados, inclusive em Contexto Domiciliar; ▪ Permite a administração por qualquer profissional de saúde ou cuidador treinado; ▪ Redução do número de hospitalizações e baixos custos associados; ▪ Baixos risco de efeitos adversos sistémicos (hiponatremia, hipervolemia, obstipação); ▪ Baixo índice de tromboflebitis e infeções; ▪ Baixos níveis de concentrações plasmáticas de opióide; ▪ A perfusão pode ser interrompida sem que haja risco de trombose; ▪ Diminuição do Risco de sobrecarga cardíaca; ▪ Menor interferência na mobilidade e promoção da autonomia da pessoa.

Tabela 6: Desvantagens da Utilização da Via Subcutânea

DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none">▪ Volume e Velocidade de perfusão limitados a 1.500ml/dia por casa local de punção, sendo que apenas poderão ser administrados 3.000ml/dia;▪ Absorção do local de punção é variável, sendo esta influenciada pela perfusão e vascularização do tecido subcutâneo do local;▪ Limitação na disponibilidade de fármacos e eletrólitos a serem perfundidos;▪ Impossibilidade de colocação de cateter em tecido subcutâneo, caso a pessoa apresente doenças dermatológicas, lesões cutâneas ou sinais inflamatórios;▪ Requer vigilância se ocorre formação de edemas no local de administração;▪ Efeito não imediato em situações de Urgência e Emergência por capacidade de absorção lenta com limite de volume de fluídos a administrar;▪ Não eficaz em casos de infecções graves;▪ Possibilidade de reações locais aos fármacos administrados;▪ Dificuldade de remoção do fármaco em caso de sobredosagem ou erro na sua administração;

2.6. Soluções e Fármacos administrados por Via SC

A administração de soluções e fármacos pela via subcutânea encontra-se documentada em estudos de baixo nível de evidência científica - relatos em serviços de CP e em estudos clínicos que em sua maioria são séries de casos ou opiniões de especialistas. Com frequência, a administração por via subcutânea é *off-label*, ou seja, fármacos licenciados, mas usados uma via de administração não licenciada, não constando assim nas bulas das medicações, tal como se verifica no Guia Farmacológico para Enfermeiros de Deglin & Vallerand (2010). A falta de informação nas bulas tal como falta de formação na área da medicina paliativa, criam entraves na sua prescrição, na sua identificação e na sua utilização (Neto I. , 2008).

Sabe-se que os aspetos farmacotécnicos são relevantes na compatibilidade para a administração por via subcutânea. **Os fármacos hidrossolúveis (baixa viscosidade), que não sejam irritantes ou citotóxicos e que possuam o pH neutro (7,38-4,45) são os mais compatíveis com a via.** Porém, de acordo com a literatura, existem fármacos com pH ácido que podem ser administrados pela via SC,

desde que sejam administrados de forma lenta, tais como: haloperidol, metoclopramida, ondastrom, brometo de N-butilescopolamina e levopromazina (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).

Fármacos como o diazepam, clorpromazina, clonidina, paracetamol, digoxina, flumazenil, amiodorona, verapamil, dopamina, entre outros, não devem ser administrados por via SC, devido ao seu pH ser extremamente ácido (<2 ou > 1), pois apresentam grande risco de irritação local. Além do facto, de necessitarem de diluição em soluções oleosas, que potenciam o aparecimento de dor e edema após infusão subcutânea (Neto I. , 2008; Grencho, 2008; NHS Greater Glasgow and Clyde, 2009; Chirivella, et al., 2015). Com base nas referências bibliográficas anteriores, apresentamos em tabela (**ver tabela 7**), os fármacos que se encontram contraindicados para a sua administração por via SC:

Tabela 7: Fármacos Contraindicados por via SC

SUBSTÂNCIA ATIVA	NOME COMERCIAL^a
ADENOSINA	Adenoscan (30mg/10ml)
AMIODARONA	Cordarone (150mg/3ml)
ANTIBIÓTICOS Não se devem ser administrados por via SC, exceto Ampicilina, Cefepime, Ceftriaxona, Ertapenem, Teicoplanina e Tobramicina. Outros poderão causar necrose tecidual (Ver subcapítulo: evidências sobre administração de antibioterapia por via SC)	
ANTIEPILÉTICOS / ANTICONVULSIVANTE	
BACLOFENO	Liorsesal (0,05mg/1ml); (10mg/5ml); (10mg/20ml)
BIPERIDENO	Akineton (5mg/ml)
CLOMIPRAMINA	Anafranil (25mg/2ml)
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO	Tranxene 100mg/5ml Pó e Solvente para Injetável.
CLOROPROMAZINA Apenas se poderia administrar em infusão contínua entre 10mg a 20mg em 24h)	Largactil IM (25mg/5ml) Largactil IV (50mg/2ml)
DIAZEPAM	Stesolid (5mg/ml) Valium (10mg/2ml)
DIGOXINA	Nexium I.V., (40mg)
DOPAMINA	Medopa (200mg/5ml)
FITOMENADIONA (VIT. K)	Kanakion MM (10mg/1ml)
FLUMAZENIL	Flumazenilo (0,1mg/ml)
ISONIAZIDA	Isoniazida (100mg/3ml)
LIDOCAÍNA	Lidocaína 5% (50mg/ml)

METAMIZOL	Nolotil (2000mg/5ml)
NITROGLICERINA	Gtn (5mg/ml) concentrado para solução para perfusão
PARACETAMOL	<i>Paracetamol</i> (10mg/ml)
PROPAFENONA	Rytmonorm (70mg/20ml)
SULPIRIDA	Dogmatil (100mg/2ml), encontra-se sem autorização em Portugal.
TEOFILINA	Solução Injectável de Teofilina em Dextrose a 5%, encontra-se sem autorização em Portugal.
TIAPRIDA	Tiapridal (100mg/2ml)
TIAMINA (VIT B1)	Tiamina (100mg/2ml)
VALPROATO DE SÓDIO	Diplexil (100mg/ml)
CLORIDRATO DE VERAPAMILO	Isoptin (5mg/2ml)

^a Apresentação Comercial de alguns dos fármacos disponíveis **Fonte:** INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, 2017).

Existem recomendações na utilização de determinados fármacos como diclofenac, levopromazina, metadona, octreotido, ondasetrom e prometazina, por apresentarem risco de efeitos locais indesejáveis, nomeadamente irritação ou necrose tecidual, requerendo assim que sejam diluídos e que o seu tempo de infusão seja cumprido de forma rigorosa (Twycross, Wilcock, & Howard, 2015). **Exemplo desta recomendação é a diluição do Diclofenac**, em +/- 5/6 cc de NaCl 0.9%, pelo risco de irritação ou necrose tecidual se a administração for realizada sem solvente associado. O Diclofenac encontra-se recomendado para dor, principalmente óssea, ou em caso de febre refratária ao Paracetamol. Este fármaco não pode ser administrado concomitantemente com outros fármacos (Ferreira & Santos, 2012; Chirivella, et al., 2015).

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016), existe um consenso quanto à dose administrada pela via SC, onde esta deverá ser menor do que a dose administrada por via PO, pois o uso subcutâneo implica uma maior biodisponibilidade dos fármacos. Para evitar a acumulação de líquidos no local de inserção do catéter subcutâneo é fundamental que não se administrem mais do que 3 fármacos em simultâneo, de forma a não comprometer a absorção e a eficácia terapêutica de cada um dos administrados (Marinela, Rodrigues, & Almeida, 2014).

Com base nos artigos/guias "Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos" (Chirivella, et al., 2015), "O uso da via subcutânea em Geriatria e Cuidados Paliativos" (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016), "A via subcutânea em cuidados paliativos" (Marinela, Rodrigues, & Almeida, 2014) e com base

na Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (2017) apresenta-mos de seguida uma listagem de fármacos mais indicados para administração por via SC (**ver tabela 8**).

Tabela 8: Fármacos indicados para sua administração por via SC

#	SUBSTÂNCIA ATIVA
A	Ampicilina
B	Brometo de Butilescopolamina
C	Calcitonina; Cefepime; Cetorolac; Ceftriaxona; Cetamina; Clonazepam.
D	Dexametasona; Diclofenac; Dimenidrinato; Dipirona.
E	Ertapenem
F	Fenobarbital; Fentanilo; Furosemida;
G	Granisetron
H	Haloperidol
L	Levomepromazina
M	Meropenem; Metadona; Metoclopramida; Midazolam; Morfina.
O	Octreótido; Omeprazol; Ondasetron.
P	Petidina; Prometazina;
R	Ranitidina
T	Tenoxicam; Tramadol.

Fonte: Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (2017) Chirivella, et al. (2015) Marinela, Rodrigues, & Almeida (2014) Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016)

A administração de terapêutica pela via subcutânea também apresenta particularidades relativamente à compatibilidade cada fármaco com os demais (**ver tabela 9**). Em caso de incompatibilidade, os fármacos deverão ser administrados em sítios de punção distintos e distantes uns dos outros, não excedendo 3 fármacos, compatíveis entre si, por cada local de administração, tal como afirma Pontalti, et al. (2012).

Tabela 9: Compatibilidade de Fármacos por Via Subcutânea

Medicamentos	Butilescopolamina	Cefepime	Ceftriaxona	Dexametasona	Diclofenac	Dipirona	Furosemida	Haloperidol	Levomepromazina	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreótido	Ondasetron	Ranitidina	Tramadol
Butilescopolamina		C	C	I	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C
Cefepime	C		C	I	I	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C
Ceftriaxona	C	C		I	I	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C
Dexametasona	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Diclofenac	I	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Dipirona	C	C	C	I	I		C	C	C	C	C	C	I	C	I	C
Furosemida	C	C	C	I	I	C		C	C	I	I	I	I	C	I	C
Haloperidol	C	C	C	I	I	C	C		C	C	C	C	C	C	I	C
Levomepromazina	C	C	C	I	I	C	C	C		C	C	C	C	C	I	C
Metoclopramida	C	C	C	I	I	C	I	C	C		C	C	C	C	I	C
Midazolam	C	C	C	I	I	C	I	C	C	C		C	C	C	C	C
Morfina	C	C	C	I	I	C	I	C	C	C	C		C	C	C	I
Octreótido	C	I	I	I	I	I	I	C	C	C	C	C		I	I	I
Ondasetron	C	C	C	I	I	C	C	C	C	C	C	C	I		I	C
Ranitidina	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	C	C	I	I		I
Tramadol	C	C	C	I	I	C	C	C	C	C	C	I	I	C	C	

C: compatível I: incompatível

Fontes: Chirivella, et al. (2015) Marinela, Rodrigues, & Almeida (2014) Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016) (Azevedo, Barbosa, & Cassini, 2012)

Apesar de ainda não existir um consenso, nem estudos suficientes sobre a compatibilidade dos fármacos não licenciados mas que se encontram indicados para sua administração por via SC, em Março de 2017, foi publicado um estudo "Identification of drug combinations administered by continuous subcutaneous infusion that require analysis for compatibility and stability", que tem como finalidade o desenvolvimento de

um guia de orientação no Reino Unido sobre a compatibilidade da administração de terapêutica por via SC (Dickman, et al., 2017).

Resumidamente, neste estudo foram incluídas 1.945 combinações de fármacos adequadas para a análise, com 278 combinações discretas identificadas. As 40 principais combinações representaram quase $\frac{2}{3}$ das combinações registradas. Um total de 23 fármacos diferentes foram administrados em combinação e o número médio de drogas em uma combinação foi de três. O estudo Delphi identificou cinco combinações para o alívio de sintomas complexos ou refratários (Dickman, et al., 2017).

Quanto à administração de soluções por infusão (**ver tabela 10**), são consideradas como seguras para a sua administração por via SC, as seguintes:

Tabela 10: Soluções para administração por via SC

Nome	Dose	Observação
Soro Fisiológico 0.9% OU Soro Fisiológico 0.45%	Max. 1500ml/dia por local de punção	Volume de Infusão máximo de 62.5 ml/h.
Soro Glicofisiológico (2/3 SG 5% + 1/3 SF 0.9%)	Max. 1500ml/dia por local de punção	
Soro Glicosado 5%	Max. 1000ml/dia por local de punção	

Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016)

Apesar de existirem estudos que relatam a pouca tolerabilidade dos doentes quando lhes é administrada uma solução de glicose a 5%, outros afirmam como sendo segura e de utilidade clínica. Outra solução, o lactato de ringer, carece de evidência científica, mas teoricamente é considerado como sendo seguro pelo valor do seu pH e se tratar de uma solução isotónica. Existem serviços no Brasil que o utilizam com sucesso (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).

Existe evidência para a administração de eletrólitos desde que sejam diluídos numa das soluções previamente descritas (**ver tabela 10**). O Cloreto de Potássio (KCl) na concentração máxima (Cmax) de 20mEq/L deverá ser diluído em 500cc de NaCl 0.9% ou SG 5% (Sasson & Shvartzman, 2001) (Neto I. , 2008).

2.7. Evidências sobre Administração de Antibioterapia por Via SC

Ao longo da história da medicina, foram testadas diversas técnicas com a utilização de diversas substâncias propensas ao tratamento de situações causadas por microrganismos patogênicos, até que aparecessem os medicamentos intitulados como antibióticos. O termo "Antibiótico" tem origem do grego e significa, metaforicamente, "contra a vida", ou seja, contra a vida de microrganismos que são patogênicos para o Homem (Yagiela, Dowd, & Neidle, 2004).

Com o retorno, a partir do final da década de 60, da utilização da via SC para a administração de terapêutica e infusões, surgiu a necessidade crescente de uma abordagem terapêutica por meio desta via alternativa para a administração de antibioterapia no paciente com diagnóstico oncológico em cuidados paliativos. Ressalva-se que não são apenas pessoas portadoras de doença oncológica que são alvo de intervenções paliativas.

A utilização da via SC para administração de antibióticos, vem sendo estudada para a sua utilização em geriatria e em cuidados paliativos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas associados à sua situação clínica.

Segundo Helde-Frankling, Bergqvist, Bergman, & Bjorkhem-Bergman (2016), o tratamento de infecções nas últimas semanas de vida da pessoa pode contribuir para uma melhoria da qualidade de vida especialmente se se suspeitar ou houver a confirmação de sepsis. Os efeitos benéficos geralmente são mais frequentes do que os efeitos colaterais. No entanto, a eficácia dos antibióticos pode não ser a pretendida neste contexto. A decisão de tratar ou não tratar infecções na pessoa com doença terminal é complexa e requer uma abordagem individual tendo por base as considerações éticas.

Alguns estudos, investigaram os parâmetros farmacocinéticos e clínicos com o intuito de prever a sua eficácia terapêutica na absorção e na manutenção dos níveis plasmáticos. Estes concluíram que apesar da entrada na circulação sistêmica ocorrer de forma mais lenta comparativamente com a via endovenosa, a sua disponibilidade final não foi afetada, apresentando resultados satisfatórios no tratamento de algumas infecções (Melin-Coviaux, et al., 2000; Walker, et al., 2005; Hernández Palacios, 2009).

