

**Faculdade de Medicina da Universidade de
Lisboa**

Mestrado em Cuidados Paliativos



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**CUIDAR DO DOENTE EM CUIDADOS
PALIATIVOS COM CATETER VENOSO
CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO -
IMPORTÂNCIA DO MANUSEAMENTO**

Raquel Filipa Martinho dos Santos

2015

**Faculdade de Medicina da Universidade de
Lisboa**

Mestrado em Cuidados Paliativos



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**CUIDAR DO DOENTE EM CUIDADOS
PALIATIVOS COM CATETER VENOSO
CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO -
IMPORTÂNCIA DO MANUSEAMENTO**

Raquel Filipa Martinho dos Santos

Orientação pela Prof^a. M^a. Deolinda Luz

Coorientação pelo Prof. Doutor António Barbosa

Todas as afirmações efetuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos apresentados.

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião a 16 de Dezembro de 2014.

“Curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre.”

Oliver Holme

AGRADECIMENTOS

Terminada esta longa etapa, após muitos altos e baixos, não posso deixar de agradecer a quem sempre me amparou. Deste modo, de seguida deixo os meus mais sinceros agradecimentos.

Agradeço em primeiro lugar à minha família, aos meus pais, irmã e avós, por aquilo que são, pela minha educação e formação.

Agradeço ao João, o meu pilar, meu marido e companheiro, pelo ser humano extraordinário que é, e por toda ajuda e dedicação neste processo.

Ao Rodrigo, o meu filho, que é o maior orgulho da minha vida, e a quem dedico este trabalho.

Aos meus amigos, por serem quem são e pela alegria que me transmitem.

A todos os enfermeiros que aceitaram participar no estudo, e em especial a todos os meus colegas de profissão, que me apoiaram sempre na realização do mestrado.

Agradeço de uma forma especial à minha orientadora, a Prof^a. Deolinda Luz, por nunca desistir de me motivar e entusiasmar, por me apoiar em todo este caminho.

Agradeço de igual modo, ao Prof. António Barbosa, pela sua coorientação, e pelo contributo teórico que possui ao nível dos cuidados paliativos.

Não posso deixar de agradecer ao Dr. Pedro Rosa, pela ajuda na parte estatística, e pela paciência que teve comigo.

RESUMO

Objetivo: Compreender o conhecimento que os enfermeiros dos vários setores de serviço de medicina de um hospital central da grande Lisboa assumem ter sobre o cateter venoso central totalmente implantado; e reconhecer as possíveis diferenças de conhecimento do recurso ao cateter venoso central totalmente implantado, entre os vários setores.

Metodologia: O presente trabalho é um estudo misto - quantitativo e qualitativo, exploratório e descritivo.

Foi realizado um questionário a 49 enfermeiros de um serviço de medicina de um hospital central de Lisboa, de modo a perceber qual a sua perspetiva sobre os cateteres venosos centrais totalmente implantados em doentes em fim de vida.

Os resultados obtidos foram tratados e analisados com recurso ao programa informático SPSS® v21.0. Nas questões de resposta aberta, foi realizada a análise de conteúdo das mesmas, e posteriormente introduzida a análise em SPSS®.

Resultados: Podemos concluir após discussão dos resultados obtidos, que a maioria dos respondentes não parece apresentar uma informação/ formação consistente acerca do recurso e manuseamento dos CVCTI.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Qualidade de Vida; Cateter venoso central totalmente implantado.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this paper is to understand the knowledge that nurses of several sectors at a health service in a central Hospital of Greater Lisbon have on the totally implanted central venous catheter; and to recognize the possible differences in the knowledge of the use of the totally implanted central venous catheter, among those several sectors.

Methods: The present paper is a joint study – quantitative and qualitative, exploratory and descriptive.

A questionnaire to 49 nurses at a health service of a central Hospital in Greater Lisbon was carried out in order to understand the perspective of the totally implanted venous catheter in patients in terminal life.

The obtained results were treated and analyzed through the software SPSS® v21.0. Regarding open questions, the content of those was analyzed and afterwards introduced in SPSS®.

Results: After the discussion of the obtained results, we can conclude that most of the respondents do not seem to present a consistent information/training regarding the resource and handling of totally implanted central venous catheter.

Key-words: Palliative care; Quality of life; Totally implanted central venous catheter.

SIGLAS

Cc – Centímetros cúbicos (igual a mililitros)

cm – Centímetros

CP – Cuidados Paliativos

CVC – Cateter Venoso Central

CVCTI – Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESSE – Escola Superior de Enfermagem

ESS – Escola Superior de Saúde

IC - Insuficiência cardíaca

IRC – Insuficiência respiratória crônica

ml– Mililitros

QdV – Qualidade de Vida

SF – Soro fisiológico

UI – Unidade Internacional

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
2.1. Contextualização.....	25
2.2. Cuidados Paliativos	27
2.2.1. Perspetiva Histórica	28
2.2.2. Filosofia	31
2.2.3. Formação pré e pós-graduada em cuidados paliativos	38
2.2.4. Custos em Cuidados Paliativos.....	42
2.3. Tipologia de doentes em cuidados paliativos	45
2.3.1. Doença Oncológica	46
2.3.2. HIV (Human Immunodeficiency Virus)	47
2.3.3. Insuficiência de órgãos	49
2.3.4. Doenças neurodegenerativas	51
2.4. Controlo de sintomas em cuidados paliativos	53
2.4.1. Náuseas e Vômitos	53
2.4.2. Dispneia.....	54
2.4.3. Anorexia/ caquexia.....	56
2.4.4. Dor.....	58
2.4.4.1. Vias de administração de analgésicos	62
3. CATETERES VENOSOS CENTRAIS.....	67
4. CATETERES VENOSOS TOTALMENTE IMPLANTÁVEIS COM RESERVATÓRIO SUBCUTÂNEO.....	69
4.1. Definição.....	69
4.2. Indicações	70
4.3. Contra-Indicações	70
4.4. Vantagens	71
4.5. Colocação do cateter venoso central totalmente implantado	72
4.6. Aceção do cateter venoso central totalmente implantado	75
4.7. Complicações	79
4.8. Sinais de comprometimento do funcionamento do cateter	81
4.9. Considerações gerais no manuseamento do cateter	82
4.10. Manutenção.....	82
5. METODOLOGIA.....	85

5.1.	Tipologia do Estudo.....	85
5.2.	Objetivos.....	85
5.2.1.	Gerais	85
5.2.2.	Específicos	85
5.3.	População-alvo e Amostra	86
5.4.	Variáveis dependentes e independentes	86
5.5.	Instrumentos de recolha de dados.....	87
5.5.1.	Pré Teste.....	87
5.5.2.	Teste.....	88
5.6.	Procedimento	88
5.7.	Análise de Dados.....	88
6.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	91
6.1.	Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra	91
6.2.	Aceção do Cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo (CVCTI) – em função do setor	96
6.3.	Manipulação do Cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo (CVCTI) – em função do setor	104
7.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	119
8.	CONCLUSÃO	135
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	137
9.1.	Bibliografia Utilizada e Consultada	137
APÊNDICES		145
Apêndice I		147
Apêndice II		157

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos enfermeiros em termos de sexo, estado civil e idade em função do setor	92
Tabela 2 - Caracterização dos enfermeiros em termos de habilitações literárias, em função do setor	93
Tabela 3 - Caracterização dos enfermeiros em termos de escolas de enfermagem, em função do setor	94
Tabela 4 - Caracterização dos enfermeiros em termos de anos de experiência profissional, e experiência profissional no serviço em função do setor	95
Tabela 5 - Frequências absolutas e percentagens sobre a informação adequada do recurso a CVCTI, em função do setor.....	97
Tabela 6 - Frequências absolutas e percentagens para das fontes de informação sobre o recurso a CVCTI, para os vários setores.....	98
Tabela 7 - Frequências absolutas e percentagens para a classificação dos conhecimentos dos enfermeiros sobre de CVCTI, para os vários setores.	99
Tabela 8 - Frequências absolutas e percentagens sobre as indicações para o recurso ao CVCTI, para os vários setores.....	100
Tabela 9 - Frequências absolutas e percentagens sobre o conhecimento das vantagens do uso do CVCTI, em função dos vários setores	101
Tabela 10 - Frequências absolutas sobre o uso do CVCTI na promoção da dignidade humana, em função do setor	103
Tabela 11 - Frequências absolutas e percentagens sobre a promoção da qualidade de vida, em doentes em fase paliativa, para os vários setores	103
Tabela 12 - Frequências absolutas e percentagens sobre o conhecimento dos enfermeiros do tipo de agulha que é utilizada na punção do CVCTI, para os vários setores	105
Tabela 13 - Frequências absolutas e percentagens dos enfermeiros com conhecimento dos sinais/sintomas que indicam o comprometimento do cateter, para os vários setores	106
Tabela 14 - Frequências absolutas e percentagens dos enfermeiros com conhecimento das complicações do uso do CVCTI, em função dos vários setores.....	108

Tabela 15 - Frequências absolutas e percentagens para o hábito de utilizar o CVTI para a administração de terapêutica e alimentação EV, nos diferentes setores.....	110
Tabela 16 - Médias e desvios-padrão do tempo necessário para o número de horas para substituição da agulha e do sistema de soro do CVCTI, entre os vários setores	111
Tabela 17 - Frequências absolutas e percentagens sobre as unidades de registo, sobre a limpeza do local de punção do CVCTI.....	112
Tabela 18 - Frequências absolutas e percentagens sobre as unidades de registo sobre os cuidados após a administração terapêutica.....	115
Tabela 19 - Frequências absolutas e percentagens sobre os contributos facilitadores sobre o desenvolvimento de competências que permitam o recurso à utilização do CVCT, que mais emergiram nos enfermeiros	117

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentagens dos enfermeiros que se consideram bem informados, nos vários setores	97
Gráfico 2 - Percentagens dos enfermeiros que consideram ter tido formação em serviço sobre do CVCTI, em função do setor.....	99
Gráfico 3 - Percentagens dos enfermeiros que referiram o uso do CVCTI para administração de terapêutica transfusional, em função do setor	101
Gráfico 4 - Percentagens dos enfermeiros que referiram a vantagem do uso CVCTI, na higiene corporal do paciente, em função do setor.....	102
Gráfico 5 - Percentagens dos enfermeiros que consideram as palpitações ou desconforto no peito como indicadores de comprometimento do cateter, em função do setor	107
Gráfico 6 - Percentagens dos enfermeiros que consideram a dispneia como indicador de comprometimento do cateter, em função do setor	108
Gráfico 7 - Percentagens dos enfermeiros que considera a deslocação do cateter como complicação do uso do CVCTI, em função do setor	109
Gráfico 8 - Percentagem dos enfermeiros que referiram não utilizar o CVCTI para administração de terapêutica e alimentação EV, e respetivas razões, em função do setor	110
Gráfico 9 - Percentagens dos enfermeiros que referiram o uso de luvas esterilizadas, na limpeza do local de punção, em função do setor	114
Gráfico 10 - Percentagens dos enfermeiros que referiram o uso de soro fisiológico na limpeza do local de punção, em função do setor	114
Gráfico 11 - Percentagens dos enfermeiros que indicaram a lavagem de mãos, em função do setor.....	115
Gráfico 12 - Percentagens dos enfermeiros que indicaram a heparinização do cateter, em função do setor	117

ÍNDICE DE FIGURAS/ IMAGENS

Imagem 1 - CVCTI: Vários modelos e tamanhos	69
Imagem 2 - Incisão na pele para colocação do cateter	73
Imagem 3 - Introdução do cateter na veia cefálica	73
Imagem 4 - Punção do cateter após a sua colocação	74
Imagem 5 - Agulha de Hubber.....	79

1. INTRODUÇÃO

Apesar de todos os progressos da medicina na segunda metade do século XX, o aumento da longevidade e das doenças crónicas conduziram sucessivamente a um aumento significativo do número de doentes que não se curam.