Em 2012, uma revisão integrativa da literatura da autoria de Azevedo, Barbosa, & Cassini (2012), intitulada de "*Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura*", teve como objetivo caracterizar os artigos científicos

relacionados ao uso de antibioterapia por via SC em pacientes com difícil acesso venoso em CP quanto à **tolerância local** e **eficácia terapêutica**. Os estudos foram classificados em duas categorias temáticas, baseadas nos aspectos farmacocinéticos que caracterizaram as previsões de eficácia terapêutica e aspectos de tolerância no local da punção SC. Dos 17 estudos incluídos na amostra final, as categorias eficácia terapêutica e tolerância local estiveram presentes em 10 e 16 estudos respectivamente, e em 9 destes, estavam presentes em ambas as categorias. Porém, salienta-se que não foi localizado nenhum estudo que abordasse diretamente a pessoa em contexto paliativo.

Tabela 11: Apresentação dos antibióticos de acordo com a classe e o nome dos antibióticos presentes nos estudos

Classe de Antibiótico		Nome do Antibiótico
Carbapenêmicos		Ertapenem
Cefalosporinas	3ª Geração	Ceftriaxona
	4ª Geração	Cefepime
Glicopeptídeos		Teicoplanina
Penicilinas		Ampicilina
Aminoglicosídeos		Tobramicina Amicacina Netilmicina Gentamicina Sisomicina

Fonte: (Azevedo E. , Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura, 2011)

A categoria “**Eficácia terapêutica**” foi avaliada com base nos parâmetros farmacocinéticos dos antibióticos, sendo considerados $C_{máx}$ (maior concentração na corrente sanguínea), $t_{máx}$ (intervalo de tempo necessário para a concentração máxima), AUC (área sob a curva), $t_{1/2}$ (tempo de semi-vida), biodisponibilidade e MIC (concentração inibitória mínima) (Azevedo, Barbosa, & Cassini, 2012).

Segundo os resultados demonstrados, a **Ceftriaxona** apesar da $C_{máx}$ inicialmente ter sido menor para a via SC comparativamente com a via EV, apresenta níveis plasmáticos satisfatórios, com tempo de ação prolongado e taxa de absorção muito similar às vias EV e IM. Salienta-se que o uso da enzima hialuronidase, aumentou a capacidade de absorção por via SC, aumentou a $C_{máx}$ e diminuiu em 1 hora o $t_{máx}$. Quando comparadas as vias SC e EV, confirma-se o estado de equilíbrio para as duas vias de administração, 100% de biodisponibilidade para a via SC e presume-se com bases nos dados obtidos,

que existe eficácia terapêutica. A **Cefipime**, apresenta parâmetros farmacocinéticos similares à Ceftriaxona, presumindo-se assim que este também apresenta eficácia terapêutica por via SC similar à via IM (Azevedo, Barbosa, & Cassini, 2012).

De acordo com os resultados obtidos num outro estudo, a eficácia terapêutica estimada para a infusão de **Ertapenem** por via SC foi equivalente à via EV, podendo assim ser considerada uma alternativa. Contudo, esse estudo apresenta uma amostra pequena (n=6) que por conseguinte pode ser insuficiente para extrapolação dos resultados para outras populações com segurança.

A via SC suportou a manutenção de níveis terapêuticos da **Teicoplanina** por tempo superior ao da via EV e alcançou índices terapêuticos superiores à MIC. Quanto à **Ampicilina** e **Tobramicina**, a via SC modificou ligeiramente os parâmetros farmacocinéticos, a absorção, a distribuição e a eliminação relativamente à via EV. No entanto, estes dados comprovam a sua eficácia terapêutica sugerindo assim que existe um potencial de utilidade da via SC para a sua administração.

A administração de **Amicacina** por via SC, importa salientar que os resultados obtidos sobre a eficácia do medicamento têm um parecer positivo para o uso da via SC para a sua administração. Porém, o estudo realizado é limitado por apenas possuir uma amostra de cinco participantes (n=5) e pela ausência de critérios de inclusão e exclusão.

Resumindo, de um modo geral segundo esta revisão integrativa quanto à eficácia terapêutica, os estudos encontrados são de fraco nível de recomendação (Nível B e C), pelo que será necessária prudência para a sua utilização, sobretudo a classe de Aminoglicosídeos (Azevedo, Barbosa, & Cassini, 2012).

A categoria "**Tolerância Local**" foi avaliada com base nos parâmetros: lesões cutâneas, dor, calor, rubor, prurido e edema após a administração de antibioterapia por via SC. Dos estudos incluídos, destaca-se o aparecimento de lesões cutâneas com evolução para necrose tecidular a quando a administração de **Gentamicina**, **Sisomicina** e **Netilmicina**. Apesar que estes mesmos estudos apontem para a cicatrização tecidular ou melhoria do dano tecidular, **não parece ser aconselhável o uso da via SC para esta classe de antibióticos, os Aminoglicosídeos**, sem que haja verificação dos aspectos farmacológicos e de segurança por meio de outros estudos.

Relativamente à utilização da **Ampicilina** e **Tobramicina**, os estudos confirmam que existe tolerância local, sugerindo potencial para a sua utilização por via SC. Contudo, são precisos mais estudos para definir a dose de segurança.

A **Teicoplanina**, apresenta tolerância por via SC em doentes sépticos pelo que os autores recomendam a utilização da via em situações de tratamento a longo prazo ou sem possibilidade de acesso EV, fazendo aqui a inclusão dos doentes em contexto paliativo.

O **Ertapenem**, os resultados também foram considerados positivos e favoráveis à sua utilização por via SC, mas para que os resultados possam ser extrapolados com segurança serão necessários construir outros estudos com o objetivo de avaliar os parâmetros de tolerância em populações maiores e heterogêneas.

Os resultados obtidos com a utilização do **Cefepime** 1g diluído em 50ml de Soro Glicosado 5% por via SC pela região abdominal, traduzem-se em mínimo desconforto associado durante ou após a sua administração.

Em relação à **Ceftriaxona**, estudos apontam que a dose com melhor tolerância será de 0,5g, apesar da dose recomendada ser de 1g, sem qualquer reação de intolerância, porém esta dose não alcança os índices terapêuticos desejados. Num estudo realizado a 4 voluntários saudáveis a administração de uma dose única de 2g de ceftriaxona diluída em 5ml de lidocaína a 1%, os voluntários apenas apresentaram como reação adversa dor no local da punção a quando da mesma. Num outro, a 8 pacientes com infecção urinária foi-lhes administrada 2g de ceftriaxona por via EV nos primeiros 3 dias e nos 3 dias seguintes por via SC, tendo sido verificada uma melhoria do estado clínico do paciente. Porém, 20% dos pacientes (n≈2) apresentou reação adversa, necrose tecidual com cicatrização lenta. A título de curiosidade **em França, a Ceftriaxona encontra-se recomendada para utilização por via SC** (Mieras, González, & Esteva, 2017).

De um modo geral, os Aminoglicosídeos tiveram pior tolerância local por via SC, apenas para a Trombramicina não existem relatos de intolerância. As Cefalosporinas (2ª e 3ª Gerações) apresentam dados discordantes, de acordo com a dose, visto que no estudo com melhor tolerância foi utilizada uma dose menor com a adição de lidocaína. Em relação às Penicilinas, os autores concluíram que a posologia não foi suficiente para obter conclusões concretas quanto à sua tolerância.

Concluindo, constata-se a falta de estudos sobre a utilização de antibioterapia por via SC em doentes em contexto paliativo, enfatizando assim a real necessidade para o desenvolvimento de investigações com vista a obter resposta as inquietações dos resultados obtidos nesta revisão integrativa da literatura.

PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

CAPÍTULO III – Processo Metodológico

CAPÍTULO III – Processo Metodológico

Ao contrário dos capítulos precedentes, nos quais se clarificaram os diversos conceitos relacionados com o tema, tais como os cuidados paliativos, a realidade portuguesa e a via subcutânea, neste capítulo apresentamos o desenho de investigação produzido para a concretização do estudo, respondendo aos objetivos formulados de forma a contribuir para o avanço da evidência científica sobre a perceção dos enfermeiros relativamente à utilização da via subcutânea no cuidar a pessoa em contexto paliativo.

Este capítulo divide-se em seis subcapítulos:

- 3.1. Questão de Investigação e seus Objetivos
- 3.2. Tipo de Estudo
- 3.3. População e Amostra
- 3.4. Método de Colheita de dados
- 3.5. Instrumento de Colheita de dados
- 3.6. Método de análise estatística
- 3.7. Aspetos formais e éticos

3.1. Questão de Investigação e seus Objetivos

Investigar é descobrir algo para além do conhecido. De 1001 Ideias, iniciar 10 e concluir apenas 1. O investigador tem a liberdade de escolha do tema cujo conhecimento determine uma necessidade de explicação. A questão de investigação deve ser bem definida, interessante para o investigador, entidades e comunidade. Esta deverá ser o mais concreta possível para que a hipótese de sucesso seja maior.

Segundo Nicola (2008), o desafio na elaboração de uma questão de investigação não é falta de incertezas, mas sim a concretização de um estudo válido e exequível. Obter uma boa questão de investigação é 10% de inspiração e 90% de transpiração.

Assim sendo, o investigador e os seus orientadores definiram “Qual a perceção dos enfermeiros portugueses sobre a via subcutânea no controlo sintomático no cuidar a pessoa em contexto paliativo?” como sendo a questão de investigação do presente estudo.

Posto isto, definiram-se a natureza e a dimensão do universo do estudo através da formulação de objetivos. Pretendeu-se:

O₁ - Caracterizar os enfermeiros relativamente aos aspetos sociodemográficos;

- O₂** - Caracterizar os enfermeiros relativamente à experiência profissional;
- O₃** - Caracterizar os enfermeiros relativamente à formação em cuidados paliativos;
- O₄** - Identificar a perceção dos enfermeiros portugueses sobre o potencial de utilidade e utilização da via subcutânea no contexto de cuidar a pessoa em situação paliativa;
- O₅** - Identificar a perceção dos enfermeiros portugueses relativamente aos fatores facilitadores e dificultadores na utilização da via subcutânea no contexto de cuidar a pessoa em situação paliativa.

Com base nestes objetivos formularam-se hipóteses:

H₁ – Existe relação entre a existência de formação específica e a concordância com a administração de terapêutica ou hipodermóclise por via subcutânea no contexto de cuidar a pessoa em situação paliativa;

H₂ – Existe relação entre a não formação específica e a concordância com a administração de terapêutica por via endovenosa no contexto de cuidar a pessoa em situação paliativa;

H₃ – Existe relação entre a experiência profissional em contexto de cuidados paliativos e a perceção sobre a utilidade da via subcutânea no cuidar a pessoa em contexto paliativo;

H₄ – Existe relação entre possuir formação específica em cuidados paliativos e a perceção sobre a utilidade da via subcutânea no cuidar a pessoa em contexto paliativo;

H₅ – Existe relação entre o conhecimento sobre a técnica de hipodermóclise e a formação específica em cuidados paliativos;

3.2. Tipo de Estudo

Quanto ao estudo realizado, este é do tipo observacional, descritivo, transversal com abordagem quantitativa, através da aplicação de questionários que decorreram de 1 a 31 de Agosto de 2017.

Esta escolha foi suportada com base em Fortin, Côté, & Fillion (2009), Gil (2002) e Hully, Cummings, Browner, Grady, & Newman (2013) ao afirmarem que um estudo descritivo tem como objetivo primordial descrever um fenómeno ou conceito relativo a uma

determinada população, de maneira a estabelecer as características da mesma população ou de uma sua amostra.

Um estudo descritivo depreende fiabilidade de fenómenos e/ou conceitos, tal como afirma Gil (2002), um tipo de estudo descritivo é habitualmente realizado com o intuito de obtenção de estratégias de desempenho na atuação prática, sendo os mais solicitados por instituições das diferentes vertentes.

Quanto ao período de seguimento da amostra do estudo, para Fortin, Côté, & Fillion (2009) denomina-se como sendo de cariz transversal, devido ao facto de a colheita de dados não apresentar um período de seguimento, sendo apenas realizada num determinado momento. Neste estudo pretende-se obter a perspetiva dos enfermeiros num determinado momento aquando da aplicação do instrumento de recolha de dados (Hully, Cummings, Browner, Grady, & Newman, 2013).

Quanto ao método de abordagem deste estudo, foi definido como sendo uma abordagem quantitativa, pois este método de investigação é "um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador" (Fortin, 2003).

Outro autor sustenta a definição desta abordagem afirmando que "O método de investigação quantitativo tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos" (Freixo, 2009).

3.3. População e Amostra

Como em qualquer estudo, foi necessário definir a população junto da qual foi recolhida a informação. Segundo Fortin, Côté, & Fillion (2009), a população é um grupo de pessoas ou de elementos que detêm características comuns. No presente estudo a população é constituída por enfermeiros.

Porém, dada a dimensão e a dispersão da população de enfermeiros se encontrar fora de alcance físico, apenas foi objeto de estudo uma amostra, um número de enfermeiros retirados da população que seja considerado representativo, satisfaça critérios de inclusão (**ver tabela 12**) definidos e que permita fazer uma generalização, tal como afirma Gil (2002).

Tabela 12: Critérios de Inclusão e Exclusão do Estudo

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none">• Enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros em Portugal;• Aceitar voluntariamente responder ao questionário disponível na plataforma online disponibilizada (<i>Google Forms</i>).	<ul style="list-style-type: none">• Experiência profissional inferior a 1 ano.

Salienta-se que independentemente do contexto no qual exerçam funções desde que satisfaça os critérios de inclusão, todos os enfermeiros, não restringindo apenas aos que exercem no âmbito de cuidados paliativos, encontram-se validados como elementos da amostra.

Segundo Fortin, Côté, & Filion (2009) as variáveis de uma amostra são unidades de base tais como, qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. Estas podem ser medidas, manipuladas ou controladas com base em *scores* ou graus numa escala de medida. A função de qualquer processo de investigação será compreender como e porquê os valores das respetivas variáveis se alteram e como estas se relacionam entre si (Polit & Hungler, 1995).

Para o presente estudo foram tidas em conta as seguintes variáveis da amostra (**ver tabela 13**):

Tabela 13: Variáveis do Estudo

VARIÁVEIS DO ESTUDO
<ul style="list-style-type: none">• Idade;• Género;• Área de residência;• Grau académico;• Outras formações não conferentes de grau académico;• Título profissional;• Número de anos de experiência profissional;• Contexto de atividade profissional;• Experiência no Contexto em cuidados paliativos;• Formação específica em cuidados paliativos;• Perceção sobre a hipodermoclise e administração de terapêutica por via subcutânea;

3.4. Método de Colheita de Dados

Este estudo teve por base um tipo de amostragem “bola de neve”, *Snowball*, uma forma de amostra não probabilística. Este tipo de amostragem revelou-se como um processo de colheita de dados, que procurou tirar proveito das redes sociais e correio eletrónico para difusão do questionário com vista a obter uma amostra significativa e relevante.

O esclarecimento de eventuais dúvidas foi assegurado através da disponibilização de um correio eletrónico do investigador. Foram respondidos 274 questionários *online* através da plataforma disponibilizada (*Google Forms*), constituindo assim, uma amostra inicial de 274 enfermeiros. Aquando a verificação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra total ficou contabilizada em 271 (N= 271) enfermeiros.

3.5. Instrumento de Colheita de Dados

Delimitada a metodologia do tipo de estudo e o seu contexto, foi aplicado neste estudo, como instrumento de recolha de dados, o inquérito com recurso ao método de questionário, utilizando questões de resposta aberta e fechada e recorrendo a escalas de atitude, nomeadamente a Escala do tipo *Likert* (1= discordo totalmente, 2= discordo, 3= nem concordo nem discordo, 4= concordo, 5= concordo totalmente), que é geralmente utilizada para quantificar uma opinião ou atitude.

Para verificação da eficácia e o valor do questionário, este foi submetido a um pré-teste entre 1 e 5 de Junho de 2017 de forma aleatória através da divulgação do mesmo nas redes sociais. O pré-teste obteve uma amostra de 15 enfermeiros que tinham a possibilidade de deixar uma crítica à qualidade e fiabilidade do mesmo. Após a análise do pré-teste, concluiu-se que não seriam necessárias alterações de maior ao questionário (**ver anexo I**).

O questionário elaborado para este estudo contém 3 secções:

1. Dados sociodemográficos do profissional (**ver tabela 14**);
2. Experiência profissional e formação em cuidados paliativos (**ver tabela 15**);
3. Questões relativas à hipodermoclise e administração de terapêutica por via subcutânea (**ver tabela 16**).

Tabela 14: Aspetos Sociodemográficos

SECÇÃO	ITEM	TIPO DE RESPOSTA	OPÇÕES DE RESPOSTA
A S P E T O S S O C I O D E M O G R Á F I C O S	Idade	Aberta	(anos)
	Género	Fechada	Feminino; masculino
	Área de Residência	Fechada	Alentejo; Algarve; Área Metropolitana de Lisboa; Centro; Norte; Região Autónoma dos Açores; Região Autónoma da Madeira
	Grau Académico	Fechada	Licenciatura; Mestrado; Doutoramento
	Outras Formações	Fechada, múltipla escolha	Pós-Graduação; Pós-Doutoramento
	Título Profissional	Fechada	Enfermeiro; Enfermeiro Especialista

Tabela 15: Experiência profissional e formação em cuidados paliativos

SECÇÃO	ITEM	TIPO DE RESPOSTA	OPÇÕES DE RESPOSTA
E X P E R I Ê N C I A P R O F I S S I O N A L	Tempo de Experiência	Aberta	(anos)
	Exerce a Profissão	Fechada	Sim; Não
	Atividade Profissional	Fechada; Múltiplas Escolhas com possibilidade de assinalar mais do que uma opção	Cuidados de Saúde Primários (UCSP/ USF/ ECCI/ UCC/ ECL/ URAP, entre outros); Unidade de Cuidados Paliativos; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); Serviço Hospitalar de Internamento; Serviço Hospitalar de Urgência; Outros Serviços Hospitalares (Equipas Intrahospitalares, Centros de Diálise, Hospital de Dia, entre outros); Outros contextos (Centros de dia, Lar de idosos, Equipas domiciliárias, entre outros); Ensino das Ciências de Enfermagem; Cargos Executivos ligados diretamente à Gestão.
	Experiência Profissional em Cuidados Paliativos	Fechada	Sim; Não
	Formação Específica em Cuidados Paliativos	Fechada, com obrigatoriedade de assinalar uma opção caso a resposta seja "sim";	Sim; Não; Formação Básica – Nível A; Formação Pós-Graduada – Nível B; Formação Pós-Graduada – Nível C;

Tabela 16: Hipodermóclise e Administração de Terapêutica por Via Subcutânea

SECÇÃO	ITEM	TIPO DE RESPOSTA	OPÇÕES DE RESPOSTA
H I P O D E R M Ó C L I S E E A D M I N I S T R A Ç Ã O	Diversificados Contextos	Fechada	Sim; Não
	Frequência de Utilização	Fechada de tipo <i>likert</i>	Nunca; Raramente; Frequentemente; Muito Frequentemente;
	Prática clinica em Situação Paliativa	Fechada de tipo <i>likert</i>	Discordo totalmente; Discordo; Nem concordo nem discordo; Concordo; Concordo Totalmente
	Contexto de Cuidados Paliativos	Fechada	Sim; Não
	Fatores Dificultantes da utilização da via SC	Fechada de tipo <i>likert</i>	Discordo totalmente; Discordo; Nem concordo nem discordo; Concordo; Concordo Totalmente

3.6. Método de Análise Estatística

O método de análise estatística dos dados recolhidos, teve por base a utilização do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 24.0, compatível com sistema operativo *Windows 10* para cálculo de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência e correlações.

3.7. Aspetos Formais e Éticos

A 30 de Maio de 2017, o presente estudo foi submetido à avaliação da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (UICISA-E), o qual obteve parecer (Nº P420-05/2017) favorável a 21 de Julho de 2017 (**ver anexo II**).

Esta recolha de informação foi realizada de forma anónima, garantindo o respeito pelos direitos humanos e pelos princípios da ética, incluindo a informação aos participantes, a voluntariedade na participação e a não recolha de informação sensível. Salienta-se que os dados apenas foram utilizados para a consecução deste estudo.

Este estudo não apresentou danos, benefícios e custos para os sujeitos da investigação.

PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO
CAPÍTULO IV – Apresentação e Análise de Resultados

CAPÍTULO IV – Apresentação e Análise de Resultados

4.1 Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A amostra é constituída por 271 enfermeiros independentemente da idade, sexo, área de residência, grau académico, outras formações não conferentes de grau académico e título profissional. A amostra contempla indivíduos entre os 22 e 57 anos, sendo que a faixa etária dos 22 aos 30 anos está mais significativamente representada na amostra (ver tabela 17 e gráfico 4). A média de idades da amostra é de 31 anos.

Tabela 17: Representação das Idades dos Participantes por Faixa Etária

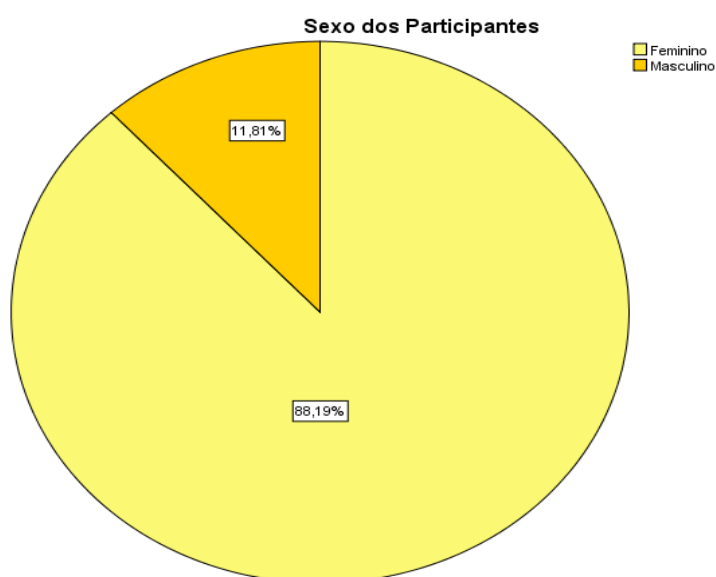
	Frequência (N)	Percentagem (%)
22 - 30	142	52,4
31 - 40	104	38,4
41 - 50	20	7,4
51 - 57	5	1,8
Total	271	100,00

Ao nível do género a amostra é predominantemente do sexo feminino, 88,19% (n= 239) enquanto o sexo masculino é representado por apenas 11,81% (n=32) (ver tabela 18 e gráfico 5).

Tabela 18: Representação de Frequência do Sexo dos Participantes

	Frequência	Percentagem
Feminino	239	88,2
Masculino	32	11,8
Total	271	100,0

Gráfico 4: Representação da % do Sexo dos Participantes



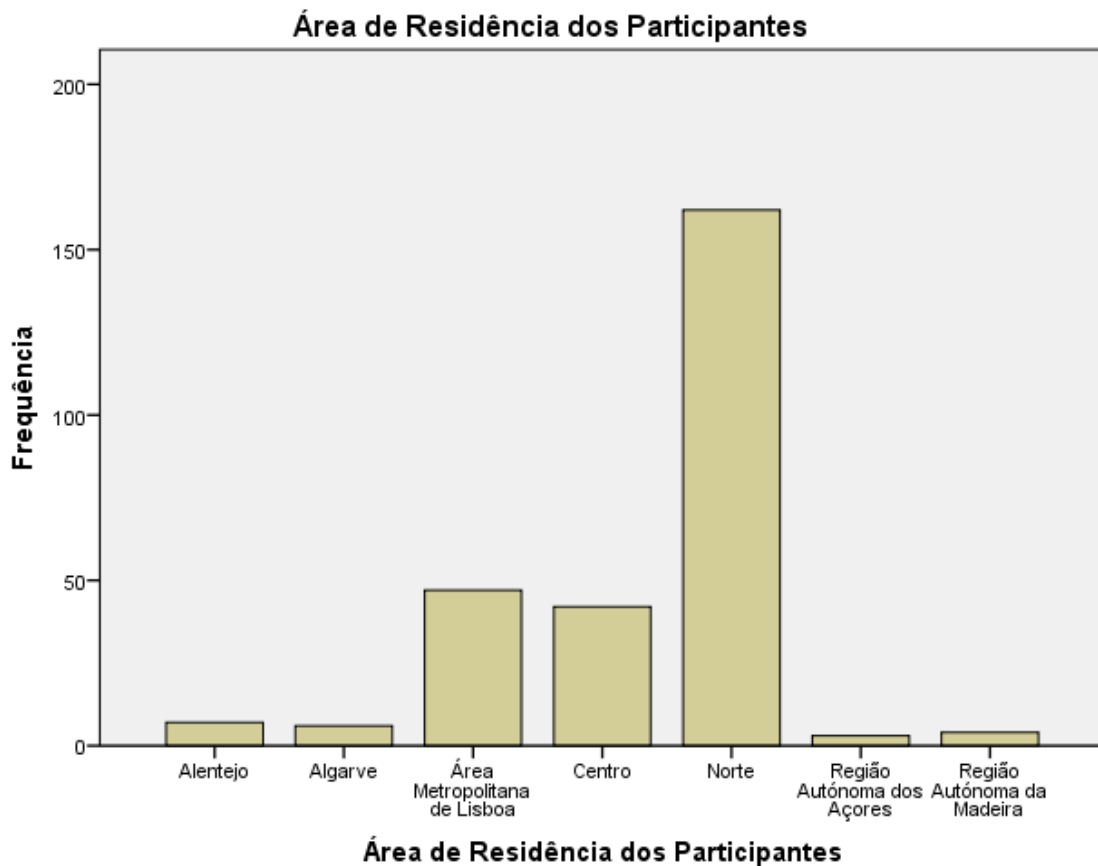
A área de residência dos participantes foi organizada segundo a *Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos* (NUTS), nível II (Alentejo, Algarve, Área Metropolitana de Lisboa, Centro, Norte, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira).

Assim, após a análise observa-se (ver tabela 19 e gráfico 6) que a amostra é maioritariamente constituída por participantes residentes na região norte (59,8%). Seguidamente surge a Área Metropolitana de Lisboa com 17,3% e a região Centro com 15,5%. As restantes regiões apresentam percentagens inferiores ou iguais a 2,6%.

Tabela 19: Área de Residência dos Participantes

	Frequência	Percentagem
Alentejo	7	2,6
Algarve	6	2,2
Área Metropolitana de Lisboa	47	17,3
Centro	42	15,5
Norte	162	59,8
Região Autónoma dos Açores	3	1,1
Região Autónoma da Madeira	4	1,5
Total	271	100,0

Gráfico 5: Representação da Área de Residência dos Participantes



Quanto ao grau académico, 84,1% (n=228) dos inquiridos possuem o grau de licenciado e 15,9% (n=43) o grau de mestre, sendo que de 271 inquiridos nenhum é detentor do grau de doutorado (ver tabela 20).

Tabela 20: Grau Académico dos Participantes

	Frequência	Percentagem
Licenciatura	228	84,1
Mestrado	43	15,9
Total	271	100,0

Quanto à formação não conferente de grau académico, 126 dos participantes possuem Pós-Licenciatura e 145 não possui não auferindo uma diferença relevante (ver tabela 21).

Tabela 21: Formação Não Conferente de Grau Acadêmico

	Frequência	Porcentagem
Pós-Licenciatura	126	46,5
Não possui	145	53,5
Total	271	100,0

Quanto ao título profissional, apenas 212 profissionais possuem o título de enfermeiro de cuidados gerais que corresponde a 78,2% do total da amostra (ver tabela 22).

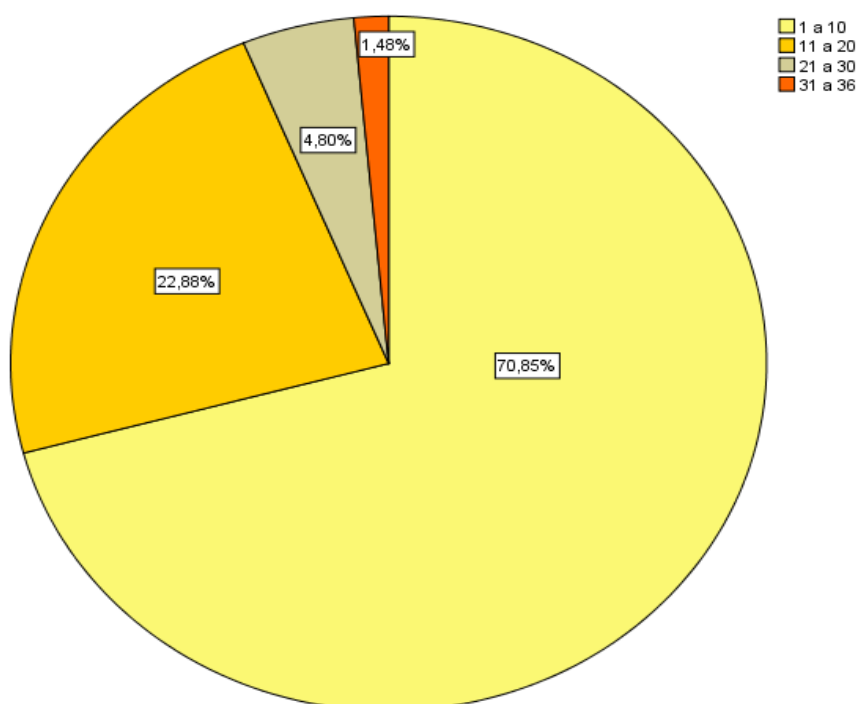
Tabela 22: Título Profissional dos Enfermeiros

	Frequência	Porcentagem
Enfermeiro	212	78,2
Enfermeiro Especialista	59	21,8
Total	271	100,0%

4.2. Caracterização da Experiência Profissional e Formação em CP

Os inquiridos foram questionados sobre o seu tempo (anos) de experiência profissional independentemente do(s) contexto(s) nos quais exercem funções. Decidiu-se agrupar a variável em categorias com amplitude de 10 anos (ver gráfico 7).