A não-cura continua a ser, nos dias de hoje, vista como uma derrota e ou/ frustração pelos profissionais de saúde, de um modo geral, sendo encarada como uma área de não-investimento profissional e pessoal.

O movimento dos cuidados paliativos surgiu em Inglaterra na década de 60, alargando-se seguidamente aos E.U.A., Canadá e posteriormente ao resto da Europa.

Os cuidados paliativos podem ser definidos como uma resposta ativa aos problemas inerentes à doença incurável, progressiva e prolongada, tentando prevenir o sofrimento associado à mesma, promovendo melhor qualidade de vida a estes doentes e suas famílias. (APCP, 2014)

À luz da sociedade atual, grande parte dos doentes em fase terminal morrem em contexto hospitalar. Nos últimos dias e meses de vida, estes doentes, são submetidos a diversos procedimentos médicos invasivos por não haver, ainda, uma filosofia, implementada, a fim de reduzir este sofrimento.

Os procedimentos médicos que requerem o uso de agulhas, tais como a colheita de sangue para análise, a administração de medicação e a cateterização de veias provocam dor e desconforto nos doentes, especialmente se forem frequentes, como nos doentes com doenças crónicas, que são submetidos a repetidas punções de veias periféricas, dificultando por vezes o tratamento. (Yung, Campbell, Elborn, Harvey, & Shale, 1996)

Por trabalhar num serviço de oncologia de um hospital central de Lisboa, pareceu-me interessante desenvolver uma pesquisa sobre o manuseamento dos cateteres venosos centrais totalmente implantados com reservatório subcutâneo, vulgarmente conhecidos como celsite® ou implantofix®. Este interesse advém do facto de verificar, empiricamente, ser prática corrente dos enfermeiros do hospital onde trabalho não utilizarem o cateter implantofix®

como primeira via de administração quando estão perante um doente em situação paliativa, sendo o mesmo verbalizado pelos doentes.

Este tipo de acesso venoso é muito comum nos doentes que são seguidos em hospital de dia por serem sujeitos a administrações terapêuticas de longa duração, com acessos venosos difíceis de manter devido à quimioterapia, e, ainda, no caso da mastectomia bilateral, com esvaziamento ganglionar, impeditiva da punção venosa nos membros superiores, entre outros motivos.

As vantagens dos cateteres venosos centrais com reservatório subcutâneo são inúmeras. Este tipo de cateteres tem como vantagem apresentar uma baixa taxa de infeções e obstrução. Ainda, relativamente a outros cateteres, há maior facilidade de manutenção, diminuição da ansiedade dos doentes antes dos tratamentos, uma melhoria da auto-imagem pois cosmeticamente são mais apelativos por não serem visualizados. Também são bem aceites pelos doentes por possibilitarem a execução de quase todas as atividades físicas e melhorarem, consideravelmente, a qualidade de vida dos portadores.

Grande percentagem dos doentes oncológicos e, especificamente, no serviço onde trabalho são doentes sujeitos a cuidados paliativos, inerentes ao diagnóstico e estadiamento da doença, necessitando, muitas vezes, de realizar terapêutica para controlo sintomático, por exemplo, nos serviços de urgência ou de oncologia, no domicílio, num serviço de internamento ou em regime de ambulatório.

Tendo em conta os benefícios que este tipo de acesso venoso acarreta para os doentes em situação paliativa, parece ser uma mais-valia, tanto para os doentes como para os profissionais de saúde, a sua utilização para qualquer administração terapêutica endovenosa.

Este estudo pretende verificar, no hospital onde exerço a minha atividade profissional, o conhecimento dos profissionais de saúde, particularmente enfermeiros, acerca do cateter implantofix®, assim como as vantagens e desvantagens do recurso ao mesmo tendo em conta a filosofia dos Cuidados Paliativos.

De acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada nas bases de dados (SciELO, B-On, RCAAP) não existem muitos estudos nesta área temática, em Portugal. Apenas foi encontrado um estudo, de Silva (2007), onde se pretende caracterizar o conhecimento dos profissionais de saúde relativamente ao

cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo, tendo sido concluído que os profissionais de saúde, globalmente, apresentavam fracos conhecimentos sobre este tipo de cateter. Verificando, ainda, que os profissionais de saúde que trabalham em cuidados de saúde primários tinham menor domínio do conhecimento sobre o cateter implantofix® do que os profissionais que exercem em hospitais. (Silva E. , 2007)

O trabalho encontra-se dividido em vários capítulos:

- Inicialmente é feito um enquadramento teórico sobre a temática dos cuidados paliativos, onde é abordada a sua perspetiva histórica, enunciando os seus objetivos, a importância da formação nesta área, assim como os custos dos cuidados paliativos na saúde em Portugal. Seguidamente é feita referência à tipologia de doentes em cuidados paliativos e a abordagem ao controlo de sintomas, dando ênfase à dor, e às vias de administração de alguns fármacos analgésicos. Por fim é feita referência aos cateteres venosos centrais, com ênfase nos cateteres subcutâneos totalmente implantados, vulgarmente conhecidos por cateteres implantofix®;
- O quinto capítulo indica a metodologia utilizada;
- No sexto capítulo é feita a apresentação dos resultados obtidos;
- No sétimo capítulo é apresentada a discussão dos resultados;
- No fim é produzida uma reflexão crítica sobre o estudo realizado e feitas sugestões para um futuro, sobre esta temática.

Foi realizado um estudo misto, quantitativo e qualitativo, exploratório e descritivo. A colheita de dados foi efetuada através do inquérito por questionário, aplicado a uma amostra de 49 enfermeiros de 4 setores de um serviço de medicina do hospital supracitado.

Como resultados obtidos foi perceptível entender que existem ainda muitas lacunas sobre o conhecimento deste tipo de dispositivos, cateteres venosos centrais, subcutâneos, totalmente implantados, vulgarmente conhecidos por cateteres implantofix®. Notou-se, apesar dos resultados enunciados, preocupação com recurso aos mesmos, por parte dos enfermeiros, tendo referido como vantagens do cateter implantofix®, a promoção da dignidade humana.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Contextualização

O serviço onde exerço a minha atividade profissional é um serviço de oncologia (Hospital de Dia) de um hospital central de Lisboa – Hospital SM.

O serviço foi oficialmente criado em Julho de 2003. No entanto, a prática Oncológica foi iniciada já nos finais da década de 70. Desde então que são prestados os cuidados na área de Oncologia Médica bem como a colaboração em atividades de Formação Pré e Pós-Graduada e de Investigação Clínica.

As principais patologias oncológicas tratadas são referentes aos seguintes órgãos/ sistemas: aparelho Digestivo (incluindo pâncreas, fígado e vias biliares), mama, ginecológico, urológico, osso e partes moles, pele (melanoma) e sistema nervoso central. Os médicos do serviço de oncologia apoiam os doentes oncológicos que seguem e que, entretanto, são internados em diferentes departamentos do centro hospitalar.

Quanto às funções desempenhadas, são essencialmente no acolhimento, acompanhamento e encaminhamento do doente oncológico e família.

Classificando este serviço relativamente às fases de evolução da doença, de acordo com o Australian National Sub-acute and Non-acute Patient (NA-SNAP) Classification (1997), podem ser incluídas todas as fases, pois qualquer doente em qualquer uma destas fases pode recorrer ao Hospital de Dia para realização de tratamento, sendo quimioterapia ou não. Quanto ao nível de diferenciação, segundo a classificação da European Association for Palliative Care (2009), o serviço onde exerço enquadra-se na abordagem paliativa, o nível básico que corresponde à prestação de ações paliativas sem o recurso a equipas ou estruturas diferenciadas.

Foi enquanto enfermeira deste mesmo serviço que me deparei com inúmeros testemunhos de doentes oncológicos em situação avançada, que referiram terem estado internados num serviço de medicina do mesmo hospital e não ter

sido feito o recurso ao uso do cateter implantofix® durante o período de internamento.

É prática corrente do meu serviço o uso do cateter implantofix®, quando o doente o possui, pelas inúmeras vantagens que este acarreta. Quando nos deparamos com um doente que vem ao hospital de dia para realização de terapêutica, citostática ou não, recorreremos sempre ao uso do cateter implantofix®, desde que não haja qualquer contraindicação (suspeita de sépsis pelo cateter, por exemplo).

Foi então neste contexto, que decidi perceber a razão pela qual os enfermeiros dos serviços de medicina do hospital onde trabalho possuem tanta resistência ao uso do cateter implantofix®, especialmente num regime de internamento, em que os doentes permanecem por vezes por longos períodos de tempo, e têm a necessidade de realizar diversos tipos de terapêuticas EV.

2.2. Cuidados Paliativos

Ao longo dos últimos anos tem-se vindo crescentemente a falar de cuidados paliativos em Portugal. No entanto, este tipo de cuidados permanece ainda desconhecido para grande parte da população, incluindo profissionais de saúde.

O termo paliativo deriva do étimo latino *pallium*, que significa manto, capa. De acordo com Twycross (2003), nos cuidados paliativos, os sintomas são “encobertos” com tratamentos cuja finalidade primária ou exclusiva consiste em promover o conforto do paciente.

Á luz da sociedade atual, a luta incessante pela cura das doenças tal como a sofisticação dos meios utilizados, levou à ilusão do possível controlo sobre a morte, sendo esta encarada, muitas vezes, como uma derrota para os profissionais de saúde.

É de facto, nos dias de hoje, possível prolongar-se a vida, mas não se consegue evitar a morte. Deste modo, existe uma maior incidência de pessoas afetadas por doenças crónicas e degenerativas, às quais se associa em grande parte das vezes um período relativamente prolongado de perda de autonomia, com consequências no seio da família e, também por inerência, no Sistema Nacional de Saúde.

O modo como cada ser encara a morte é individual e socialmente diferente, entre as diferentes culturas, e tem vindo a variar ao longo do tempo. A morte era um acontecimento com que se convivia naturalmente, numa época em que a esperança de vida era curta, devido às duras condições de vida das populações, à insalubridade das habitações, à ausência de saneamento nas povoações, e à ineficácia da medicina. A morte era uma situação com que se convivia frequentemente, e como ocorrência comum, era encarada com naturalidade. A morte era um evento social e público que envolvia a comunidade. (Gonçalves, 2009)

Nos dias de hoje, a morte ocorre muito frequentemente em hospitais, tendo perdido o carácter social que tinha anteriormente. A morte é reduzida a uma

ocorrência causada por doenças, sendo então por isso medicalizada. (Gonçalves, 2009)

Nas sociedades ocidentais contemporâneas existe uma experiência muito limitada da morte. O encontro de cada um de nós com a morte ocorre de forma muito indireta, através de um filtro, e não tem lugar nos assuntos do dia-a-dia. As dimensões públicas e privadas da morte estão radicalmente separadas, o que tem grandes consequências na forma como se responde à morte e ao morrer, quer de forma individual ou coletiva. (Magalhães, 2009)

Numa perspetiva demográfica, nas sociedades ocidentais, o envelhecimento tem sido considerado um problema importante. A coexistência do aumento de longevidade e o consequente acréscimo de doenças crónicas e incapacitantes, manifesta-se numa prevalência de pessoas em fim de vida.

Com o objetivo de oferecer resposta às inúmeras necessidades que as pessoas em fim de vida apresentam, devido à singularidade da sua condição de vida, desenvolveram-se um tipo de cuidados de saúde específico, os cuidados paliativos.

De um modo geral, os cuidados paliativos procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças graves, tanto para o doente em fim de vida como para os seus familiares, através da prevenção e alívio do sofrimento. Este tipo de cuidados é prestado por uma equipa interdisciplinar com formação específica e treino adequado, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, cuidadores espirituais, fisioterapeutas, entre outros. Os cuidados paliativos devem ser prestados em qualquer estágio da doença, desde o diagnóstico até à fase terminal, incluindo o apoio no luto, tendo em conta o grau de sofrimento associado (Associação Nacional de Cuidados Paliativos, 2006).

2.2.1. Perspetiva Histórica

O movimento dos cuidados paliativos constitui uma das maiores contribuições para o pensamento sobre a morte, o morrer e o luto, no fim do século XX.

Existem, no nascimento dos cuidados paliativos, um vasto leque de personalidades e grupos que contribuíram para o seu desenvolvimento.

No séc. XIX, existiam grupos civis e religiosos que se dedicavam ao cuidado dos doentes moribundos e carenciados, numa tentativa digna de ultrapassar a negligência a que estavam sujeitos pela própria sociedade.

O primeiro hospício para moribundos, foi inaugurado em 1830, na Austrália, e estava anexado ao St. Vincent's Hospital. No entanto, o termo hospício, enquanto espaço apenas para moribundos, foi utilizado pela primeira vez em França, quando Jeanne Garnier inaugurou o primeiro de vários hospícios ou *calvaires*. A primeira instituição para doentes em fim de vida na Inglaterra, foi fundada pelo Francês Davidson, em 1885, o "The Friedenheim: um lugar de paz para os que estão no fim da vida", baseado na ideia vinda da Alemanha, de ser um lugar destinado, de preferência, a cuidar de doentes terminais com tuberculose. Em simultâneo ocorreram outros desenvolvimentos, sendo que estes hospícios do final do século XIX possuíam várias características em comum, tais como as preocupações religiosas, filantrópicas, morais e médicas. (Magalhães, 2009)

A partir de 1950, verificou-se um aumento do interesse intelectual nos assuntos sociológicos e psicológicos, relacionados com a perda e o luto, começando a aparecer novas formas de organizações de voluntariado, direcionadas para os problemas pessoais e emocionais. No final da década de 50, emergem as preocupações sobre a melhoria dos cuidados em fim de vida, tanto nos EUA, como no Reino Unido. (Magalhães, 2009)

Na década de 60 do XX, na Inglaterra e nos EUA, surge então uma reação a esta tendência de desumanização da medicina moderna, nascendo assim, o movimento precursor dos cuidados paliativos, em defesa da necessidade de prestação de cuidados cientificamente rigorosos e de particularidade, também, às pessoas com doenças incuráveis, progressivas e avançadas.

A partir da década de 60, em Inglaterra, a enfermeira que posteriormente adquiriu formação médica, Cicely Saunders, face à observação da escassez de cuidados de saúde prestados aos doentes em fim de vida, tinha como objetivo chamar a atenção para a necessidade de oferecer cuidados rigorosos,

científicos e de qualidade, a um grupo cada vez mais numeroso de pessoas que, frequentemente, eram encaradas como “doentes a quem já não havia mais nada a fazer” – os doentes com doenças incuráveis, progressivas e avançadas. (Neto, 2010)

Cicely Saunders ficou reconhecida como a fundadora do movimento dos cuidados paliativos, tendo criado o St. Christopher’s Hospice, originando o desenvolvimento da rede dos cuidados paliativos nos hospitais ingleses.

Em França, os cuidados paliativos são oficializados em 1986 através da “Circular Laroque”. Entre 1987 e 1990 são abertas várias unidades de cuidados paliativos.

Em 1988 foi criada a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) sinalizando o alargamento do movimento dos cuidados paliativos à Europa.

Nas décadas de 70 e 80, os cuidados paliativos e os cuidados curativos eram ainda vistos de modo quase antagónico, ou seja, os paliativos vinham depois dos curativos, destinando-se aos doentes em que já não havia nada a fazer. Esta visão foi recentemente modificada, entendendo-se que não apenas os doentes incuráveis devem receber cuidados paliativos e que estes cuidados englobam mais que uma visão simplesmente clínica. (Meireles, 2008)

O aparecimento dos cuidados paliativos em Portugal remonta aos anos 90, um aparecimento tardio, comparativamente à realidade de outros países da Europa. Foi então em Novembro de 1992 que foi criada no Hospital do Fundão, uma unidade para cancro avançado, que, mais tarde, se tornou uma unidade de medicina paliativa. Mais tarde, foi inaugurado o serviço de radioterapia e cuidados paliativos no Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO).

Os cuidados paliativos sofreram um progressivo desenvolvimento a nível internacional, e a própria Comunidade Europeia perspetiva este tipo de cuidados como um direito humano fundamental.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados, criada pelo Decreto-Lei N.º281 de 8 de Novembro de 2003, oferece respostas exclusivas para doentes que necessitam de cuidados de média e de longa duração, em regime de internamento, no domicílio ou em unidades de dia, e contempla a prestação de

ações paliativas em sentido geral, não estando prevista, a prestação diferenciada de cuidados paliativos a doentes em fase avançada de doença incurável com grande sofrimento. Deste modo, foi então desenvolvido, em 2004, o Programa Nacional de Cuidados Paliativos em Portugal, que identifica os Cuidados Paliativos como uma área prioritária de intervenção devendo ser entendido como um contributo do Ministério da Saúde para o movimento internacional dos cuidados paliativos, e que constitui Norma dentro do Sistema Nacional de Saúde.

A atual Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos foi fundada em 21 de Julho de 1995, com a designação de Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), conforme se pode verificar no Diário da República, III Série, N.º 223, de 26 de Setembro de 1995. Os sócios fundadores, que na sua maioria trabalhavam na Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia do Porto, sentiram a necessidade e a obrigação de promover os cuidados paliativos em Portugal. Para isso decidiram reunir os profissionais de diferentes áreas com interesse neste campo e fundaram esta associação. Segundo o artigo 2º dos seus estatutos, tem por finalidade promover o desenvolvimento, o estudo, a investigação e o ensino dos cuidados paliativos prestados aos doentes com doença crónica avançada e progressiva, com o objetivo de obter a melhor qualidade de vida possível, integrando os aspetos psicológicos, sociais e espirituais e sendo consideradas as necessidades básicas da família tanto em vida como para além da morte. (APCP, 2014)

2.2.2. Filosofia

Em Portugal, morrem milhares de pessoas por ano, a grande maioria vítima de doenças crónicas, que passam por uma fase em que os tratamentos que têm por objetivo curar ou prolongar a sua vida já não são apropriados para responder às suas necessidades. Outra grande maioria dos doentes morre vítima de doenças agudas, que deixam sequelas profundas, deixando em muitos casos, os doentes dependentes de tratamentos intensivos e invasivos, colocando-se então em causa vários dilemas éticos, tais como a abstenção ou suspensão de tratamentos. No entanto, torna-se necessário dar uma resposta

aos problemas dos doentes, e é neste sentido que surgem os cuidados paliativos, que constituem o padrão de referência de cuidados para pessoas com doenças crónicas avançadas e para as suas famílias. (Gonçalves, A Boa-Morte: Ética no fim da vida, 2009)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 definiu os cuidados paliativos como “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 psicossociais e espirituais”.

O percurso até à morte é caracterizado por vários períodos de agudização, de curta duração, com a possibilidade de reversão, que se vão progressivamente tornando mais frequentes, e mais difíceis de controlar. A morte, enquanto algo inevitável, é um dado adquirido, mas a ocorrer num tempo desconhecido, havendo então uma grande incerteza, nestas situações complexas, originando uma ausência da clara distinção entre a cura e a palição. (Magalhães, 2009)

Twycross (2003) afirma que os cuidados paliativos se dirigem mais ao doente do que à doença; aceitam a morte, mas também melhoram a vida; constituem uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados; e preocupam-se mais com a “reconciliação” do que com a cura.

Os cuidados totais referem-se ao alívio multidimensional do sofrimento experienciado, por pessoas doentes ou pelos seus familiares/ cuidadores. Em cuidados paliativos é importante ter presente que o doente é a prioridade na prestação de cuidados, no entanto, estes devem ser sempre equacionados incluindo o núcleo familiar, isto é, os cuidados devem ser sempre prestados ao binómio doente - família.

De acordo com Neto (2010) os pilares da prática dos cuidados paliativos assenta em: saber controlar os vários sintomas que os doentes apresentam (e não apenas a dor), utilizando medidas farmacológicas (medicamentos) e não farmacológicas; saber comunicar adequadamente com o doente e a sua família, usando obrigatoriamente estratégias para a promoção da sua

dignidade; prestar apoio à família, detetando os seus problemas, as suas necessidades, mobilizando também as suas mais-valias e ajudando-a a lidar com as perdas, antes e depois da morte do doente; e saber trabalhar em equipa interdisciplinar, integrando o trabalho dos diferentes profissionais e voluntários, todos devidamente treinados, para dar resposta às múltiplas necessidades dos doentes e seus familiares.

Pelo Programa Nacional de Cuidados Paliativos, desenvolvido em 2004, a prática dos cuidados paliativos assenta nos seguintes princípios:

- Afirma a vida e encara a morte como um processo natural;
- Encara a doença como causa de sofrimento a minorar;
- Considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;
- Reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- Considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser médica e humanamente apoiadas;
- Considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- Assenta na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
- É baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
- Centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- Só é prestada quando o doente e a família a aceitam;
- Respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
- É baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade.

Ainda em consonância com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004), no que respeita aos destinatários, os cuidados paliativos não são

determinados pelo diagnóstico mas pela situação e necessidades do doente. No entanto, as doenças que mais frequentemente necessitam de cuidados paliativos organizados são o cancro, a SIDA e algumas doenças neurológicas graves e rapidamente progressivas. Os cuidados paliativos dirigem-se, prioritariamente, à fase final da vida mas não se destinam, apenas, aos doentes agónicos. Muitos doentes necessitam de ser acompanhados durante semanas, meses ou, exceccionalmente, antes da morte.

A preservação da dignidade no fim de vida é um dos principais objetivos dos cuidados paliativos. A dignidade do ser humano, pela sua interpretação mais básica, constitui a grandiosa modalidade do que é bom, e inclui duas dimensões: a dignidade ontológica ou constitutiva, ou seja, cada Homem por ser único, insubstituível, irrepetível, independente e singular tem uma dignidade que lhe é exclusiva; na outra dimensão, poderá possuir uma dignidade complementar, no sentido em que cada Homem é um ser nobre e digno por ser generoso, ter a capacidade de se aperfeiçoar, ser altruísta e ser capaz de amar, e é aí que cada um se poderá distinguir, na maneira em que se exercem essas aptidões e bondade. (Sapeta, 2011)

Ao nível dos cuidados paliativos, Harvey Chochinov é uma referência mundial pelos estudos que realizou sobre a dignidade em fim de vida. Ele define o este conceito como “a qualidade ou estado de ‘ter valor’, ser honrado e estimado”. Nos estudos que efetuou ao longo da sua trajetória, o conceito de “morrer com dignidade” encontrava-se associado a aspetos como o conforto básico, as necessidades psicológicas, sociais, culturais e espirituais, a qualidade dos cuidados recebidos, a consideração, o respeito e as relações mantidas. (Sapeta, 2011)

Têm sido diversas as tentativas de esquematizar os diferentes domínios da dignidade, de modo a preservar, no entanto, toda a individualidade inerente ao conceito. De acordo com Neto (2010), Chochinov apresentou um trabalho relevante neste campo, preconizando três domínios a ter em conta no conceito da dignidade, sendo eles: preocupações relacionadas com a doença; preocupações relacionadas com o eu – “*dignityconservingrepertoire*”; preocupações relacionadas com o meio social – “*social dignityinterventory*”.