Gráfico 6: Tempo de Experiência profissional



Com base no gráfico apresentado, 70,85% da amostra possui entre 1 a 10 anos de experiência profissional e 29,15% possui entre 11 e 36, pelo que se trata de uma população jovem em termos de tempo de experiência profissional. A média (\bar{x}) do tempo de experiência profissional é de 8 anos ($\approx 8,49$).

No momento da aplicação do questionário, todos os inquiridos afirmaram que exerciam funções (**ver tabela 23**).

Tabela 23: Enfermeiros que se encontram a exercer funções

	Frequência	Percentagem
Sim	271	100,00
Não	0	0,00
Total	271	100,00%

Pretendeu-se aferir em que contextos os 271 enfermeiros exercem funções quer a tempo inteiro ou parcial não sendo relevante para o estudo saber qual a carga horária, mas sim os seus contextos. Em maioria, 54,6% exercem funções em serviços hospitalares de internamento (**ver tabela 24**).

Tabela 24: Contextos de Atividade Profissional dos Enfermeiros

Contextos de Atividade Profissional	Frequência
Cuidados de Saúde Primários (UCSP/USF/ ECCI/ UCC/ ECL/URAP, entre outros)	25
Unidade de Cuidados Paliativos	26
Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCCI)	39
Serviço Hospitalar de Internamento	148
Serviço Hospitalar de Urgência	29
Outros Contextos Hospitalares (Equipas Intrahospitalares, Centros de Diálise, Hospital de Dia, entre outros)	27
Outros Contextos (Centro de dia, Lar de Idosos, Equipas Domiciliárias, entre outros)	29
Ensino das Ciências de Enfermagem	3
Cargos Executivos ligados diretamente à Gestão	5

Quanto à experiência profissional, 165 (60,9%) profissionais referem ter experiência no âmbito de cuidados paliativos mesmo que não estejam de momento a exercer funções no contexto (**ver tabela 25**).

Tabela 25: *Experiência Profissional em Cuidados Paliativos*

	Frequência	Porcentagem
Sim	165	60,9
Não	106	39,1
Total	271	100,0

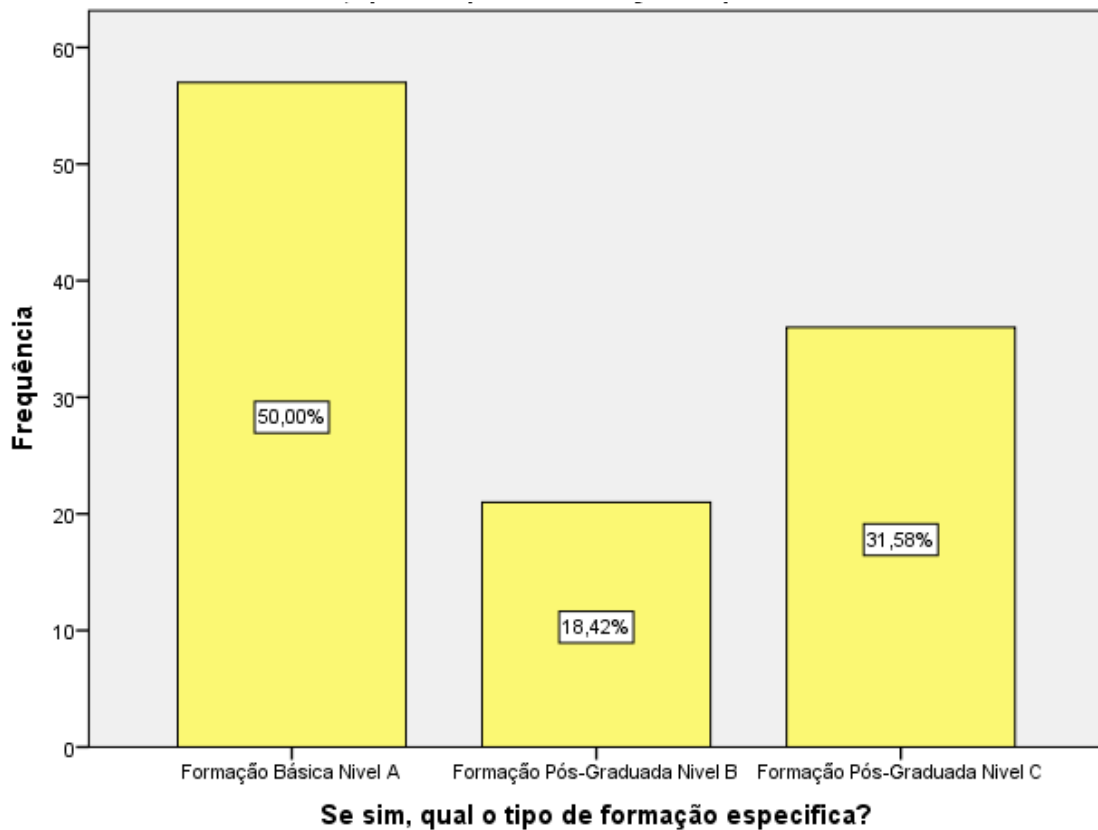
Outro interesse para a caracterização da amostra foi perceber se possuem formação específica em cuidados paliativos. Dos 271 participantes, 114 (42,1%) afirmam possuir a mesma (ver tabela 26).

Tabela 26: *Formação Específica em Cuidados Paliativos*

	Frequência	Porcentagem
Sim	114	42,1
Não	157	57,9
Total	271	100,0

Aos **114** participantes que responderam possuir formação específica em cuidados paliativos, pretendeu-se auferir qual o tipo de formação específica. **57 (50,0%)** responderam possuir **Formação Básica – Nível A** que corresponde a programas/atividades de formação com duração entre 18 a 45 horas, que podem ser lecionados através de formação pré-graduada ou através do desenvolvimento profissional contínuo. **21** participantes (**18,4%**) possuem **Formação Pós-Graduada – Nível B** que corresponde a atividades de formação com duração entre 90 e 180 horas, lecionadas como pós-graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo. **36** participantes (**31,58%**) possuem **Formação Pós-Graduada – Nível C** que corresponde a Doutorado/Mestrado/Pós-Graduação com mais de 280 horas, associado a estágios em unidades de reconhecida credibilidade. Lecionados como pós-graduação e reforçados por meio de desenvolvimento profissional (ver tabela 27).

Tabela 27: Tipo de Formação Específica em Cuidados Paliativos



4.3. Percepção dos Enfermeiros acerca da Hipodermóclise e Administração de Terapêutica por via SC

No decorrer da prática clínica dos enfermeiros, nos mais diversificados contextos (ver tabela 28):

4. 97,4% afirma já ter prestado cuidados à pessoa em situação paliativa;
5. 78,6% afirma conhecer a técnica de hipodermóclise;
6. 79,7% afirma já ter utilizado a técnica de hipodermóclise e administração de terapêutica por via subcutânea;
7. 99,3% considera útil a técnica de administração de terapêutica por via subcutânea quer seja por bolus ou em perfusão contínua;
8. 67,9% afirma que a técnica não é utilizada em situações agudas em meio hospitalar;
9. 62,4% afirma que a utilização da via subcutânea impõe custos mais racionais para o Sistema Nacional de Saúde.

Tabela 28: Percepção nos Diversificados Contextos

Afirmações	Sim	Não
Já prestou cuidados a pessoas em contexto paliativo	264 (97,4%)	7 (2,6%)
Tem conhecimento sobre a técnica de hipodermóclise	213 (78,6%)	58 (21,4%)
Já utilizou a técnica de hipodermóclise e administração de terapêutica por via subcutânea	216 (79,7%)	55 (21,3%)
Considera útil a técnica de administração de terapêutica por via subcutânea em bolus ou perfusão.	269 (99,3%)	2 (0,7%)
A hipodermóclise e administração de terapêutica por via subcutânea é utilizada em situações agudas em meio hospitalar.	87 (32,1%)	184 (67,9%)
A utilização da via subcutânea impõe custos mais racionais para o sistema de saúde.	169 (62,4%)	102 (37,6%)

No contexto do cuidar a pessoa em situação paliativa em que a via oral não se encontra disponível, pretendeu-se saber qual a frequência da utilização da via subcutânea versus a via endovenosa para a reposição de hidroeletrólitos e administração de terapêutica para controlo sintomático.

198 (73%) enfermeiros afirmam utilizar muito frequentemente ou frequentemente a via endovenosa e apenas 73 (26,9%) nunca ou raramente utilizaram a via endovenosa em situação paliativa. Quanto à utilização da via subcutânea 126 (44,5%) enfermeiros afirmam utilizar muito frequente ou frequentemente e 145 (53,6%) nunca ou raramente (ver tabela 29).

Tabela 29: Frequência de Utilização da Via SC versus Via EV

Afirmações	Nunca	Raramente	Frequentemente	Muito Frequentemente
Administração de terapêutica por via endovenosa para reposição de hidroeletrólitos e administração de terapêutica para controlo sintomático.	15 (5,5%)	58 (21,4%)	76 (28%)	122 (45%)

Administração de terapêutica ou hipodermóclise por via subcutânea para reposição de hidroeletrólitos e administração de terapêutica para controlo sintomático.	37 (13,7%)	108 (39,9%)	74 (25,3%)	52 (19,2%)
--	---------------	----------------	---------------	---------------

Posteriormente os participantes foram questionados acerca da sua concordância com a utilização das devidas vias em situação paliativa e se a não utilização da via subcutânea neste contexto era devido à existência de falta de conhecimentos ou receios por parte da equipa médica (**ver tabela 30**).

- 131 (48,3%) enfermeiros concordam totalmente ou apenas concordam com a administração de terapêutica por via endovenosa;
- 250 (92,2%) enfermeiros concordam totalmente ou apenas concordam com a administração com a administração de terapêutica por via subcutânea;
- Quando questionados sobre a sua opinião sobre a não utilização da via subcutânea neste contexto 217 (80,1%) concordam que se deve à falta de existência de conhecimentos ou receios por parte da equipa médica quanto à utilização de terapêutica ou hipodermóclise por via subcutânea.

Tabela 30: Perceção da Administração de Terapêutica por Via SC versus Via EV

Afirmações	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Administração de terapêutica por via endovenosa para reposição de hidroeletrólitos e/ou administração de terapêutica para controlo sintomático.	27 (10%)	71 (26,2%)	42 (15,5%)	96 (35,4%)	35 (12,9%)
Administração de terapêutica ou hipodermóclise por via subcutânea para reposição de hidroeletrólitos e/ou administração de terapêutica para controlo sintomático.	2 (0,7%)	5 (1,8%)	14 (5,2%)	129 (47,6%)	121 (44,6%)

Existência de falta de conhecimento ou receio por parte da equipa médica em relação à administração de terapêutica ou hipodermóclise por via subcutânea	11 (4,1%)	14 (5,2%)	29 (10,7%)	108 (39,9%)	109 (40,2%)
---	--------------	--------------	---------------	----------------	----------------

Em contexto paliativo foram efetuadas questões relacionadas com a utilidade e a sua perceção sobre a utilização da via subcutânea (**ver tabela 31**).

- 99,6% considera a técnica como sendo útil;
- 98,5% considera que quando não existe condições favoráveis para a colocação de acesso venoso periférico, é útil a utilização da via subcutânea;
- 98,2% considera que a via subcutânea tem potencial para proporcionar um controlo sintomático eficaz;
- 90,8% considera que a via subcutânea é uma intervenção que proporciona maior conforto comparativamente com a via endovenosa;
- 57,2% versus 42,8% afirmam que de um modo geral os enfermeiros consideram útil a via subcutânea para o controlo sintomático;
- 68,3% considera que a via subcutânea deverá ser utilizada em detrimento da via endovenosa;
- 88,6% considera que a via subcutânea provoca menor sofrimento comparativamente com a via endovenosa;
- 84,5% considera a via subcutânea como sendo uma via flexível para a programação de alta clínica de uma unidade hospitalar;
- 60,5% considera que a utilização da via subcutânea em detrimento da via endovenosa permite a diminuição do tempo de hospitalização;
- 81,2% afirma que a via subcutânea promove a autonomia da pessoa;
- 79,3% afirma que a via subcutânea apresenta menores riscos de complicações associadas à concentração de opióides;
- 91,5% afirma que a via subcutânea apresenta eficácia em situações decorrentes da progressão da doença;
- 92,6% afirma que a hipodermóclise é uma intervenção eficaz no tratamento da desidratação leve a moderada, quando a via oral se encontra comprometida;

- 85,6% considera que a administração de terapêutica por via subcutânea apresenta menores complicações locais e sistêmicas comparativamente à via endovenosa.

Tabela 31: Perceção em Contexto Paliativo sobre a Via Subcutânea e a sua utilidade

Afirmações	Sim	Não
A técnica de administração de terapêutica por via subcutânea como sendo útil.	270 (99,6%)	1 (0,4%)
Quando não existe condições favoráveis para colocação de acesso venoso periférico, considera a colocação de acesso por via subcutânea como sendo uma alternativa útil.	267 (98,5%)	4 (1,5%)
A via subcutânea tem potencial para proporcionar um controlo sintomático eficaz.	266 (98,2%)	5 (1,8%)
A via subcutânea é uma intervenção que proporciona maior conforto comparativamente à via endovenosa.	246 (90,8%)	25 (9,2%)
Os enfermeiros de um modo geral, consideram útil a via subcutânea como via para o controlo sintomático.	155 (57,2%)	116 (42,8%)
Considera útil a técnica de administração de terapêutica por via subcutânea em bolus ou perfusão.	267 (98,5%)	4 (1,5%)
A via subcutânea deverá ser utilizada em detrimento da via endovenosa.	185 (68,3%)	86 (38,7%)
A via subcutânea provoca menor sofrimento comparativamente à via endovenosa.	240 (88,6%)	31 (11,4%)
A via subcutânea como sendo uma via flexível para a programação de alta clínica de uma unidade hospitalar.	229 (84,5%)	42 (15,5%)
A utilização da via subcutânea em detrimento da via endovenosa permite diminuição do tempo de hospitalização.	164 (60,5%)	107 (39,5%)
A via subcutânea promove a autonomia da pessoa.	220 (81,2%)	51 (18,8%)
A via subcutânea apresenta menores risco de complicações associadas à concentração de opióides.	215 (79,3%)	56 (20,7%)
A via subcutânea apresenta eficácia em situações decorrentes da progressão da doença.	248 (91,5%)	23 (8,5%)
A hipodermóclise é uma intervenção eficaz no tratamento da desidratação leve a moderada, quando a via oral se encontra comprometida.	251 (92,6%)	20 (7,4%)
A administração de terapêutica por via subcutânea apresenta menores complicações locais e sistêmicas comparativamente à via endovenosa.	232 (85,6%)	39 (14,4%)

Relativamente à administração de terapêutica por via subcutânea, os participantes foram questionados sobre que tipo de dúvidas existem para a inutilização da via subcutânea, pelo que: **(ver tabela 32)**.