Nas preocupações associadas à doença, têm relevo aspetos relacionados com: medo da dor e outros sintomas, medo da morte, angústia face ao futuro e à incerteza ou manutenção da autonomia funcional.

No segundo grupo – “dignity conserving repertoire”, realçam-se áreas como: manutenção dos papéis e orgulho próprio, manutenção da esperança realista – concretização de expectativas, aceitação e resiliência e procura de conforto espiritual e religioso.

Quanto ao terceiro grupo, as preocupações com o meio social, envolvem essencialmente: fronteiras de privacidade, nomeadamente ao nível dos cuidados prestados, garantia de apoio social e resolução de assuntos não resolvidos. (Neto, 2010)

A dignidade deverá ser considerada, em termos da sua contribuição para a qualidade ou aspeto dos cuidados prestados às pessoas que se encontram gravemente doentes ou em fim de vida, e cujo sentido de dignidade inata, ou integridade pessoal, espiritual e física estejam ameaçadas. Com base no pressuposto de que a dignidade advém da forma de se ser tratado, é importante determinar o que é “tratar alguém com dignidade”, assim como as práticas de enfermagem que mantêm essa dignidade. (Magalhães, 2009)

A dignidade fornece então um modo de guiar o profissional, no conjunto de ações que este desenvolve, desde logo de forma conjunta, conhecendo as expectativas e objetivos do doente e família e validando, com estes, continuamente o seu grau de satisfação. (Sapeta, 2011)

A preservação da dignidade não depende apenas da natureza da interação social que os enfermeiros têm com os doentes e seus cuidadores, mas também das estruturas institucionais, das culturas de gestão e políticas sociais que permitem aos enfermeiros valorizar o seu trabalho e desenvolverem, assim, formas de cuidar que defendam e melhorem a dignidade do ser humano. (Magalhães, 2009)

O conceito de dignidade aparece frequentemente relacionado com o de qualidade de vida na prática dos cuidados paliativos. Este outro conceito, qualidade de vida, tal como o conceito de dignidade, é multidimensional, individual e subjetivo, que partilha domínios objetivos. (Neto, 2010)

A definição de qualidade de vida (QdV), é difícil. Este termo raramente foi mencionado até ao século XX, no entanto a inquietação sobre o tema já remonta à Antiguidade, quando se falava no conceito “boa vida”, preconizado por Aristóteles – “Quer a pessoa mais modesta ou a mais refinada... entende ‘vida boa’ ou ‘estar bem’ como a mesma coisa que ‘estar feliz’ ”. A definição de saúde da OMS, em 1948, está próxima da definição de qualidade de vida, sendo uma das primeiras a conferir importância a três grandes dimensões no contexto de doença: física, mental e social. (Pimentel, 2006)

O instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) é utilizado para efetuar a avaliação da qualidade de vida, tendo sido desenvolvido em coerência com a definição assumida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), isto é, como o indivíduo percebe a sua posição perante a vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Esta definição resulta de um consenso internacional, representando uma perspectiva transcultural, assim como multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual (WHOQOL Group, 1993, 1994, 1995, 1998) citado por Canavarro et al (2010). (Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010)

É no âmbito das doenças crónicas que o interesse em avaliar a QdV tem vindo a aumentar, sendo que a importância da conceptualização deste conceito está intimamente ligada à evolução das doenças prolongadas.

Deste modo, o interesse de investigadores e clínicos em avaliar a QdV na doença crónica é de suma importância, por permitir: reconhecer o impacto da doença e seu tratamento em diversas áreas de vida do doente; aperfeiçoar o conhecimento acerca dos efeitos secundários dos tratamentos; avaliar o ajustamento psicossocial à doença; mensurar a eficácia dos tratamentos; definir e desenvolver estratégias com vista a uma melhoria do bem-estar dos doentes e família; e proporcionar informação prognóstica relevante quer para a

resposta ao tratamento quer para a sobrevivência. (Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010)

Tendo em conta os diferentes domínios da QdV, existem hoje em dia inúmeras escalas que tentam avaliá-la, nos doentes em fim de vida. Assim, no âmbito dos cuidados paliativos, as mais utilizadas são: Suport Team Assentment (STAS), uma adaptação da Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQOL), e a que foi criada por David Cella nos EUA, a Functional Assentment of Cancer Therapy-general version (FACT-G), que se inclui no sistema FACIT Well Being Scales. Algumas destas escalas permitem avaliar o domínio espiritual e existencial. (Neto, 2010)

Como afirma Twycross (2003), “existe boa qualidade de vida quando as aspirações de um indivíduo são atingidas e preenchidas pela sua situação atual. Existe má qualidade de vida quando há grande divergência entre as aspirações e a situação atual. Para melhorar a qualidade de vida, é necessário diminuir o afastamento entre as aspirações e aquilo que é possível alcançar.” (Twycross, 2003)

A definição mais consensual de qualidade dos cuidados é o grau com que os serviços de saúde desenvolvem/ melhoram a probabilidade de se alcançarem resultados desejados, sendo estes cuidados consistentes com o conhecimento profissional e científico atual. (Capelas, 2014)

Tendo em conta a clarificação do conceito de QdV, é importante reconhecer a importância da aplicação de medidas que visem a melhoria da qualidade da prática clínica a doentes em fim de vida.

A avaliação do impacto dos cuidados paliativos é um processo bastante complexo, maior do que em outros ramos da medicina, tendo em conta que o *outcome* é a melhoria da qualidade de vida, levando assim a uma avaliação bastante mais dificultada, nos últimos dias de vida, dada a falta de instrumentos fiáveis. (Capelas, 2014)

Capelas (2014), realizou um estudo com o objetivo de elaborar/desenvolver um conjunto de indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos em Portugal, que permitissem avaliar, monitorizar e promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados por estes serviços. Dos 101 indicadores

obtidos, ao nível dos indicadores de estrutura, percebeu-se que existem diversas áreas de necessidade de melhoria por parte das equipas, essencialmente no que respeita á formação específica em cuidados paliativos dos elementos; à formação contínua; à possibilidade de recurso a intérprete para melhoria da comunicação; prevenção de *burnout*, entre outros. (Capelas, 2014)

2.2.3. Formação pré e pós-graduada em cuidados paliativos

Os enfermeiros têm uma preparação única para prestar cuidados compassivos aos doentes terminais e respetivas famílias. O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) sustenta que os enfermeiros são membros chave das equipas multidisciplinares que cuidam dos doentes terminais e respetivas famílias.

De acordo com o supracitado no fim do sub-capítulo anterior, a título de conclusão no estudo de Capelas (2014), uma das principais lacunas dos profissionais que lidam com doentes em fim de vida (neste caso – enfermeiros) é a formação, não só a nível do ensino pré-graduado, mas também ao longo da sua trajetória profissional.

O Conselho da Europa, identificando que existem graves deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano em ser apoiado na fase final da vida, recomenda uma maior atenção às condições de vida dos doentes terminais, nomeadamente à prevenção da solidão e sofrimento, oferecendo ao doente a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado, que promova a proteção da dignidade do doente incurável ou na fase final da vida. (Direcção Geral de Saúde, 2004)

A Associação Europeia para os Cuidados Paliativos (EAPC), através do documento “*Standards and norms for hospice and palliative care in Europe – The EAPC whitepaper*” recomenda a adoção, nos diferentes países da Europa, de um conjunto de padrões, normas e conceitos consensualizados para que se definam os mínimos estruturais e conceptuais básicos no sentido de garantir a qualidade na prestação de cuidados paliativos. Pretende-se com isto,

estabelecer recomendações para o treino de enfermeiros em cuidados paliativos. (Direcção Geral de Saúde, 2004)

Em 2006, a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) desenvolveu um documento que visa clarificar os conceitos em torno dos cuidados paliativos, pretendendo melhorar a qualidade da formação em cuidados paliativos, assim como os cuidados prestados ao doente e família.

Sendo que a formação é um dos principais alicerces da prestação de cuidados de enfermagem paliativos, é de suma importância compreender se os finalistas do curso de enfermagem estão preparados para prestar cuidados de pessoas em fim de vida.

Vários já foram os estudos efetuados nesta área. Luz (2009), realizou um estudo, aos alunos de 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem numa escola em Lisboa, tentando perceber se estes entendiam estar preparados para prestar cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida e família. Concluiu que os alunos participantes da pesquisa entendiam não se encontrar preparados para tal, tendo os alunos referido que o curso de enfermagem lhes proporciona algumas ferramentas, mas que são insuficientes, tanto a nível teórico, como a nível prático e de acompanhamento do estudante nesta área a nível de ensino clínico. (Luz, 2009)

Também Sapeta (2002), realizou um estudo sobre a formação pré-graduada em enfermagem em cuidados paliativos e dor crónica, em 25 escolas de enfermagem portuguesas, tendo concluído que a abordagem destas temáticas é superficial, que nem todos os docentes de enfermagem dão importância aos mesmos conteúdos, e que as escolas não cumprem no que consta à “preparação de novos enfermeiros, visando a permanente articulação com a realidade e contextos atuais”. (Sapeta, 2002)

Em 2009, também Candeias elaborou um estudo exploratório, enquadrado no âmbito da formação dos enfermeiros enquanto adultos, em cuidados paliativos, tendo como objetivo conhecer a representação conceptual de cuidados paliativos dos enfermeiros e as suas necessidades formativas nesta área. Foram estudados os enfermeiros que gerem e prestam cuidados em serviços de medicina e cirurgia de um hospital distrital.

Verificou que, o conceito de cuidados paliativos dos enfermeiros se centra sobretudo em aspetos positivos, que vão além da administração farmacológica e intervenção técnica. Centram-se no conforto e bem-estar, qualidade de vida, dignidade humana, controlo sintomático, e mesmo no cuidar global. Embora não façam referência direta à inclusão familiar na prestação de cuidados, fazem-no indiretamente. Concluiu ainda que os inquiridos possuíam como formação base a licenciatura, o que lhes conferiu uma bagagem teórica consistente, o que nem sempre conseguiam passar para a prática. A formação em cuidados paliativos no curso de base, quando existente, não foi suficiente para responder aos problemas que se colocam no dia-a-dia ao cuidar de doentes em fim de vida, por se centrar em conteúdos teóricos. A formação em cuidados paliativos após o curso geral de enfermagem, quando existe, é pouco representativa em termos de carga horária, e os conteúdos tendem a centrar-se também, em aspetos teóricos. (Candeias, 2009)

É deste modo perceptível, através de vários estudos realizados, que de um modo geral, os enfermeiros possuem ainda sérias dificuldades e um grande défice de conhecimentos na área da prestação de cuidados a doentes em fim de vida.

A formação do enfermeiro na prestação de cuidados paliativos, é parte fulcral na habilitação do mesmo no que concerne ao acompanhamento do doente em fim de vida e família, de modo a dar resposta às suas necessidades. Deste modo, é importante perceber de que forma é feita a formação do enfermeiro, ou de qualquer profissional de saúde, para a prestação de cuidados paliativos, assim como detetar os problemas que se colocam a este nível.

Várias têm sido as sugestões dos investigadores desta temática sobre a formação.

Pereira (2007), no estudo que realizou sobre a formação sobre cuidados paliativos no ensino pré-graduado de enfermagem, tentou compreender o modo como se leciona o tema “cuidados paliativos” em várias escolas de enfermagem do ensino público português. Identificou uma enorme lacuna, situada na escassa estruturação, organização e especificação deste ensino e dos conteúdos específicos que deve exercer, assim como o reduzido número

de horas atribuído à sua lecionação. Das várias sugestões, incluídas na proposta de reestruturação do ensino sobre cuidados paliativos a nível do ensino pré-graduado em enfermagem que elaborou, no que respeita à estruturação do ensino, salientam-se:

- Criação de uma unidade curricular específica denominada “enfermagem em cuidados paliativos”;
- Constituição de um módulo de “cuidados paliativos”, integrado numa disciplina da área de educação e formação de enfermagem.

Quanto aos objetivos da formação, destacam-se:

- Desenvolver competências específicas na área dos cuidados paliativos, nomeadamente a nível da prática profissional, ética legal, a nível da prestação e gestão de cuidados e ainda a nível do desenvolvimento profissional;
- Desenvolver a capacidade de reflexão crítica e ética a nível dos cuidados paliativos;
- Compreender os princípios e valores subjacentes à problemática dos cuidados paliativos.

Quanto à metodologia sugerida, seriam de carácter teórico e teórico-prático, nomeadamente através da discussão de casos clínicos e resolução de problemas. (Pereira S. M., 2007)

Para além da formação no ensino pré-graduado, não é menos relevante a importância da formação pós graduada.

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), através da sua Task-Force em educação, esclareceu os seguintes níveis de formação e respetivos destinatários, sendo eles:

- Nível A
 - Básica pré-graduada: futuros profissionais de enfermagem, durante a sua formação profissional básica;
 - Básica pós-graduada: profissionais de enfermagem que prestam cuidados em serviços gerais de saúde, e que se

podem confrontar com situações que necessitem de uma abordagem paliativa.

- Nível B
 - Avançada (pós-graduada): profissionais de enfermagem que trabalham em serviços de cuidados paliativos ou em serviços gerais onde desempenhem funções de referência em cuidados paliativos; profissionais de enfermagem que frequentemente se confrontem com situações de cuidados paliativos (ex: oncologia, cuidados comunitários, cuidados pediátricos ou geriátricos).
- Nível C
 - Especialista (pós-graduada): os profissionais de enfermagem que são responsáveis por unidades de cuidados paliativos ou exerçam consultadoria, ou contribuam, ativamente, para a formação e investigação em cuidados paliativos. (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006)

Pelas recomendações da APCP seria importante os enfermeiros investirem na formação pós-graduada, de acordo com o local onde exercem a sua atividade profissional, de modo a adequar os seus conhecimentos e habilidade ao seu contexto de trabalho, para assim poderem prestar cuidados de excelência aos doentes em fim de vida e seus familiares.

2.2.4. Custos em Cuidados Paliativos

Nos dias de hoje, os sistemas de saúde, mesmo nos países com economias mais desenvolvidas, debatem-se com dificuldades, não conseguindo satisfazer todas as solicitações pelos seus recursos limitados. Deste modo, é necessário escolher de forma cuidadosa, o método mais eficiente de usar os recursos existentes. (Gonçalves, 2009)

Especialmente em doentes oncológicos, sabe-se que a maior parte dos gastos em saúde são feitos nos seus últimos meses de vida, muitas das vezes, em tratamentos ineficazes.

A introdução aos cuidados paliativos pode constituir um passo significativo, no sentido de racionalizar os recursos, oferecendo uma alternativa a esses métodos, para que passem a ser utilizados nos casos com probabilidades razoáveis de produzir benefício. O tratamento paliativo sintomático deve ser utilizado o mais cedo possível, para que possa produzir um maior efeito na qualidade de vida e limite o uso indevido de outras terapêuticas e meios de diagnóstico. (Gonçalves, 2009)

Existem vários estudos que demonstram que o recurso aos cuidados paliativos permite uma poupança significativa nos gastos em saúde, principalmente no último mês de vida. Estes dados contrariam assim o receio do aumento dos gastos em saúde com o desenvolvimento dos cuidados paliativos. (Emanuel, 1996) (Emanuel & Emanuel, 1994)

Os cuidados paliativos não introduzem novos doentes no sistema de saúde, uma vez que os doentes já constam do mesmo. Já se encontram internados em alguns serviços, vão às consultas e aos serviços de urgência, serviços estes mais dispendiosos que os cuidados paliativos, e que não estão preparados em grande parte das vezes para tratar deste tipo de doentes, refletindo-se em maior custo, com menor qualidade de cuidados. (Gonçalves, 2009)

Existem ainda no nosso país várias barreiras, relacionados com aumento dos gastos em saúde, que se atravessam no desenvolvimento dos cuidados paliativos, tais como os avanços tecnológicos, os meios de diagnóstico e terapêutica, ou os preços dos medicamentos. No entanto, é emergente a inclusão dos cuidados paliativos no sistema de saúde, de uma forma mais abrangente, devendo este tipo de cuidados ser visto como um direito dos cidadãos, quer do ponto de vista legal ou da justiça social, promovendo assim a dignidade humana.

Em suma, os cuidados paliativos são profundamente necessários, e ajudam o paciente a viver tão ativamente quanto possível até ao fim. Centram-se na importância da dignidade da pessoa, ainda que doente, vulnerável e limitada,

aceitando a morte como uma etapa natural da vida que, até por isso, deve ser vivida intensamente até ao fim. (Neto, 2010)

Os cuidados paliativos afirmam a vida, enfatizando a vida e os aspetos positivos que, apesar das dificuldades, há que favorecer. A morte, sendo um processo natural e inevitável, e não reconhecer quando se deve deixar de lutar contra ela é tão grave e prejudicial para os doentes, como não reconhecer as situações em que é possível e útil atuar para curar ou prolongar a vida. (Gonçalves, 2009)

A prestação destes cuidados deve ser feita por equipas multidisciplinares, que incluam médicos, enfermeiros, assistentes sociais, e integrem também outros profissionais de saúde, nomeadamente psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas. (Meireles, 2008)

São um ângulo essencial dos cuidados de saúde, um imperativo ético que promove os direitos fundamentais das pessoas, e, simultaneamente, como uma obrigação social. É impreterível apoiar os doentes e seus familiares em situação paliativa, para que possam planificar e tomar decisões relativamente à iminência da morte, resolver os problemas que têm pendentes, de se protegerem de terapêuticas desnecessárias e causadoras de maior sofrimento.

2.3. Tipologia de doentes em cuidados paliativos

De acordo com Neto (2010), torna-se por vezes difícil definir quem é o doente terminal e qual a tipologia de doentes em cuidados paliativos, pelo que se torna imprescindível a definição de doente terminal e doente agónico. (Neto, 2010)

Entende-se por doente terminal, aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses. O doente agónico é aquele que dentro do grupo de doentes terminais, pelas características clínicas que possui, se encontra, previsivelmente, nas últimas horas ou dias de vida. (Neto, 2010)

No documento de consenso produzido pelo *National Consensus Project* americano (2004), e na própria definição da OMS, não são apenas os doentes incuráveis e avançados que poderão receber este tipo de cuidados. A presença de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode determinar elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento que lhe está associado, e deste modo, justificar a intervenção dos cuidados paliativos. No Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), surgem como destinatários apenas os doentes que não têm perspetiva de tratamento a título curativo. A oferta de cuidados paliativos faz-se assim de acordo com o tipo de necessidades e não apenas com base nos diagnósticos, sendo consensual que tanto doentes oncológicos como não-oncológicos, em fases distintas da doença, carecem deste tipo de intervenção. (Neto, 2010)

Como foi anteriormente referido, os doentes que beneficiam de cuidados paliativos, nos dias de hoje, não são apenas doentes oncológicos, embora estes representem a grande maioria. Existe um grande leque de situações clínicas, crónicas e em estágio avançado, que beneficiam de cuidados paliativos, sendo elas: insuficiências avançadas de órgãos (respiratória, cardíaca, renal ou hepática), doentes com SIDA em estágio terminal, doenças neurológicas e/ou degenerativas, demências em fase final, entre outras em que o doente e/ou sua família necessitem destes cuidados.

De seguida irão ser sumariamente abordadas algumas das situações mais prevalentes em cuidados paliativos.

2.3.1. Doença Oncológica

A palavra *cancro* deriva do latim *cancrī* (caranguejo), por se espalhar em muitas direções, como as patas de um caranguejo. Este termo é uma palavra abrangente usada para descrever um grupo de mais de cem doenças, em que as células se multiplicam e espalham sem limites, interrompendo a fisiologia normal do organismo, e causando complicações que põem a vida em risco. (Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green, 2010)

O cancro caracteriza-se pela proliferação anómala de células de algum tecido ou órgão do corpo que adquirem características morfológicas e funcionais atípicas, que se multiplicam anarquicamente e constituem uma massa tumoral que cresce progressivamente e invade os tecidos adjacentes.

Pelas suas características, a doença oncológica constitui-se numa doença crónica, debilitante e progressiva, com necessidades de prevenção e alívio do sofrimento e com possibilidade de cura apenas em algum número de casos.

O cancro, tal como outro tipo de doenças, ameaça a integridade física e psicológica do indivíduo tendo, portanto, um intenso impacto no modo como os indivíduos se percebem a si e ao ambiente que os rodeia.

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística - Boletim Mensal de Estatística de Dezembro de 2013, as doenças do aparelho circulatório são responsáveis pela principal causa de morte na Europa no ano de 2013, sendo os tumores malignos responsáveis pela segunda causa de morte, sendo que em 2013 faleceram 25758 pessoas com tumores malignos. (Instituto Nacional de Estatística, 2013)

No tratamento da doença oncológica existem várias abordagens de tratamento dos tumores sólidos, seja qual for a sua intenção – curar a doença, controlar a doença, de profilaxia ou de palição – sendo os mais frequentemente utilizados, a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia. Existem ainda o tratamento com bioterapia (interferões, interleuquinas, anticorpos monoclonais e fatores de crescimento). No caso da quimioterapia, os tratamentos podem ser

administrados por via oral, subcutânea (SC), intramuscular (IM), intratecal (IT) ou intrarraquidiana e por via endovenosa (EV). Sendo a via endovenosa a mais utilizada, tem existido um crescente interesse na procura de acessos venosos mais eficazes e que acarretem menos riscos para os doentes que realizam tratamento de quimioterapia, normalmente por um longo período de tempo. O cateter venoso central totalmente implantado veio então colmatar algumas destas necessidades, tendo havido uma crescente no número de portadores.

O aumento da sobrevida em geral, e de períodos mais longos sem doença ativa nos doentes com cancro, podem estar diretamente atribuídos ao uso de agentes citostáticos. Tal como outros tipos de tratamento oncológico, a quimioterapia pode ser utilizada para curar, controlar, a longo prazo, o desenvolvimento do cancro, ou para controlar a redução temporária de uma massa tumoral. (Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green, 2010)

A doença oncológica representa em Portugal, a grande maioria dos doentes abrangidos pelos cuidados paliativos, pela sua complexidade, prevalência e rápida progressão, causando um enorme sofrimento no doente e na sua família. Os cuidados paliativos têm um papel de suma importância no alívio do sofrimento físico, psicológico, social ou espiritual, junto do doente oncológico e família.