- 209 (77,2%) afirmam que a existência/inexistência de fármacos com compatibilidade para a administração por via subcutânea para um controlo sintomático eficaz é um fator dificultante para a sua utilização;
- 218 (80,4%) afirmam que a inexperiência dos profissionais de saúde acerca da técnica tais como material, locais de punção recomendados são também um fator dificultante para a sua utilização;
- 215 (79,4%) afirmam que a inexistência de recomendações, protocolos e procedimentos para a utilização da via subcutânea são um fator dificultante para a sua utilização;
- 231 (85,3%) afirmam que a sua não utilização prende-se com o desconhecimento das suas indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens e quais as situações em que se pode recorrer à via.

Tabela 32: Fatores Dificultantes para a Utilização da Via SC

Afirmações	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Existência de fármacos com compatibilidade para administração por via subcutânea para um controlo sintomático eficaz.	8 (3%)	28 (10,3%)	26 (9,6%)	150 (55,4%)	59 (21,8%)
Inexperiência dos profissionais de saúde acerca da técnica tais como material, locais de punção recomendados.	7 (2,6%)	26 (9,6%)	20 (7,4%)	145 (53,5%)	73 (26,9%)
Inexistência de Recomendações/Protocolos/Procedimentos para a utilização da via subcutânea no contexto paliativo.	4 (1,5%)	25 (9,2%)	27 (10%)	133 (49,1%)	82 (30,3%)
Desconhecimento das suas indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens e quais as situações em que se pode recorrer à via.	4 (1,5%)	13 (4,8%)	23 (8,5%)	149 (55%)	82 (30,3%)

Posteriormente a esta análise dos dados obtidos, verificou-se as hipóteses previamente definidas. Para tal, utilizou-se um teste não paramétrico (Teste de Qui Quadrado), visto que pretendeu-se testar a associação entre 2 variáveis nominais e entre uma variável nominal e uma variável ordinal. O nível de significância considerado foi de $p \leq 0,05$.

H₁ – Existe relação entre a existência de formação específica e a concordância com a administração de terapêutica ou hipodermóclise por via subcutânea no contexto de cuidar a pessoa em situação paliativa;

Dos 271 enfermeiros participantes, 114 possuem formação específica em CP e 157 não possuem a devida formação.

Para testar a relação entre a existência de formação específica em CP e a concordância com a administração de terapêutica ou a realização de hipodermóclise por via SC para reposição de hidroeletrólitos ou administração de terapêutica para um controlo sintomático eficaz no contexto paliativo, recorremos ao teste de Qui-Quadrado de Pearson (χ^2). O resultado do teste de Qui quadrado não pode ser considerado, uma vez que mais do que 20% das células têm uma frequência esperada menor que 5, o que quebra um dos requisitos de utilização do teste (**ver tabela 33**). No entanto, analisando um cruzamento entre as duas variáveis (*crosstab*), verifica-se que não existe uma diferença clara na concentração de respostas sobre a administração de terapêutica por via SC de acordo com a existência de formação específica em cuidados paliativos.

Tabela 33: Teste Qui-Quadrado de Pearson da Hipótese 1

TESTES QUI-QUADRADO			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	6,154 ^a	4	,188
a. 4 células (40,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,84.			

Dos 108 dos 114 participantes que possuem a formação em CP e 142 dos 157 que não possuem formação em CP concordam ou concordam totalmente com a administração de terapêutica ou hipodermóclise por via SC para a reposição de hidroeletrólitos ou para um controlo sintomático eficaz (**ver tabela 34**).

Tabela 34: Relação entre Formação Específica em CP e Administração de Terapêutica por Via SC

		Administração de terapêutica ou hipodermólise por via subcutânea para reposição de hidroeletrólitos e/ou administração de terapêutica para controlo sintomático.					Total
		Discordo totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	
Formação Específica em CP	Sim	1	1	4	48	60	114
	Não	1	4	10	81	61	157
Total		2	5	14	129	121	271

Ou seja, independentemente de possuírem ou não formação específica, os enfermeiros concordam com a utilização da via SC em contexto paliativo.

H₂ - Existe relação entre a não formação específica e a concordância com a administração de terapêutica por via endovenosa no contexto de cuidar a pessoa em situação paliativa;

Posteriormente formulou-se uma nova hipótese após os resultados obtidos da hipótese anterior, se existe relação entre aqueles que não possuem formação específica e a sua concordância com a utilização da via EV ao invés da via SC no contexto paliativo. Realizado novamente o teste de Qui-Quadrado de Pearson (χ^2), o resultado do teste é $p=0,098$. Por este motivo, conclui-se que não há associação significativa entre a formação específica e a administração da via EV (ver tabela 35).

Tabela 35: Teste Qui-Quadrado da Hipótese 2

TESTES QUI-QUADRADO			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	7,837 ^a	4	,098
a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 11,36.			

Dos 157 enfermeiros que não possuem formação específica, 87 enfermeiros (55,4%) concordam ou concordam totalmente com a utilização da via endovenosa. Enquanto dos 114 enfermeiros com formação apenas 44 (38,5%) concordam ou concordam totalmente com a utilização da referida via (ver tabela 36).

Tabela 36: Relação entre a Formação Específica em CP e a Administração de Terapêutica por Via EV

			Administração de terapêutica por via endovenosa para reposição de hidroeletrólitos e/ou administração de terapêutica para controlo sintomático					Total
			Discordo totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	
Formação Específica em Cuidados Paliativos	Sim	Contagem	13	37	20	33	11	114
		%	11,4%	32,5%	17,5%	28,9%	9,6%	100,0%
	Não	Contagem	14	34	22	63	24	157
		%	8,9%	21,7%	14,0%	40,1%	15,3%	100,0%
Total		Contagem	27	71	42	96	35	271
		%	10,0%	26,2%	15,5%	35,4%	12,9%	100,0%

Assim sendo, é possível concluir que a não formação em cuidados paliativos leve o profissional de saúde a preferir a via endovenosa em detrimento da via subcutânea.

H₃ – Existe relação entre a experiência profissional em contexto de cuidados paliativos e a perceção sobre a utilidade da via subcutânea no cuidar a pessoa em contexto paliativo;

A H₃ pretendeu então perceber se existe relação entre a experiência profissional em contexto de cuidados paliativos e a perceção dos profissionais sobre a utilidade da via SC no cuidar a pessoa em contexto paliativo. Dos 271 enfermeiros, 165 possuem experiência profissional em CP e 106 não possuem experiência profissional na área.

O resultado do teste de Qui-Quadrado de Pearson (χ^2) não pode ser considerado, uma vez que mais do que 20% das células têm uma frequência esperada menor que 5, o que quebra um dos requisitos de utilização do teste (**ver tabela 37**). No entanto, analisando um cruzamento entre as duas variáveis (*crosstab*), verifica-se que a maioria dos enfermeiros reconhece a utilidade da via SC, não havendo uma diferença clara na concentração de respostas de acordo com a experiência profissional em CP.

Tabela 37: Teste Qui-Quadrado Hipótese 3

TESTES QUI-QUADRADO			
	Valor	gl	Significância Assintótica
Qui-quadrado de Pearson	,202 ^a	1	,653
a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,56.			
b. Computado apenas para uma tabela 2x2			

Apesar da não relação existente, salienta-se dos resultados que 163 dos 165 enfermeiros com experiência consideram útil a técnica e 104 dos 106 que não possuem experiência também a consideram útil. Concluindo assim que dos 271 enfermeiros apenas 1,5% (N=4) não considera a via subcutânea, como sendo uma técnica útil em contexto paliativo (ver tabela 38).

Tabela 38: Relação entre a Experiência Profissional em CP e a Percepção sobre a Utilidade da administração de terapêutica por via SC

			Considera útil a técnica de administração de terapêutica por via subcutânea em bolus ou perfusão.		Total
			Sim	Não	
Experiência profissional em Cuidados Paliativos	Sim	Contagem	163	2	165
		%	98,8%	1,2%	100,0%
	Não	Contagem	104	2	106
		%	98,1%	1,9%	100,0%
Total		Contagem	267	4	271
		%	98,5%	1,5%	100,0%

H₄ – Existe relação entre possuir formação específica em cuidados paliativos e a percepção sobre a utilidade da via subcutânea no cuidar a pessoa em contexto paliativo;

Uma H₄ foi testada no sentido de perceber se a formação específica em cuidados paliativos também interferia com a percepção da utilidade da via subcutânea no cuidar a pessoa em contexto paliativo.

O resultado do teste de Qui Quadrado de Pearson não pode ser considerado, uma vez que mais do que 20% das células têm uma frequência esperada menor que 5, o que quebra um dos requisitos de utilização do teste. No entanto, analisando um cruzamento entre as duas variáveis (*crosstab*), verifica-se que não existe uma diferença clara na

concentração de respostas sobre a administração de terapêutica por via SC de acordo com a formação específica em cuidados paliativos.

Dos enfermeiros que possuem e não possuem formação apenas 0,9% (N=1) e 1,9% (N=3) respetivamente não consideram útil a técnica. Saliendo uma vez mais que apesar da formação ou não formação em cuidados paliativos, os enfermeiros na sua unanimidade consideram a técnica de administração de terapêutica por via subcutânea em bolus ou perfusão como sendo útil (**ver tabela 39**).

Tabela 39: Relação entre Formação Específica em CP e Perceção sobre a Utilidade da via SC

			Considera útil a técnica de administração de terapêutica por via subcutânea em bolus ou perfusão.		Total
			Sim	Não	
Formação Específica em Cuidados Paliativos	Sim	Contagem	113	1	114
		%	99,1%	0,9%	100,0%
	Não	Contagem	154	3	157
		%	98,1%	1,9%	100,0%
Total		Contagem	267	4	271
		%	98,5%	1,5%	100,0%

H₅ – Existe relação entre o conhecimento sobre a técnica de hipodermóclise e a formação específica em cuidados paliativos;

Dos 114 enfermeiros com formação e dos 157 sem formação, 4,4% (N=5) e 33,8% (N=53) não têm conhecimento sobre a técnica de hipodermóclise.

O resultado do teste é p=0,000. Por este motivo, conclui-se que há uma associação significativa entre a formação específica e o conhecimento sobre hipodermóclise (**ver tabela 40 e 41**).

Tabela 40: Teste Qui-Quadrado Hipótese 5

TESTES QUI-QUADRADO			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	33,871 ^a	1	,000

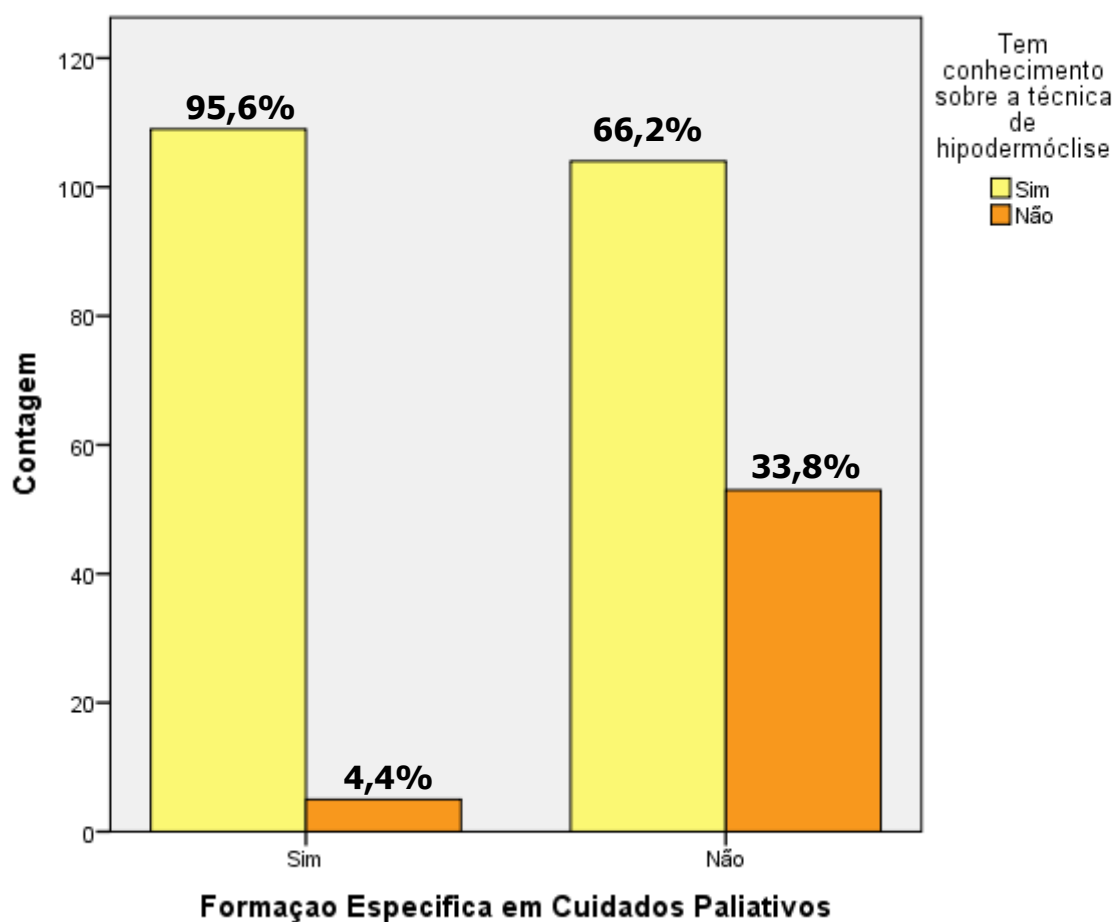
a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 24,40.

Tabela 41: Relação entre a Formação Específica em CP e o Conhecimento sobre a técnica de Hipodermóclise

			Tem conhecimento sobre a técnica de hipodermóclise		Total
			Sim	Não	
Formação Específica em Cuidados Paliativos	Sim	Contagem	109	5	114
		%	95,6%	4,4%	100,0%
	Não	Contagem	104	53	157
		%	66,2%	33,8%	100,0%
Total		Contagem	213	58	271
		%	78,6%	21,4%	100,0%

Com base no gráfico 8 é possível então mais uma vez verificar que existe uma percentagem significativa de enfermeiros que não têm conhecimento sobre a técnica de hipodermóclise comparando entre aqueles que possuem formação específica e aqueles que não a possuem (**ver gráfico 8**).