2.3.2. HIV (Human Immunodeficiency Virus)

A síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), descrita pela primeira vez em 1981, representa um dos maiores problemas de saúde pública a nível mundial, estimando-se que já causou mais de 25 milhões de mortes em todo o mundo e mais de 2 milhões de mortes relacionadas com a doença em 2008. A SIDA é causada pela infeção pelos vírus da imunodeficiência humana do tipo 1 (HIV-1) e tipo 2 (HIV-2). A infeção pelo HIV-1 é uma pandemia, calculando-se que mais de 33 milhões de pessoas em todo o mundo estejam atualmente infetadas, enquanto a infeção pelo HIV-2 se manteve relativamente confinada a alguns países da África Ocidental, sendo Portugal o único país não-africano com uma prevalência significativa de infeção pelo HIV-2. A infeção pelo HIV-2 é caracterizada por uma progressão para a SIDA mais lenta do que a infeção

HIV-1, tendo um impacto muito mais limitado na sobrevivência da maioria dos adultos infetados. (Soares, 2011)

O curso normal da infeção pelo HIV pode ser dividido em três fases com características distintas: infeção primária ou fase aguda, infeção crónica e SIDA.

A infeção por HIV pode causar deficiência progressiva do sistema imunitário (síndrome de imunodeficiência adquirida, SIDA), caracterizada pela ocorrência de infeções e neoplasias oportunistas, associadas a mortalidade e morbilidade significativas e com impacto considerável no consumo de recursos de saúde.

Apesar do alto impacto na diminuição da morbilidade e mortalidade, a Sida continua a ser uma doença incurável, crónica e progressiva. Embora a terapêutica antirretroviral se encontre disponível em vários países, existem ainda muitas dificuldades no que respeita à adesão ao tratamento por parte dos doentes, relacionadas, por exemplo, com: graves problemas de intolerância, problemas de ordem psíquica e social, interações medicamentosas, uso de drogas ilícitas, entre outros. Devido a tais dificuldades, e devido ao facto de que mesmo o grupo de doentes aderente à terapêutica se torna resistente ao vírus ao longo do tempo, grande parte dessa população continua vulnerável aos efeitos destrutivos da imunossupressão e vai evoluir, em diferentes velocidades, para a fase final da doença. (Santos F. S., 2011)

O acompanhamento médico do doente infetado pelo HIV exige, atualmente, uma planificação de cuidados a longo prazo, similar à dispensada a outras doenças crónicas. Embora não seja possível a erradicação do HIV com os fármacos disponíveis, a reconstituição imunológica pode ser obtida, mesmo em estados avançados da infeção. Daqui decorre que o principal objetivo do tratamento seja o de prolongar e melhorar a qualidade de vida, tentando alcançar e manter a supressão da replicação vírica durante o máximo tempo possível. (Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção VIH/ Sida , 2009)

É bastante comum, nos doentes com esta patologia, em fim de vida, apresentarem intercorrências do foro infeccioso, podendo causar dispneia súbita, convulsões e dor intensa. O tratamento específico raramente está

indicado, e o tratamento sintomático deve ser rebordado para um controle máximo de sintomas. (Santos F. S., 2011)

2.3.3. Insuficiência de órgãos

A Insuficiência Cardíaca (IC) consiste num problema mundial de saúde pública sendo primariamente um síndrome do idoso. É um síndrome que ocorre em indivíduos que, devido a alguma anormalidade cardíaca, herdada ou adquirida, desenvolvem um conjunto de sintomas e sinais clínicos consecutivos à falência hemodinâmica. De acordo com o estudo português EPICA (Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem) a prevalência estimada de IC em indivíduos com idades compreendidas entre os 60-69 anos ronda os 7.63%, sendo de 12,67% para indivíduos entre os 70-79 anos e 16.14% para os que têm mais de 80. Qualquer patologia que leve a alterações morfofuncionais ventriculares, condicionando a sua função diastólica ou sistólica pode predispor o indivíduo a evoluir com IC. (Santos F. S., 2010)

A insuficiência cardíaca é uma condição séria e equivalente a uma doença maligna em termos de sintomas e mortalidade. Os cuidados paliativos são subdesenvolvidos na doença cardíaca e a principal causa é devido à incerteza do prognóstico, devido ao caminho imprevisível que caracteriza esta doença, com exacerbações e melhoria na sintomatologia muitas vezes antes da morte. Não se pode ignorar uma abordagem cuidados paliativos, que reconhece a importância da atenção aos sintomas e bem-estar promovendo e aspetos físicos, psicossociais e espirituais. O objetivo é maximizar o conforto do doente, evitando o uso de tratamentos agressivos que consomem recursos sem resultados. (Aguayo, 2011)

Num doente com IC em fase avançada é importante a associação da terapêutica médica específica no tratamento desta patologia aos cuidados paliativos, de modo a dar resposta às necessidades do doente, sendo que os cuidados paliativos podem ser incluídos em simultâneo em qualquer fase da doença.

O aumento do número de idosos com insuficiência renal (IR) em fase avançada é cada vez mais uma realidade, e tal como para o aumento do número de

doentes com doenças crónicas progressivas em fase avançada, justifica-se com as alterações demográficas que surgiram na sociedade, assim como as alterações epidemiológicas resultantes de uma população envelhecida.

A fase avançada da insuficiência renal está normalmente associada a elevados níveis de morbilidade e a um pior prognóstico. Este tipo de doentes tem uma grande necessidade de controlo sintomático, muitas vezes igualável às necessidades de doentes com cancro em fase avançada. Os principais objetivos estabelecidos no tratamento destes doentes é promover a sua qualidade de vida através do controlo tanto quanto possível da função renal, controlar significativamente os sintomas mais angustiantes e gerir complicações possíveis da evolução da doença, envolvendo o cuidador e/ou família nos cuidados. (Murtagh, 2006)

A insuficiência respiratória crónica (IRC) é uma complicação grave composta por diversas doenças pulmonares, sendo a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) a mais comum. (Direcção Geral de Saúde, 2004)

A IRC pode também ser causada por bronquiectasias, doença intersticial pulmonar (DIP), doenças neuromusculares (DNM), sequelas de tuberculose e doenças da parede torácica, entre as quais a cifoescoliose é a mais frequente. De uma maneira geral, a IRC é irreversível e exige tratamento com oxigenoterapia de longa duração e/ou ventilação domiciliária. A trajetória de doença na IRC, no caso de DPOC, caracteriza-se por uma deterioração progressiva, durante um longo período, a presença de agudizações graves, que requerem internamentos e que, em alguns casos, podem levar à morte, alternando com períodos de estabilidade mas com sintomas.

Têm sido feitos esforços para identificar modelos de prognóstico para doentes com DPOC, que melhoraram a acuidade do prognóstico, mas não conseguem ainda prever a sobrevida individual, a curto prazo.

Os profissionais de saúde, responsáveis por cuidar desta tipologia de doentes, devem promover o ensino sobre os cuidados de fim de vida aos doentes e familiares, garantindo que estes recebam cuidados de acordo com as suas preferências, e para tal é necessário percorrer um caminho na procura dos

valores e objetivos dos cuidados a fornecer, tendo em atenção a qualidade de vida atual e eventualmente futura.

2.3.4. Doenças neurodegenerativas

De acordo com dados estatísticos da Organização Mundial de Saúde, estima-se que até 2050, a percentagem de idosos acima dos 65 anos corresponda a 25% da população na Europa. Com este crescimento, aumentam o número de casos de doenças neurodegenerativas, bem como de outras doenças crónicas.

A doença neurodegenerativa consiste na alteração deficitária progressiva das células nervosas, podendo conduzir à morte das mesmas. É uma doença silenciosa, fazendo-se notar apenas numa fase já mais avançada da mesma, não apresentando um quadro de reversibilidade e não existe cura para a eliminar. (DeKosky & Marek, 2003)

A demência é o termo utilizado para descrever os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. É um termo abrangente que descreve a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais. (Associação Alzheimer Portugal, 2014)

Estima-se que existam em Portugal cerca de 153.000 pessoas com demência, 90.000 com doença de Alzheimer. (Associação Alzheimer Portugal, 2014)

As formas patológicas de demência são diversas, sendo mais comuns a doença de Alzheimer, a doença de Parkinson, a demência vascular, a demência de Corpos de Lewy e a Demência Fronto-Temporal.

Os doentes com demência em estágio avançado sentem dificuldades em comunicar quando sentem dor e podem normalmente expressar-se de uma forma que nem sempre é facilmente reconhecida pelos outros.

A introdução dos cuidados paliativos aquando o diagnóstico da pessoa com demência assume uma importância significativa, uma vez que é referido em vários estudos que o diagnóstico da demência é normalmente tardio, o que traz implicações e diminui a possibilidade da pessoa exprimir a sua vontade e desejo em relação ao tipo de cuidados que pretende numa fase mais avançada

da sua demência. (Lopez-Tourres, Lefebvre-Chapiro, Fétéanu, & Trivalle, 2009)

Os principais objetivos dos cuidados paliativos em as pessoas com demência baseiam-se em três elementos essenciais: Terapêutica orientada para o controlo de sintomas, tendo em conta o respeito pela dignidade humana, visando a maximização do conforto; optar pela atitude terapêutica mais adequada perante cada uma das patologias concomitantes, tendo em conta a progressão da demência; a prevenção da sobrecarga do cuidador e da família. (Lopez-Tourres, Lefebvre-Chapiro, Fétéanu, & Trivalle, 2009)

Em síntese, conclui-se que a maioria da tipologia de doentes apresenta sintomas que são de alguma forma particulares, no entanto existem sintomas que são transversais, e que exigem particular intervenção por parte dos profissionais de saúde.

2.4. Controlo de sintomas em cuidados paliativos

O controlo de sintomas reúne o reconhecer, avaliar e posteriormente tratar, os vários sintomas que ocorrem e que têm assim repercussões no bem-estar do doente. Trata-se de uma tarefa bastante complexa no caso da doença crónica e avançada, pois existe um vasto leque de sintomas descontrolados.

O controlo sintomático tem um papel de extrema importância para o doente no que se refere à qualidade de vida. Como tal, os profissionais devem possuir um conhecimento minucioso e um treino rigoroso na sua avaliação e controlo.

Seguidamente serão abordados alguns dos sintomas presentes em doentes em fim de vida.

2.4.1. Náuseas e Vômitos

As náuseas e vômitos são sintomas bastante incómodos, que diminuem significativamente a qualidade de vida de pessoas com doença avançada, tal como no cancro, no HIV, e na insuficiência de órgãos.

A náusea corresponde a uma ativação de limiar baixo do processo do vômito, dando origem a reações de abrandamento ou mesmo cessação da motilidade gástrica e retroperistálise do duodeno, podendo ser acompanhada de vômito. Por sua vez, o vômito corresponde ao ato final de um processo complexo, que termina com a expulsão do conteúdo gástrico. (Bernardo & Querido, 2010)

É importante, em cuidados paliativos, esclarecer a etiologia das náuseas e vômitos, não esquecendo que existem outras patologias que podem conduzir aos mesmos sintomas, tais como a diabetes ou a hipertensão arterial.

As causas mais frequentes de náuseas e vômitos são as seguintes: fármacos (opióides, antidepressivos ou quimioterapia), alterações metabólicas (insuficiência hepática, hipercalcémia), obstrução intestinal, obstipação, aumento da pressão intracraniana, disfunção do sistema nervoso autónomo (má nutrição, síndrome paraneoplásico, HIV), e causas psicológicas (ansiedade, medo). (Bernardo & Querido, 2010)

Sendo um sintoma subjetivo, expressando-se de forma variável de doente para doente, podendo mudar de intensidade e características, é importante uma avaliação individualizada e detalhada.

De modo a sintetizar a avaliação, Bernardo e Querido (2010), propuseram a seguinte abordagem: caracterização do episódio de náuseas e vômitos, relacionar o episódio com outros sintomas, história clínica/ exame físico/ exames complementares de diagnóstico, e reavaliação. (Bernardo & Querido, 2010)

Algumas medidas gerais para o controlo de náuseas e vômitos, passam por: manter um ambiente confortável; garantir a tranquilidade e evitar o clima de tensão; fazer pequenas refeições, mais frequentes e em intervalos regulares; tentar a ingestão de alimentos secos (tostas e bolachas); ingestão adequada de líquidos, e no caso de não haver tolerância, escolher a hidratação por outra via que não a via oral; manter uma boa higiene oral. (Bernardo & Querido, 2010)

No caso da terapêutica farmacológica, a escolha do antiemético mais adequado baseia-se no mecanismo etiopatogénico. Alguns dos doentes necessitam de mais do que um antiemético para assegurar no controlo da náusea e do vômito. Existem vários grupos de fármacos, de ação central, periférica e mista, tais como: neurolépticos (haloperidol, clorpromazina, levopromazina); anti-histamínicos (ciclizina, prometazina); antimuscarínicos (hioscina, butilescopolamina); procinéticos (domperidona, cisapride); antagonista dos receptores D2 (metoclopramida), antagonistas dos receptores 5HT3 (ondasetron, granisetron, tropisetron); corticoesteróides (dexametasona). (Bernardo & Querido, 2010)

2.4.2. Dispneia

A dispneia define-se como a sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória. Trata-se de um sintoma aflitivo e perturbante, causa de grande sofrimento para o doente e família.

A dispneia é um sintoma bastante frequente em doentes em fim de vida, podendo manifestar-se em qualquer altura, no entanto a tendência é ser mais

prevalente à medida que a doença vai progredindo. Vários estudos indicam uma incidência entre 48% e 70%. (Azevedo, 2010)

A abordagem clínica da dispneia é normalmente mal orientada, sendo frequentemente uma manifestação clínica subdiagnosticada e não devidamente tratada.

A dispneia manifestada em fim de vida pode ter várias causas, tais como: consequência direta ou indireta da invasão local ou disseminação metastática de uma neoplasia (obstrução das vias aéreas, derrame pleural); consequência da terapêutica antineoplásica (cirurgia de amputação do parênquima pulmonar, radioterapia com lesões fibrosantes pulmonares); ou por outras causas em doentes oncológicos ou com situações terminais de outra etiologia (insuficiência cardíaca ou respiratória, edema agudo do pulmão). (Azevedo, 2010)

No âmbito do diagnóstico da dispneia, para além da colheita de dados e da realização de exames complementares de diagnóstico, é de extrema importância avaliar o impacto que este sintoma tem na qualidade de vida do doente, através da aplicação de algumas escalas aplicadas para a população referida.

Relativamente ao tratamento, em fases mais iniciais da doença, são opções terapêuticas: a terapêutica oncológica (quimioterapia ou radioterapia paliativa), terapêutica farmacológica, intervenções terapêuticas (toracocentese, colocação de próteses endobrônquicas), ou terapêutica etiológica (antibioterapia, em infeções respiratórias). Em fases mais avançadas da doença, apenas se justificam: medidas gerais não farmacológicas, para assegurar o bem-estar; cuidados de enfermagem e terapêutica farmacológica. (Azevedo, 2010)

Quanto à terapêutica farmacológica supracitada, esta passa pela utilização de: broncodilatadores, corticóides, opióides, benzodiazepinas e oxigénio. Os corticóides são utilizados, especialmente, em obstruções altas da via aérea, como é comum nos tumores da traqueia. São vários os opióides estudados no tratamento da dispneia, no entanto a morfina continua a ser o fármaco de eleição. As benzodiazepinas possuem a capacidade de reduzir a sensação de dispneia, pois atuam na mediação dos estímulos periféricos que atingem o

sistema nervoso central. O diazepam é a benzodiazepina mais utilizada, no entanto existem doentes que preferem o lorazepam sublingual. (Gonçalves, Controle de Sintomas no Cancro Avançado, 2011)

Quanto às medidas não farmacológicas, estas são de igual modo relevantes quanto as medidas farmacológicas. Passam por pôr em prática um conjunto de medidas gerais para tentar reduzir a sensação de dispneia e intolerância ao esforço, de modo a facilitar a vida do doente e seus familiares. São medidas tais como ensinar o doente a fazer um período de descanso entre cada atividade; evitar a utilização de roupas muito apertadas, quentes ou desconfortáveis; disponibilizar alguém para ajudar o doente, entre outras. (Azevedo, 2010)

2.4.3. Anorexia/ caquexia

A anorexia/ caquexia são complicações bastantes frequentes nas doenças terminais, que ocorrem em várias doenças crónicas como o cancro, HIV, ou insuficiências de órgãos. São problemas de difícil resolução, que normalmente não são revertidos na sua totalidade. A consciência da gradual perda de peso é causa de grande sofrimento para o doente e família. A perda peso e de apetite podem tornar-se mais problemáticas para o cuidador do que para a pessoa doente.

Na sociedade em que vivemos, a alimentação não está associada a saúde, mas sim ao prazer de comer, com a sensação de saborear alimentos gostosos ou diferentes, com a satisfação da saciedade, com a companhia agradável ou desejada, com a família, com os amigos, com os eventos familiares ou sociais. (Santos F. S., 2011)

O termo caquexia, do grego *kakos* que significa mau, e de *hexis* que significa estado. Não existe uma definição simples e consensual da síndrome anorexia - caquexia, razão pela qual é pouco diagnosticada e raramente devidamente tratada.

Pode ser definida como a perda involuntária de mais de 10% do peso. As manifestações clínicas incluem anorexia, saciedade precoce, perda de peso, fraqueza, atrofia muscular, fadiga fácil, alteração da função imunitária,

decréscimo das capacidades motoras e mentais, diminuição das capacidades de atenção e concentração. Existem, no entanto, doentes com caquexia que não apresentam anorexia e têm uma capacidade de ingestão alimentar normal, assim como existem doentes com anorexia que não têm perda de peso. (Gonçalves, 2011)

Grande maioria dos doentes com cancro, cerca de 50%, desenvolve a síndrome anorexia/ caquexia (SAC), mas não é transversal a todos os tipos de cancro, a SAC em grau avançado é mais prevalente em cancros do esófago, estômago, pâncreas e de pequenas células do pulmão. Os doentes com cancro, desnutridos, têm uma baixa taxa de resposta e /ou tolerância aos tratamentos, à quimioterapia e radioterapia, têm um menor nível de sobrevivência associado, uma maior taxa de infeções e mais complicações cirúrgicas associadas. A SAC é a causa de morte individual mais comum em doentes oncológicos. (Gonçalves, 2011)

A SAC pode ser classificada como primária ou secundária. Primária, quando é causada pela própria doença e pelas alterações na nível metabólico, neuroendócrino e inflamatório da mesma. Secundária, quando é causada por outros fatores, tais como má nutrição ou perda de massa muscular por inatividade prolongada, por exemplo.

Quanto ao tratamento da SAC, o melhor método a utilizar será a remissão do cancro, quando se trata de uma doença oncológica, mas em muitos casos tal não é possível, sendo muitos dos métodos do tratamento do cancro causadores ou potenciadores da SAC.

Como medidas não farmacológicas, são importantes: o aconselhamento e o suporte nutricional, para melhorar os hábitos alimentares e o aporte calórico; instruir o doente sobre a atividade física, para promover o anabolismo muscular; e intervenções ao nível do suporte emocional, para encorajar os doentes.

Quanto à alimentação, esta deve ser, prioritariamente, fornecida por via oral, pois é a via mais natural e fisiológica, desde que o trato digestivo esteja íntegro e/ou funcional, e o doente manifeste o desejo e apresente condições clínicas necessárias para a sua administração. Em vários casos, a alimentação por via

oral não é suficiente para estabelecer o estado nutricional do doente. Nestes casos, pode ser complementada por via entérica, ou mesmo por via parentérica. No entanto, é preciso avaliar as condições clínicas e emocionais do doente, e a relação custo/ benefício. (Santos F. S., 2011)

O tratamento farmacológico, no caso da anorexia, justifica, se melhorar o bem-estar do doente. No caso da sobrevivência esperada for razoável, ou se a anorexia ou a perda de peso serem uma preocupação para o doente e família, pode realizar-se o tratamento farmacológico. Este aborda alguns fármacos tais como: a metoclopramida, que acelera o esvaziamento gástrico, possui ação antiemética central, tem alguma capacidade em melhorar o apetite, tem uma baixa taxa de efeitos secundários e tem um baixo custo; os corticóides, como a dexametasona, são por vezes utilizados, pois revelaram melhoria do apetite e a sensação de bem-estar em alguns casos; o acetato de magesrol, que resulta também na melhoria do bem-estar e do apetite, do aumento de peso, não apenas por edemas, mas por tecido adiposo. (Gonçalves, 2011)

2.4.4. Dor

A dor é um dos sintomas mais temidos, especialmente nos doentes oncológicos, embora e, ao contrário da convicção popular, seja um dos últimos sintomas a aparecer. A dor não é comumente um problema decorrente do estágio inicial da doença oncológica, mas à medida que a doença avança e cria metástases, cerca de 70 a 90% dos doentes experimentam dor. (Ritto, et al., 2012)

Também em doentes com HIV, o próprio tratamento da doença está associado a síndromes de dor, tendo um grande impacto da qualidade de vida. A dor na infecção pelo HIV tem múltiplas etiologias, incluindo a própria infecção, infecções oportunistas, doenças malignas relacionadas com a SIDA, e a toxicidade da própria medicação.

Existem também evidência científica de que a dor é um dos sintomas mais prevalentes em doentes com demência avançada, e que esta dor é subavaliada e subtratada.

Muitas das vezes a dor é mais temida por parte dos doentes, do que a própria morte. (Gonçalves, 2011)

A dor, de acordo com a *International Association for the study of Pain*, é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual atual, potencial ou descrito em termos de tal dano. A dor é sempre subjetiva. (Gonçalves, Controle de Sintomas no Cancro Avançado, 2011)

No caso da dor oncológica, esta pode ser influenciada por vários fatores, tais como a idade do doente, o tipo de neoplasia e sua localização, a extensão da doença e a presença de metástases ósseas.

A vivência prolongada da dor oncológica, atrai frequentemente consigo sentimentos como a ansiedade, a angústia, a revolta e a depressão, normalmente associadas a alterações nos relacionamentos familiares e sociais, à diminuição ou interrupção da atividade laboral, à perda de estatuto social e auto-imagem, levando a um grande impacto na qualidade de vida da pessoa que a vivencia e dos que a rodeiam, tornando-se assim devastador. Quando a dor não é aliviada, pode tornar-se no centro da vida de um ser humano, por conter elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais (dor total). (Ritto, et al., 2012)

A dor oncológica pode surgir de três fontes. Os tumores podem causar dores de dois grandes tipos, consoante o mecanismo de ação: nociceptiva – quando há uma ativação dos recetores nociceptivos (somática e visceral); e neuropática – quando há uma destruição, infiltração ou compressão do nervo (disestética e lancinante).

A dor somática é provocada por tumores que se infiltram no tecido cutâneo ou conjuntivo (músculo, osso e vasos sanguíneos). Um exemplo comum de dor somática são as metástases ósseas.

A dor visceral resulta do envolvimento de órgãos, tal como metástases intra-abdominais, hepáticas ou cancro do pâncreas.

A dor neuropática é causada pelo envolvimento de fibras nervosas ou de tecido do sistema nervoso central, como a neuropatia periférica.