Gráfico 7: Representação Gráfica % da Relação entre a Formação Específica em CP e o Conhecimento sobre a técnica de Hipodermóclise



PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

CAPÍTULO V – Discussão de Resultados

CAPÍTULO VI – Discussão de Resultados

Com a discussão dos resultados pretende-se interpretar os dados obtidos contrapondo-os com estudos prévios, indo ao encontro dos objetivos previamente definidos e à questão de investigação.

A amostra do presente estudo corresponde a 0,38% (n=271) dos membros ativos na OE (n=69.682) em 31 de Dezembro de 2016, ou seja, o estudo não tem peso para se efetuar uma generalização dos resultados à população ativa de enfermeiros em Portugal (Enfermeiros, 2016).

A amostra não segue a mesma tendência em termos de faixa etária. Comparando os dados obtidos, 52,4% dos participantes têm idade compreendida entre 22 e 30 anos. Pelo contrário, os membros ativos da mesma faixa etária na OE correspondem a 21,4%, salientando que existe um maior número de enfermeiros com idade compreendida entre 31 e 40 anos de idade (36,1%). No presente estudo estamos perante uma amostra de jovens profissionais.

Ao nível do género já é similar em termos de dados estatísticos, sendo a amostra predominantemente do sexo feminino, 88,2%, tal como se verifica ao nível da OE com uma percentagem de 82,0%. O sexo masculino representa 11,8% da amostra e 18% ao nível dos membros ativos da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Quanto à área de residência a amostra segue uma distribuição similar (**Tabela 42**).

Tabela 42: Comparação da Distribuição da área de residência

	NUTS II	ESTUDO	ORDEM DOS ENFERMEIROS
1º	Norte	59,8%	31,6%
2º	Área Metropolitana de Lisboa	17,3%	29,0%
3º	Centro	15,5%	22,1%
4º	Alentejo	2,6%	7,5%
5º	Algarve	2,2%	3,8%
6º	Região Autónoma dos Madeira	1,5%	3,1%
7º	Região Autónoma dos Açores	1,1%	2,9%

Dos 271 enfermeiros participantes, 99,6% (n=270) afirmam a técnica como sendo útil no cuidar a pessoa neste contexto complexo, único e singular. Dos 271, 198 (73%)

afirmam utilizar muito frequentemente ou frequentemente a via endovenosa em situação paliativa, 264 já prestaram cuidados em fim de vida e 213 afirmam possuir conhecimentos sobre a técnica. Ou seja, mesmo que já tenham prestado cuidados em fim de vida e/ou possuam conhecimentos sobre a técnica, tal como foi dito na fase conceitual, a cateterização venosa periférica assume um papel de enorme relevo na prestação de cuidados de saúde.

Sabendo que 92,2% dos enfermeiros concordam totalmente ou apenas concordam com a administração de terapêutica por via subcutânea em situação paliativa. Sabendo que 90,8% considera que a via subcutânea é uma intervenção que proporciona maior conforto comparativamente com a via endovenosa e que 88,6% considera que a via subcutânea provoca menor sofrimento, qual a razão para usarem frequentemente a via endovenosa em detrimento da via subcutânea?

Outro dado que vem dar impulso a esta questão é o facto de 68,3% da amostra considerar que a via subcutânea deverá ser utilizada em detrimento da via endovenosa, bem como 85,6% considerar que a administração de terapêutica por via subcutânea apresenta menores complicações locais e sistémicas.

Segundo Delgado, E. (2012) a utilização da via EV de forma extensiva é contrária àquilo que se encontra preconizado no plano de cuidados das medidas de conforto que privilegia a via oral e a via subcutânea, por causarem menor desconforto à pessoa em fase terminal.

Uma percentagem de 57,2% da amostra afirma que, mesmo que não seja uma diferença significativa, de um modo geral os enfermeiros consideram útil a via subcutânea para o controlo sintomático.

Quando questionados acerca da não utilização da via subcutânea neste contexto, 80,1% concordam que se deve à falta de existência de conhecimentos ou receios por parte da equipa médica. A prescrição de terapêutica é um ato médico, será a falta de formação médica o fator principal para a sua não utilização?

Parte dos resultados obtidos por Moreira, L. (2010), dão ênfase a esta interrogação. 76,5% da sua amostra refere que um dos motivos para a não utilização de medicação por via subcutânea é a falta de prescrição do medicamento (Moreira, 2010).

No estudo de Moreira, L. (2010), 43,9% e 36,6% dos profissionais de saúde concordam/concordam totalmente que a via subcutânea é uma técnica segura para

administração de terapêutica no domicílio. 51,2% e 41,5% dos profissionais concordam que a sua utilização diminui a recorrência de doentes ao serviço de urgência para hidratação e/ou administração de terapêutica. Outro dado relevante do estudo é que 61,0% dos profissionais afirma que a técnica é bem aceite pelo doente no contexto domiciliar.

Neste estudo, 84,5% considera a via subcutânea como sendo uma via flexível para a programação de alta clínica de uma unidade hospitalar e 62,4% considera que a sua utilização impõe custos mais racionais para o Sistema Nacional de Saúde.

Apesar da lacuna existente quanto ao número de Equipas de Cuidados Paliativos Comunitárias em Portugal e à falta de competências para a realização de ações paliativas por parte de alguns elementos pertencentes às ECCI, estas são um pilar de apoio e suporte domiciliário. Será, então, a falta de investimento do Sistema Nacional de Saúde nestas tipologias, a razão pela qual não é usada a via subcutânea em contexto paliativo para a programação da alta e diminuição dos custos associados ao internamento?

Segundo o artigo 16º da Portaria n.º 207/2017 - Diário da República n.º 132/2017, Série I de 2017-07-11, o preço do episódio de urgência polivalente para os hospitais do SNS é de 112.07€, a este acresce ainda os valores dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, existindo ainda um acréscimo da diária de internamento para a unidade hospitalar (Saúde, 2017).

Dados estes relevantes que corroboram a necessidade de controlo em contexto domiciliar para a diminuição do número de internamentos e dos gastos em saúde praticados até então.

Será o desconhecimento da existência de fármacos com eficácia terapêutica, biodisponibilidade e compatibilidade uma das razões que leva à sua não administração por via subcutânea que providencia um controlo sintomático eficaz? Dos 271 participantes, 77,2% afirmam que a existência/inexistência de fármacos com compatibilidade é um fator dificultante para a sua utilização.

Generalizando a todos os profissionais da área da saúde envolvidos desde a criação, à preparação, à prescrição e à administração de terapêutica, 80,4% e 79,4% dos participantes afirmam que a inexperiência dos profissionais acerca da técnica (material e locais de punção recomendados), bem como a inexistência de recomendações, protocolos e/ou procedimentos para a utilização da via são fatores dificultantes para a sua utilização. Mas então:

10. Qual a razão pela não existência de protocolos e procedimentos e recomendações para a utilização da via?

- Será a falta de formação pré-graduada acerca da via subcutânea?
- Será que os estudantes dos cursos de licenciatura em enfermagem e mestrado integrado em medicina ou em ciências farmacêuticas têm conhecimentos acerca da utilização de terapêutica por via subcutânea?

Outro dado relevante para estas interrogações, é o facto de 85,3% afirmar que a sua não utilização prende-se com o desconhecimento das suas indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens e quais as situações em que se pode recorrer à via.

Importa salientar que os enfermeiros reconhecem de um modo geral a existência de diversos fatores dificultantes para a utilização da via, quer tenham ou não formação e/ou experiência profissional em Cuidados Paliativos.

É pertinente estabelecer novos objetivos para que o procedimento seja implementado como uma "diretiva" na atuação perante a pessoa em situação paliativa. Tal como os 13 enfermeiros (n) inquiridos do estudo de Pombo, D. (2012) consideram útil o desenvolvimento do procedimento na unidade de saúde em que exercem funções.

PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

CAPÍTULO VI – Limitações do Estudo

CAPÍTULO VI – Limitações do Estudo

Com o presente estudo de investigação, conclui-se que os enfermeiros participantes afirmam a via subcutânea como uma alternativa de relevo para a pessoa em situação paliativa. Porém, ao longo da sua realização surgiram algumas limitações que importa salientar.

Resultante do pouco tempo para implementação do questionário que decorreu de 1 a 31 de Agosto de 2017, aqui surge a primeira limitação deste estudo. O curto espaço de tempo de disponibilização do questionário terá influenciado o tamanho da amostra para que se conseguisse realizar uma generalização dos resultados obtidos à classe profissional de enfermagem. Tal como referido anteriormente, a amostra corresponde apenas a 0,38% (n=271) dos membros ativos da Ordem dos Enfermeiros.

A segunda limitação do estudo prende-se com os resultados obtidos acerca da frequência da utilização da via subcutânea *versus* via endovenosa. Aqui deveria ter surgido uma nova variável, qual das vias usam com maior frequência. Ou seja, para a administração de terapêutica e/ou hidroeletrólitos à pessoa em situação paliativa qual das vias usa com maior frequência, tendo como possíveis respostas apenas via subcutânea ou via endovenosa.

O estudo pretendia também analisar a perceção dos enfermeiros portugueses, porém nem todos o poderiam responder pela falta de informação de quantos enfermeiros portugueses residem no estrangeiro. Daí considera-se como uma limitação a não possibilidade de inclusão dos enfermeiros que residem no estrangeiro.

É fundamental num estudo ressaltar as suas limitações, visto que estas terão um papel importante para a criação de novos estudos.

PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

CAPÍTULO VII – Considerações finais do Estudo

CAPÍTULO VII – Considerações finais do Estudo

Aceitar os avanços da ciência e da tecnologia, a incurabilidade da doença e a possibilidade de complementaridade das intervenções de cariz curativo e paliativo é crucial.

Reconhecer a via subcutânea como a alternativa à indisponibilidade da via oral em cuidados paliativos é fundamental para a prestação de cuidados de saúde adequados a todos aqueles que enfrentam um processo de doença grave, progressiva e incurável.

Apesar da existência de estudos que salientam os efeitos terapêuticos similares da via subcutânea, a utilização da via endovenosa em contexto hospitalar é ainda considerada como sendo um dilema profissional. A via subcutânea também providencia conforto, diminui o sofrimento e potencia o controlo dos sintomas decorrentes da doença.

O presente estudo teve como objetivo principal caracterizar a perceção dos enfermeiros portugueses quanto ao potencial de utilidade da via subcutânea para administração de terapêutica e/ou hidroeletrólitos em contexto paliativo dando resposta à questão de investigação “Qual a perceção dos enfermeiros portugueses sobre a via subcutânea no controlo sintomático no cuidar a pessoa em contexto paliativo?”.

Para obter respostas concretas e validadas construiu-se um instrumento de colheita de dados que obteve parecer favorável (Nº P420-05/2017) a 21 de Julho de 2017 pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (UICISA-E).

Os resultados obtidos permitiram concluir que a amostra de enfermeiros já se deparou ou se depara com doentes em fim de vida, considera a técnica como sendo útil e numa grande maioria possui conhecimentos sobre a mesma.

Mesmo que a via endovenosa seja aplicada recorrentemente em todas as situações quer seja em fase aguda, crónica ou paliativa da doença, os enfermeiros afirmam a via subcutânea como sendo uma intervenção que proporciona maior conforto comparativamente com a via endovenosa, provoca menor sofrimento e apresenta menores complicações locais e sistémicas.

A via subcutânea deverá ser utilizada em detrimento da via endovenosa. Porém tal não acontece sendo justificada na sua grande maioria pela inexistência de conhecimentos ou receios por parte da equipa médica.

Os enfermeiros têm a percepção que a via é flexível para a programação de alta clínica de uma unidade hospitalar e que a sua utilização diminui os custos associados à administração de terapêutica para a organização dos sistemas de saúde em Portugal.

Com base nos resultados obtidos sobre os fatores dificultantes para a sua utilização na sua prática diária é notório que a falta de informação sobre existência de fármacos compatíveis, a inexperiência dos profissionais acerca da técnica, a falta de recomendações, protocolos e/ou procedimentos, desconhecimento, bem como suas indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens e quais as situações em que se pode recorrer à via.

Concluiu-se também que, comparando o profissional que possui formação específica em cuidados paliativos e aquele que não a possui, existe uma opinião uniforme quanto à utilidade da técnica. Apenas há diferença significativa entre aqueles que não possuem experiência profissional em cuidados paliativos relativamente ao conhecimento da técnica.

Apesar destes afirmarem conhecer a técnica e reconhecerem-na como sendo útil, estes resultados realçam a percepção dos enfermeiros sobre via subcutânea, a dificuldade com que se deparam na sua prática profissional pela falta de protocolos/instruções de trabalho nas suas instituições e a necessidade crescente da formação das diferentes classes de profissionais de saúde (enfermeiros, farmacêuticos e médicos) durante a sua formação pré-graduada sobre a filosofia dos cuidados paliativos.

Com vista a melhorar os cuidados à pessoa em contexto paliativo, os resultados obtidos vão permitir delinear novos estudos, repensar os planos de estudos da formação base dos cursos de ciências farmacêuticas, enfermagem e medicina, refletir sobre a necessidade imperiosa de implementar protocolos e recomendações terapêuticas adequados nas instituições.

A divulgação das conclusões do presente estudo pretende que haja reflexão para a mudança de atitudes dos profissionais de saúde. É fulcral conhecer, reconhecer e implementar a via subcutânea como intervenção alternativa à indisponibilidade da via oral no cuidar o ser humano nesta fase complexa da sua vida.

Os cuidados paliativos são considerados como sendo uma intervenção rigorosa com base na evolução do conhecimento científico que providencia uma abordagem holística à pessoa em situação incurável e progressiva da sua doença (Neto, 2010).

Ao nível da formação, recomenda-se que:

1. As instituições de ensino revejam os seus planos de estudo referentes às profissões (farmacêuticos, enfermeiros e médicos) para que os futuros profissionais estejam dotados de conhecimentos sobre o movimento dos cuidados paliativos e a via subcutânea;
2. As Entidades e Instituições de Saúde revejam os planos de formação dos seus profissionais de saúde de modo a que estes estejam dotados de informação atual sobre a filosofia dos cuidados paliativos e da técnica de Hipodermóclise e administração de terapêutica por via subcutânea.

Ao nível da prática clínica, recomenda-se que haja a criação de protocolos e recomendações para a sua utilização nos mais diversificados contextos de atuação.

Ao nível da investigação, sugere-se a realização de um estudo a nível nacional sobre a perceção dos médicos acerca da utilização da via subcutânea no contexto de cuidar a pessoa em situação paliativa, com o intuito de identificar as razões pelas quais não existe a prática corrente de prescrição de terapêutica ou fluidos por via subcutânea. Outra vertente a ser explorada será qual a perceção dos estudantes dos cursos pré-graduados sobre a utilização da via subcutânea em detrimento da via endovenosa no contexto paliativo. Terão estes a perceção das consequências e efeitos indesejados da via endovenosa nesta fase avançada da doença? Estarão estes dotados de conhecimentos científicos sobre o potencial da via subcutânea?

Concluindo, a melhoria dos cuidados de saúde prestados começa no desenvolvimento de estudos de investigação e na aposta em formação contínua. Só assim se irá providenciar cuidados adequados à pessoa em fase avançada da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas

- (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Artigo 4, Capítulo II*. Portugal.
- Abrams, N. (1978). A contrary view of the nurse as patient advocate . In *Nursing Forum* (Vol. XVII, pp. 258-267).
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2006, Junho 6). *Decreto-Lei n.º 101/2006*. Retrieved Março 18, 2017, from <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/38563865.pdf>.
- Alberts, B., Johnson, A., Lewis, J., Raff, M., Roberts, K., & Walter, P. (2002). *Molecular Biology of the Cell*. Nova Iorque, Estados Unidos da América: Garland Science.
- Almeida, M. (2014, Abril-Junho). As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola, 1854-1918. *História, Ciências, Saúde*, 21, 687-708.
- Almeida, P., Marinela, E., & Rodrigues, L. (2013). *A via subcutânea em cuidados paliativos*. Retrieved Outubro 10, 2016, from Associação Científica de Enfermeiros: www.acenfermeiros.pt/docs/arq_revistas/enformacao_03_2013.pdf
- Andrade, L. (2005, Outubro 5). Primeiro Dia Mundial dos Cuidados Paliativos. *Jornal Açoriano Oriental*, p. 15.
- Angelini, F. (2017). *Estrutura da pele com legenda e camadas*. Retrieved from <http://www.anjelif.pt/wp-content/uploads/2014/05/estrutura-da-pele-com-legenda-e-camadas.png>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2016, Abril 3). *Equipas de Cuidados Paliativos*. Retrieved Março 18, 2017, from Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/equipas-de-cuidados-paliativos.html>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (n.d.). *História: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. Retrieved Março 09, 2017, from Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos: <http://www.apcp.com.pt/a-associacao/historia.html>
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. (2017). *Infomed - base de dados de medicamentos de uso humano*. Retrieved Junho 25, 2017, from INFARMED: <http://app7.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>
- Azevedo, E. (2011). *Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura*. Ribeirão Preto, Brasil: Escola Enfermagem São Paulo.
- Azevedo, E. F., Barbosa, L. A., & Cassini, S. H. (2012). Administração de Antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 817-22.
- Azevedo, E., Barbosa, L., & Cassini, S. (2011). *Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura*. Ribeirão Preto, Brasil: Escola Enfermagem São Paulo.
- Azulay, A., Hortelano, E., & Visconti, G. (1998). Tratamiento paliativo del paciente neoplásico en estado agónico mediante infusión subcutánea de fármacos. *Medicina Paliativa*, V, 5-131.
- Bautista, V., & Cruz, J. (2009). Subcutaneous via: an option for the terminal patient when is not suitable. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(3), 52-149.
- Boller, S., & Teodoro, F. (2012). Farmacologia aplicada à terapia intravenosa. In W. Malagutti, & H. Roehrs, *Terapia intravenosa: atualidades* (pp. 73-98). São Paulo: Martinari.
- Bruno, V. (2013). *Hipodermóclise: revisão da literatura para auxiliar a prática clínica*. Retrieved Outubro 12, 2016, from www.scielo.br/pdf/eins/2015nahead/pt_1679-4508-eins-1679-45082015RW2572.pdf
- Bruton, L., Chabner, B., Knolmann, B., & Gilman, G. &. (2012). *As bases farmacológicas da terapêutica* (Décima Segunda Edição ed.). Porto Alegre, Brasil: AMGH.

- Castro, R. (2003, Abril/Dezembro). Edema Pulmonar Agudo. In *Urgências e Emergências Cardiológicas* (Vol. VI, pp. 200-204). Ribeirão Preto: Medicina, Ribeirão Preto.
- Chirivella, C., Lucena, F., Tamargo, G., López, A., Hernández, M., & Ruiz, A. (2015, Fevereiro 8). Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos. *Farmacia Hospitalaria*, 39(2), 71-79.
- Clark, D. (2002). Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. *British Medical Journal*, 905-907.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCV). (2017). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biênio 2017-2018*. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos.
- Dalacorte, R., Rigo, J., Schneider, R., & Schwanke, C. (2012). *Cuidados Paliativos em Geriatria e Gerontologia*. São Paulo: Atheneu.
- Daland, J. (1885). Treatment Of Cholera By Hypodermoclysis and Enteroclysis. *Lancet*, 126(3239), 589-590.
- de Macedo, J. C. (2004, Agosto). *Elisabeth Kübler-Ross: A necessidade de uma educação para a morte*. Dissertação, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga. Retrieved Março 4, 2017
- Deglin, J., & Vallerand, A. (2010). *Guia Farmacológico para Enfermeiros* (Décima Edição ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Delgado, E. (2012). *CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS AO DOENTE TERMINAL NAS ÚLTIMAS 72 HORAS DE VIDA*. Porto, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Dickman, A., Bickerstaff, M., Jackson, R., Schneider, J., Mason, S., & Ellershaw, J. (2017). Identification of drug combinations administered by continuous subcutaneous infusion that require analysis for compatibility and stability. *BMC Palliative Care*, 16-22.
- Direção-Geral de Saúde. (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Lisboa, Portugal: DGS.
- Duems-Noriega, O., & Ariño-Blasco, S. (2015). Subcutaneous Fluid and drug delivery: safe, efficient and inexpensive. *Reviews in Clinical Gerontology*, 25, 117-146.
- Ordem dos Enfermeiros, (2016, Dez 31). *Dados Estatísticos Nacionais*. Retrieved from Ordem dos Enfermeiros: www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016_DadosEstatisticos_00_Nacionais.pdf
- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (2009). *Mestrado em Cuidados Paliativos*. Retrieved Março 18, 2017, from Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: https://sigarra.up.pt/fmup/pt/cur_geral.cur_view?pv_curso_id=1171
- Ferreira, K., & Santos, A. C. (2012, Abril 24). *Hipodermóclise e Administração de Medicamentos por Via Subcutânea: Uma técnica do Passado com Futuro*. Retrieved Outubro 10, 2016, from Pratica Hospitalar: www.praticahospitalar.com.br/pratica%2065/pdf/19.pdf
- Ferreira, L., Pedreira, M., & Diccini, S. (2007). Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (1), 6-30.
- Figueiredo, M. (2008). Cuidados Paliativos. In M. Carvalho, M. J. Franco, R. Kovacs, R. Liberato, M. T. Macieira, & e. al, *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 382-387). São Paulo, Brasil: Summus Editorial.
- FINDAX. (n.d.). Retrieved Janeiro 12, 2017, from www.findax.de/pflege-nichtmedikament/subkutane-fluessigkeitszufuhr.html
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (Terceira Edição ed.). Loures, Lisboa, Portugal: Lusociência.
- Fortin, M., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Lisboa: Lusodidacta.

- Freixo, M. (2009). *Metodologia Científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Gil, A. (2002). *Como elaborar projectos de pesquisa* (Quarta Edição ed.). São Paulo, Brasil: Editora Atlas.
- Gill, D. (1980). *Quest: the life of Elisabeth Kübler-Ross*. New York: Harper & Row.
- Goméz-Batiste, X., Porta, J., Tuca, A., & Stjernsward, J. (2005). *Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos*. Madrid, Espanha: Arán Ediciones.
- Grencho, L. (2008, Janeiro). A via subcutânea: uma alternativa para a administração de terapêutica. *Revista Nursing*, 14-18.
- Gutiérrez, C., & al., e. (2005). Hidratación subcutánea en Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*. Hampshire Community Health Care. (2011). *Administration of Subcutaneous Fluids Guidelines*. Hampshire, Reino Unido: NHS.
- Helde-Frankling, M., Bergqvist, J., Bergman, P., & Bjorkhem-Bergman, L. (2016, Setembro 6). Antibiotic Treatment in End-of-Life Cancer Patients—A Retrospective Observational Study at a Palliative Care Center in Sweden. *MDPI*, pp. 1-10.
- Hernández Palacios, R. (2009). Utilidad de la vía subcutánea en la estrategia de atención al paciente con demencia en fase avanzada. *Revista Española Geriatria y Gerontologia*, 44 (2 Supl), 37-42.
- Hernández Pérez, B., López, C., & García Rodríguez, M. (2002). Via subcutánea: utilidad en el control de síntomas del paciente terminal. *MEDIFAM*, 12 (2), 10-104.
- Higginson, I., & Sen-Gupta, G. (2005). Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *Journal of Palliative Medicine*, 3(3), pp. 287-300.
- Hully, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D., & Newman, T. (2013). *Designing Clinical Research: Lippincott Williams & Wilkins*. Filadélfia, EUA: Wolters Kluwer Health.
- Ilich, I. (1976). Limits to medicine: medical nemesis: the expropriation of health. *Marion Boyars*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Causas de Morte 2013*. Informação à Comunicação Social, Serviço de Comunicação e Imagem, Lisboa.
- Instituto Nacional do Câncer. (2009). *Terapia subcutânea no câncer avançado*. Rio de Janeiro, Brasil: Ministério da Saúde do Brasil.
- International Council of Nurses (ICN). (2011). *CIPE® Versão 2 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Genebra, Suíça: Lusodidacta.
- Jones, T. (1885, Setembro 26). Hypodermic or Subcutaneous Medication. *Br Medical Journal*, 2(1291), 581-587.
- Leishker, A. (2012). Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie. 7, pp. 665-671.
- Lipschitz, S., Campbell, A., Roberts, M., Wan-Wimolruk, S., Mcqueen, E., Mcqueen, M., & et, a. (1991). Subcutaneous uid administration in elderly subjects. *Journal American Geriatric Society*, 39, pp. 6-9.
- Lopes, A., Esteves, R., & Sapeta, P. (2012). *Vantagens e Desvantagens da Terapêutica e Hidratação por Via Subcutânea*. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Castelo Branco.
- Lopez, J. H.-O. (2010). Subcutaneous Hydratation by Hipodermoclysis. *Clinical Gerontology*, 20(2), 105-13.
- López, J., & et, a. (2010). Subcutaneous Hydratation by Hypodermoclysis. *Clinical Gerontology*, 20, pp. 105-113.
- Marinela, E., Rodrigues, L., & Almeida, P. (2014, Fevereiro). A Via Subcutânea em Cuidados Paliativos. *Enformação*, 18-25.

- Marques, A. L. (2014). *História dos Cuidados Paliativos em Portugal: raízes*. Retrieved from Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos: http://www.apcp.com.pt/uploads/revistas_cp_vol_1_n_1.pdf
- Marques, A., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I., Capelas, M., Tavares, M., & Sapeta, P. (2009). O desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal. *Patient Care*, 32-38.
- Marques, C. (2005, Março). Terapêutica Subcutânea em Cuidados Paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*.
- Martínez, M., Álvarez, M., Pichardo, J., Miralles, M., Valladares, M., & García, J. (2016). Perceptions of Health professionals on subcutaneous hydration in palliative care: quality study. *Palliative Medicine*, 30(6), 549-557.
- Melin-Coviaux, F. H., Hurtel, A., Andrejak, M., & Grumbach, Y. (200). Etude pharmaco-clinique comparative de la ceftriaxone par voie sous-cutanée et intraveineuse chez la personne âgée. *Revue Geriatrie*, 25(5), 337-37.
- Mieras, A., González, S., & Esteva, E. (2017, Março 1). Antibióticos por vía subcutânea en pacientes que precisan de cuidados paliativos. *Med Clin*, pp. 1-2.
- Moreira, L. (2010). *Hipodermoclise: Uma forma de dignificar a "vida" na prestação de cuidados de saúde no domicílio*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Medicina Interna*, 15 (4), 83-277.
- Neto, I. G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª Edição ed., pp. 1-35). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G., & Barbosa, A. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (Segunda Edição ed.). Lisboa, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G., Marques, A. L., & Gonçalves, E. (2010). Palliative Care Development is well under way in Portugal. *European Journal of Palliative Care*.
- NHS Greater Glasgow and Clyde. (2009). *Guidelines for the use of Subcutaneous Medications in Palliative Care*. Retrieved Junho 26, 2017, from <http://www.nhslanarkshire.org.uk/Services/PalliativeCare/Documents/Guidelines%20for%20the%20use%20of%20Subcutaneous%20Medications%20in%20Palliative%20Care.pdf>
- Nicola, P. J. (2008). In M. d. Geral, *Investigação Passo a Passo - Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica* (Primeira Edição ed., pp. 27-31). Lisboa: apmcg.
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, 16(1), 44.
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures, Lisboa, Portugal: Lusociência.
- Nunes, L. (2013, Outubro 29). Desenvolvimento humano e enfermagem - horizontes da [nossa] ação. 13. Braga, Braga, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015, Abril 30). *Informação: Ordem dos Enfermeiros*. Retrieved Março 18, 2017, from Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Competencias-Especificas-EEspecialista-Enf-Pessoa-Situacao-Cronica-Paliativa-Perfil-Competencias-EnfCuidadosGerais.aspx>
- Organização das Nações Unidas. (1948, Dezembro 10). *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. Retrieved Janeiro 17, 2017, from Partido Comunista Português: <http://www.pcp.pt/actpol/temas/dhumanos/declaracao.html>
- Pacheco, S. (2014). In *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspetiva Ética* (Terceira Edição ed., pp. 121-143). Lusodidacta.

- Palliative Drugs. (2005). *Subcutaneous Fluid Administration, Hypodermoclysis*. Retrieved from Palliative Drugs: www.palliativedrugs.org/download/hypodermoclysisapprovedcopy.pdf
- Patel, H., Booble, K., & Vaughan-Jones, R. (1984). *Assessment of the potential uses of liposomes for lymphoscintigraphy and lymphatic drug delivery. Failure of 99 m-technetium marker to represent intact liposomes in lymph nodes*. *Biochem Biophys Acta*.
- Pereira, I. (2008). Hipodermóclise. *Cuidado Paliativo*, 259-72.
- Pereira, S. M. (2010). *Cuidados Paliativos: Confrontar a Morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Pereira, S. M., Hernández-Marrero, P., & Silva, A. J. (2016). *Os Cuidados Paliativos na Formação conducente ao exercício de Profissões na área da Saúde em Portugal*. Observatório Português dos Cuidados Paliativos.
- Pérez, B., & Rodriguez, M. (2002). Via subcutânea: Utilidade en el control de sintomas del paciente terminal. *MEDIFAM*, 12(2), 104-110.
- Pessini, L. (2001). *Viver com dignidade a própria morte: reexame da contribuição da ética teológica no atual debate sobre a distanásia*. Faculdade de Teologia Nossa Senhora da Assunção. São Paulo, Brasil: Centro Universitário Assunção.
- Pessini, L. (2004). A Filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In P. Leocir, & L. Bertachini, *Humanização e Cuidados Paliativos* (pp. 181-208). São Paulo, Brasil: Loyola.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem* (Terceira Edição ed.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Pombo, D. (2012). *A via subcutânea para hidratação e administração de terapêutica na pessoa com patologia crónica e/ou paliativa*. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Setúbal: Escola Superior de Saúde do IPSetúbal.
- Pontalti, G., Rodrigues, E., Firmino, F., Fabris, M., Stein, M., & Longaray, V. (2012). Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. *Revista HCPA*, 32(2), 199-207.
- PORDATA. (2017, Março 23). Retrieved from PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/Portugal>
- Potter, P. (1996). *Grande Tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar*. São Paulo, Brasil: Santos livraria e Editora.
- Pritchett, J. (1867, Dezembro 14). Subcutaneous injection. *Br Medical Journal*, 2(363), 557-558.
- ProLar HomeCare (2017) Modelo dos Cuidados Paliativos/Hospice. Retrieved from ProLar HomeCare: www.prolarhomecare.com.br/index.php/home-hospice
- Rochon, P., Sudeep, G., Litneer, J., Fischbach, M., & Goodison, A. (1997). A systemic review of the evidence for hypodermoclysis to treat dehydration in older people. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 52A(3), pp. 169-176.
- Saúde, M. d. (2017). *Portaria n.º 207/2017 - Diário da República n.º 132/2017, Série I de 2017-07-11*. Lisboa: Diário da República Eletrónico.
- Sasson, M., & Shvartzman, P. (2001). Hypodermoclysis: An Alternative Infusion Technique. 64, pp. 1575-1578.
- Scherer, J. (1992). *Introductory Clinical Pharmacology*. Filadélfia, EUA: JB Lippincott.
- Schnürle, J. (2015). Subkutane Flüssigkeitssubstitution bei betagten patienten während hitzewellen. 140, 827-830.
- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2003). *Anatomia e Fisiologia* (Sexta Edição ed.). Loures, Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Sistema Nacional de Saúde. (2012, Setembro 5). Retrieved Março 18, 2017, from Sistema Nacional de Saúde : <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Lei-n-52-2012->

%E2%80%93-Assembleia-da-Rep%C3%BAblica-%E2%80%93-Lei-de-Bases-dos-Cuidados-Paliativos.pdf

Slezak, G., & al., e. (2003). Comparison of subcutaneous and intravenous rehydration in geriatric patients: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 155-160.

Smith, R. (1915, Outubro). The Subcutaneous Administration of Fluid in Acute and Subacute Conditions in Infancy. *Canadian Medical Association*, 5(10), pp. 894-901.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (2016). *O uso da via subcutânea em Geriatria e Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro, Brasil: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

Sousa, D. (2014, Janeiro 13). *Competências e Saberes em Enfermagem*. Retrieved from Ordem Dos Enfermeiros - Secção Regional da Madeira: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%AAsncias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>

Steffens, A., & Brandão, D. (2012). Introdução à Terapia intravenosa: visão global. In W. Malagutti, & H. Roehrs, *Terapia intravenosa: atualidades* (pp. 33-44). São Paulo: Martinari.

Tavares, L., Alves, M., Eiras, M., Lenz, N., Cáceres, R., & Garcia, S. (2009). *Terapia intravenosa: utilizando cateter central de inserção periférica (CCIP)*. São Paulo: Iátria.

The American Journal of Nursing. (1904). Description of Appliances Exhibited. *American Society of Superintendents of Training-Schools for Nurses*. 4, pp. 351-357. Pittsburg, Estados Unidos da América: The American Journal of Nursing.

Torres-Vigil, I., Mendonza, T., & Alonso-Babarro, A. (2012). Practice patterns and perceptions about parenteral hydration in the last weeks of life: a survey of palliative care physicians in latin america. *Journal Pain Symptom Manage*, 43(1), pp. 47-58.

Trujillo Gómez, C., Montoya Restrepo, M., & Bruera, E. (2005). Vías alternativas a la vía oral para administraciona sistemica de opioides en cuidados paliativos: revisión de la literatura. *Medicina Paliativa*, 12(2), 1-15.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (Segunda Edição ed.). (J. N. Almeida, Trans.) Lisboa: Climepsi.

Twycross, R. (2003). Temas Gerais. In R. Twycross, *Cuidados Paliativos* (Segunda Edição ed., pp. 15-28). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

Twycross, R., Wilcock, A., & Howard, P. (2015). *Palliative Care Formulary* (Quinta Edição ed.). Nottingham, Inglaterra: Palliative Drugs.

Vidal, M., Hui, D., Williams, J., & Bruera, E. (2016). A Prospective Study of Hypodermoclysis Performed by Caregivers in the Home Setting. *Journal of Pain and Symptom Management*.

Viegas, M. (2011). Via Subcutânea: uma nova alteranativa. *Jornadas de Enfermagem Médico-Cirurgica do CHBA*. Lagos.

Walker, P., Neuhauser, M., Tam, V., Willey, J., J, P., Bruera, E., & al, e. (2005). Subcutaneous administration of Cefepime. *Journal Pain Symptom Manage*, 30(2), 107-4.

Walker, T. (1860, Setembro 15). Subcutaneous Injection of Narcotics. *Br Medical Journal*, 1(194), 729-730.

Webb, W. (1952). Effects of hyaluronidase on rate of absorption of subcutaneous fluids. *Archives of Surgery*, 65, pp. 770-773.

World Health Organization. (2016). *WHO Definition of Palliative Care*. Retrieved from World Health Organization: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Yagiela, J., Dowd, F., & Neidle, E. (2004). *Pharmacology and Therapeutics for Dentistry* (Quinta Edição ed.). (Elsevier, Ed.)

YAP, L., TAN, S., & KOO, W. (2001). Hypodermoclysis or Subcutaneous Infusion Revisited. 42, pp. 526-529.

ANEXOS

ANEXO I
QUESTIONÁRIO

PARTE 1 ASPETOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Idade:** _____ (anos)
2. **Género:**
 - Feminino
 - Masculino
3. **Área de Residência:**
 - Alentejo
 - Algarve
 - Área Metropolitana de Lisboa
 - Centro
 - Norte
 - Região Autónoma dos Açores
 - Região Autónoma da Madeira
4. **Grau Académico (assinale o nível mais elevado):**
 - Licenciatura
 - Mestrado
 - Doutoramento
5. **Outras Formações Não Conferentes de Grau Académico:**
 - Pós-Graduação
 - Pós-Doutoramento
6. **Título Profissional:**
 - Enfermeiro
 - Enfermeiro Especialista

PARTE 2 EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

1. **Qual o seu tempo de experiência profissional?** _____ (anos)
2. **Atualmente encontra-se a exercer a sua profissão?**
 - Sim
 - Não
3. **Sobre a sua atividade profissional, atualmente em que contexto(s) exerce?**
 - Cuidados de Saúde Primários (UCSP/ USF/ ECCI/ UCC/ ECL/ URAP, entre outros);
 - Unidade de Cuidados Paliativos;
 - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*;
 - Serviço Hospitalar de Internamento;
 - Serviço Hospitalar de Urgência;
 - Outros Serviços Hospitalares (Equipas Intrahospitalares, Centros de Diálise, Hospital de Dia, entre outros);
 - Outros contextos (Centros de dia, Lar de idosos, Equipas domiciliárias, entre outros);

- Ensino das Ciências de Enfermagem;
- Cargos Executivos ligados diretamente à Gestão.

4. **Experiência profissional no contexto de Cuidados Paliativos:**

- Sim
- Não

5. **Formação específica em Cuidados Paliativos:**

- Sim
- Não

5.1. Se “Sim”, qual o tipo de formação específica?

Formação Básica – Nível A (Programas/Atividades de Formação com duração entre 18 e 45 horas. Pode ser lecionada através de formação pré-graduada ou através do desenvolvimento profissional contínuo.)

Formação Pós-graduada – Nível B (Atividades de formação com duração entre 90 e 180 horas, lecionadas como pós-graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo.)

Formação Pós-graduada – Nível C (Doutoramento/Mestrado/Pós-graduação com mais de 280 horas, associado a estágios em unidades de reconhecida credibilidade. Lecionados como pós-graduação e reforçados por meio de desenvolvimento profissional.

PARTE 3

HIPODERMOCLISE E ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA POR VIA SUBCUTÂNEA

Esta terceira parte é constituída por um conjunto de afirmações, sendo-lhe pedido que assinale o seu grau de concordância com as mesmas, de acordo com a seguinte escala. Para as seguintes afirmações, por favor, responda tendo em conta as seguintes definições:

- **Nunca** - Subentende-se por “nunca”, a não utilização durante a sua prática profissional.
- **Raramente** - Subentende-se por “raramente”, a utilização pelo menos 1 a 10 vezes por ano durante a sua prática profissional.
- **Frequentemente** - Subentende-se por “Frequentemente”, a utilização pelo menos 11 a 20 vezes por ano durante a sua prática profissional.
- **Muito Frequentemente** - Subentende-se por “Muito frequentemente”, a utilização pelo menos 21 vezes por ano, durante a sua prática profissional.

No decorrer da sua prática clínica, nos mais diversificados contextos:

AFIRMAÇÕES		Sim	Não
		1	2
01	Já prestou cuidados a pessoas em contexto paliativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Tem conhecimento sobre a técnica de hipodermóclise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Já utilizou a técnica de hipodermóclise e administração de terapêutica por via subcutânea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Considera útil a técnica de administração de terapêutica por via subcutânea em bolus ou perfusão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	A hipodermóclise e administração de terapêutica por via subcutânea é utilizada em situações agudas em meio hospitalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	A utilização da via subcutânea impõe custos mais racionais para o sistema de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Na sua prática clínica, no contexto de cuidar a pessoa em situação paliativa em que a via oral não se encontra disponível, com que frequência já realizou:

AFIRMAÇÕES		Nunca	Raramente	Frequentemente	Muito Frequentemente
		1	2	3	4
01	Administração de terapêutica por via endovenosa para reposição de hidroeletrólitos e administração de terapêutica para controlo sintomático.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Administração de terapêutica ou hipodermóclise por via subcutânea para reposição de hidroeletrólitos e administração de terapêutica para controlo sintomático.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Na sua prática clínica, no contexto de cuidar a pessoa em situação paliativa, concorda com:

AFIRMAÇÕES		Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
		1	2	3	4	
01	Administração de terapêutica por via endovenosa para reposição de hidroeletrólitos e/ou administração de terapêutica para controlo sintomático.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Administração de terapêutica ou hipodermóclise por via subcutânea para reposição de hidroeletrólitos e/ou administração de terapêutica para controlo sintomático.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Existência de falta de conhecimento ou receio por parte da equipa médica em relação à administração de terapêutica ou hipodermóclise por via subcutânea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em contexto de Cuidados Paliativos, considera que:

AFIRMAÇÕES		Sim	Não
		1	2
01	A técnica de administração de terapêutica por via subcutânea como sendo útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Quando não existe condições favoráveis para colocação de acesso venoso periférico, considera a colocação de acesso por via subcutânea como sendo uma alternativa útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	A via subcutânea tem potencial para proporcionar um controlo sintomático eficaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	A via subcutânea é uma intervenção que proporciona maior conforto comparativamente à via endovenosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Os enfermeiros de um modo geral, consideram útil a via subcutânea como via para o controlo sintomático.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Considera útil a técnica de administração de terapêutica por via subcutânea em bolus ou perfusão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	A via subcutânea deverá ser utilizada em detrimento da via endovenosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	A via subcutânea provoca menor sofrimento comparativamente à via endovenosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	A via subcutânea como sendo uma via flexível para a programação de alta clínica de uma unidade hospitalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	A utilização da via subcutânea em detrimento da via endovenosa permite diminuição do tempo de hospitalização.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	A via subcutânea promove a autonomia da pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	A via subcutânea apresenta menores risco de complicações associadas à concentração de opióides.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	A via subcutânea apresenta eficácia em situações decorrentes da progressão da doença.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	A hipodermóclise é uma intervenção eficaz no tratamento da desidratação leve a moderada, quando a via oral se encontra comprometida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	A administração de terapêutica por via subcutânea apresenta menores complicações locais e sistémicas comparativamente à via endovenosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relativamente à administração de terapêutica por via subcutânea, acredita que a sua inutilização se prende com dúvidas acerca de:

AFIRMAÇÕES		Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
		1	2	3	4	
01	Existência de fármacos com compatibilidade para administração por via subcutânea para um controlo sintomático eficaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Inexperiência dos profissionais de saúde acerca da técnica tais como material, locais de punção recomendados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Inexistência de Recomendações/Protocolos/Procedimentos para a utilização da via subcutânea no contexto paliativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Desconhecimento das suas indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens e quais as situações em que se pode recorrer à via.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO II

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer N^o P420-05/2017

Título do Projecto: Hipodermóclise e a via subcutânea no controlo sintomático em contexto paliativo: percepção dos enfermeiros portugueses

Identificação do Proponente

Nome(s): Vasco Miguel Vieira Cardoso

Filiação Institucional: WeCare Saúde – Unidade de Cuidados Continuados, Póvoa do Varzim; Santa Casa da Misericórdia de Fão – Hospital de Fão, Esposende, Faculdade de Medicina da Universidade de Porto

Investigador Responsável/Orientador: José Carlos Amado Martins; Alexandra Manuela Nogueira de Andrade Pereira

Relator: Ana Margarida Coelho Abrantes

Parecer

Tendo em conta a ausência de estudos acerca da percepção dos enfermeiros em Portugal sobre a utilização da via subcutânea para a administração terapêutica por bólus ou infusão contínua para controlo sintomático em contexto paliativo, este projeto surge com o objetivo de colmatar esta falha. Assim, este projeto pretende analisar a percepção dos enfermeiros sobre a utilização de diferentes vias de administração terapêutica tendo em conta a sua experiência profissional e formação em cuidados paliativos.

Os prazos do projeto para recolha de dados encontram-se definidos entre 1 e 31 de agosto de 2017.

O estudo é definido como quantitativo, observacional, descritivo e transversal, sendo a amostra constituída por enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros em Portugal que possuam experiência profissional igual ou superior a 1 ano. Os critérios de exclusão e inclusão encontram-se bem definidos. Como instrumento de recolha de dados é apresentado um questionário dividido em três partes avaliando aspetos sociodemográficos, experiência profissional e formação em cuidados paliativos e a hipodermóclise e administração de terapêutica por via subcutânea.

Existe garantia de confidencialidade e anonimato dos intervenientes.

Atendendo ao formato da investigação apresentado, a proposta reúne condições para aprovação por parte desta Comissão de Ética.

O relator: Ana Margarida Coelho Abrantes

Data: 19-7-2017 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Helena Boalheiro