Na patologia oncológica podem coexistir vários tipos de dor, mas a mais frequente é a dor nociceptiva somática. No entanto, a dor neuropática quando associada (dor mista), ou isoladamente, pode compreender vários tipos de dor por disfunção total ou parcial do sistema nervoso central ou periférico (plexopatias, síndrome de compressão medular, dor radicular, polineuropatias). (Ritto, et al., 2012)

As localizações anatómicas da dor oncológica crónica, mais frequentemente referidas pelos doentes são: a coluna vertebral (36%), abdómen (27%), tórax (24%), membros inferiores (22%), cabeça e pescoço e região pélvica (17%), membros superiores (11%) e região perianal (7%.) (Ritto, et al., 2012)

A causa mais comum da dor oncológica deve-se à metastização óssea, frequente nos cancros da mama, próstata e pulmão. E estima-se que 80% da dor oncológica esteja relacionada com o tumor, no entanto existem cerca de 20% relacionada com os tratamentos da doença. Existem ainda uma pequena percentagem de fatores que causam dor significativa e que não estão relacionados com o cancro, como por exemplo as enxaquecas ou a artrite. Relativamente à dor relacionada com o tratamento da doença está relacionada com: os efeitos adversos da quimioterapia (mucosite, polineuropatias), com a cirurgia (dor fantasma e dor do coto), e com a radioterapia (radiodermite, mielopatias, enterite). (Ritto, et al., 2012)

A avaliação global do doente é a base principal para uma atuação eficaz. Tendo como ponto de partida as queixas algícas do doente, a equipa de saúde é responsável por explorar os fatores determinantes dessa dor, tais como: as características da dor (evolução, localização, tipo, intensidade), fatores de alívio e agravamento, estratégias de coping, a interferência nas suas atividades de vida, sintomas associados, e como é a vivência da mesma por parte do doente e família. (Ritto, et al., 2012)

Existem hoje em dia vários instrumentos para a avaliação da dor, tais como escalas (escala de faces de Wong-Baker, escala de avaliação numérica), questionários (questionário de dor neuropática) ou através da visibilidade que o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, tem da avaliação da dor.

O controlo da dor é um objetivo prioritário no doente oncológico. Pretende proporcionar o seu alívio, de modo a permitir que o doente realize as suas atividades de vida diárias sem desconforto. O controlo da dor no doente oncológico tem por base terapêuticas adequadas ou controlo cancro, medidas farmacológicas para lidar com a perceção de dor do doente, e medidas não-farmacológicas para proporcionar mais alívio. Alguns tratamentos adequados e muito utilizados no controlo da dor são a quimioterapia, radioterapia e cirurgia. A farmacoterapia, como várias classes de fármacos é a base para o controlo da dor.

Quanto às medidas farmacológicas para controlo da dor, a Organização Mundial de Saúde (OMS), possui uma escala analgésica para o controlo da dor oncológica, baseada na intensidade da dor, constituída por três degraus. O degrau um é reservado para doentes com dor ligeira. Se a dor for mais intensa, ou estiver a ter um impacto significativo na capacidade funcional do doente, deve ser considerado o degrau 2 ou 3. No degrau um são utilizados de analgésicos não opióides, tais como o paracetamol, fármacos anti-inflamatórios não-esteroides (AINE's) e salicilatos (ácido acetilsalicílico). No degrau dois são utilizados os opióides fracos, como a codeína ou o tramadol para controlo da dor moderada. O degrau três utiliza opióides fortes, e pretende controlar a dor moderada a intensa, em doentes que não responderam a doses máximas de tratamento no degrau dois. Existem neste degrau uma enorme variedade de opióides fortes, tais como morfina, buprenorfina, hidromorfona, oxicodona, fentanil e metadona. Em qualquer um dos degraus podem ser utilizados adjuvantes, ou seja, fármacos que têm indicação primária para além da dor, mas que possuem propriedades analgésicas (antidepressivos, corticosteroides ou anticonvulsivantes, por exemplo), se necessário. Em casos de cancro em estágio avançado, o papel dos analgésicos de degrau um fica limitado a uma baixa eficácia. Na grande parte dos casos é necessário o recurso a opióides fortes para um eficaz controlo da dor. É comum ocorrerem erros como manter um doente com um analgésico fraco (degraus um e dois) apesar de um controlo precário da dor. (Pereira J. L., 2010)

A grande maioria dos fármacos supracitados para o controle dos sintomas enunciados são, preferencialmente, a via oral, subcutânea e rectal, de acordo

com a filosofia dos cuidados paliativos, por serem mais cómodas e de igual modo eficazes, desde que não haja contra-indicações. No entanto, se o doente possuí um cateter endovenoso, central ou periférico, à *priori*, este pode ser de igual modo utilizado, podendo ser bastante útil em grande parte dos casos, fundamentalmente ao nível do controlo da dor. Sendo a dor um dos sintomas mais prevalente, e transversal a todas as tipologias de doentes referidos, em capítulos anteriores, submetidos a cuidados paliativos, será feita de seguida uma abordagem, mais pormenorizada, das vias de administração de analgésicos.

2.4.4.1. Vias de administração de analgésicos

A escolha da via de administração de um fármaco analgésico é feita em função do doente, respeitando a idade do mesmo, o seu estado de consciência, dependendo da situação da doença, da necessidade de um início de ação mais ou menos rápido, das características do fármaco a utilizar e do tipo de ação que se pretende obter. (Ritto, et al., 2012)

As principais vias de administração de fármacos analgésicos são: a via oral, a via oral transmucosa (via sublingual), a via retal, a via transdérmica, a via parentérica (via subcutânea, endovenosa e intramuscular), a via espinhal (via epidural e via intratecal. (Ritto, et al., 2012)

A via oral é a via de administração de preferencialmente escolhida, por ser simples e segura, sendo facilmente aceite pelo doente. Tem como principais vantagens o poder de auto-administração, ser económica e indolor para o doente. (Ritto, et al., 2012)

A via oral transmucosa permite uma rápida absorção do fármaco e um rápido início de ação, devido ao facto de ter uma grande área de superfície e muito vascularizada.

Na via sublingual, o fármaco é administrado sob a língua, sendo absorvido diretamente para a circulação sanguínea. Esta via é bastante útil em situações de emergência, no entanto não existem no mercado muitos fármacos disponíveis para esta via de administração. (Ritto, et al., 2012)

A via retal é normalmente utilizada em casos de doentes não cooperantes ou inconscientes, ou quando há a impossibilidade de usar a via oral. Uma vez que a parede do reto é também bastante vascularizada, permite uma absorção rápida do fármaco administrado. Existe no entanto, um grande perigo de expulsão do fármaco, e não existem também muitos fármacos analgésicos no mercado adequados a esta via. (Ritto, et al., 2012)

A via transdérmica é utilizada quando se pretende que haja uma administração contínua de fármacos. No entanto, existem algumas limitações que podem afetar a absorção do fármaco pela pele, tal como nos casos de queimadura ou inflamação da derme. É uma via de administração bem tolerada pelos doentes e familiares, tem um baixo risco de sobredosagem e tem um risco diminuído de efeitos adversos. (Ritto, et al., 2012)

A via subcutânea é um método cómodo e eficaz, sendo a técnica invasiva menos agressiva. É uma via económica e acessível em regime de ambulatório, e é muito útil quando é necessário um rápido início de ação. Tem uma absorção lenta e constante, proporcionando um efeito sustentado. Há que ter em atenção o facto de determinados fármacos serem irritantes para os tecidos, podendo provocar dor e necrose dos mesmos. (Ritto, et al., 2012)

A via intramuscular é uma via pouco utilizada no tratamento da dor crónica, pois possui algumas limitações, tais como a absorção ser comprometida de acordo com o local da injeção, e poder estar diminuída em situações com o fluxo de sangue diminuído (hipotensão, hipotermia, hipovolémia). Tem no entanto, como vantagens ser um meio de fácil utilização e ter um efeito rápido e seguro, desde que a absorção não seja comprometida. (Ritto, et al., 2012)

A via espinal é utilizada quando se pretende um efeito local e rápido no sistema nervoso central (SNC), atendendo ao fato de grande parte das vias de administração limitarem a entrada do fármaco no SNC devido à passagem pela barreira hemato-encefálica. (Ritto, et al., 2012)

A via epidural é bastante utilizada para a administração de anestésicos locais, tendo um início de ação muito rápido. (Ritto, et al., 2012)

A via intratecal é utilizada quando existe a necessidade de administrar doses muito baixas de opióides, ou para administração de outros fármacos relaxantes ou antagonistas, por exemplo. (Ritto, et al., 2012)

A via endovenosa permite que se atinja rapidamente um alívio da dor, exigindo um acompanhamento mais rigoroso da resposta do doente, e só deve ser então utilizada quando há uma supervisão apropriada por profissionais de saúde, limitada assim ao regime de internamento ou ambulatório (hospitais de dia), na grande maioria das vezes. (Ritto, et al., 2012)

Tem como vantagem a possibilidade da manutenção de uma dose adequada à necessidade de controlo da dor no doente, sendo bastante útil em fases terminais de doença.

É claro, que num doente em fase terminal, não fará muito sentido a colocação de um cateter venoso, central ou periférico, em regime de ambulatório, ou até mesmo para a administração de terapêutica no domicílio, pois existem meios igualmente seguros e mais cómodos para o doente, para o efeito. No entanto, no caso de um doente que possua um cateter venoso central totalmente implantado, por exemplo um doente oncológico que possui um cateter para regime de quimioterapia, este pode ser bastante útil para a administração terapêutica, tendo em conta o seu número de vantagens e indicações, grande parte delas desconhecidas pelos próprios profissionais de saúde.

O principal objetivo da administração de um fármaco analgésico é adequar o fármaco ao doente, à sua situação clínica, com o maior conforto, eficiência e eficácia possíveis.

É importante realçar algumas medidas não-farmacológicas para o alívio da dor, existindo algumas estratégias que se revelam eficazes, tais como: relaxamento, atividades de entretenimento, meditação, hipnose, o uso de calor e frio, estimulação cutânea e as massagens. (Pereira J. L., 2010)

Existem, ainda, técnicas invasivas no tratamento da dor crónica, estando classificadas segundo a sua área de atuação, como por exemplo: bloqueios do sistema nervoso autónomo, de nervos periféricos ou do neuroeixo, entre outras técnicas. Estas técnicas podem ser usadas concomitantemente com as

terapêuticas convencionais para reduzir os efeitos adversos e/ou melhorar a sua eficácia analgésica, em qualquer das fases da doença.

Pode concluir-se que, a via endovenosa, podendo não ser a mais utilizada para a administração de fármacos em doentes paliativos, pode ser a que apresenta maiores benefícios, fundamentalmente para doentes neste estágio, com necessidade de internamentos prolongados, por exemplo para controlo sintomático ou para realização de tratamentos específicos nesta área.

3. CATETERES VENOSOS CENTRAIS

O recurso ao uso do cateter venoso central totalmente implantado remonta aos anos 50 do século XX. Foi Aubaniac (1952) que introduziu pela primeira vez em clínica médica o uso de um cateter venoso central, inserido através da veia subclávia. (Ganeshan, Warakaulle , & Uberoi, 2007) Três décadas depois, Niederhuber usou pela primeira vez para administração de quimioterapia, um reservatório venoso implantado no tecido subcutâneo. (Niederhuber, et al., 1982)

O cateter venoso central (CVC) é um dispositivo invasivo que estabelece a ligação entre o meio externo e uma veia central.

Existem vários tipos de cateteres centrais, sendo eles: não tunelizados, tunelizados, PICC (*peripherallyinserted central catheters*) e totalmente implantados. (Krzywda, 1998)

Os cateteres centrais têm vindo a ser progressivamente mais utilizados no cuidar de doentes que envolvem procedimentos terapêuticos complexos, como é o caso de um doente crítico ou de um doente oncológico.

Existem indicações específicas para a colocação deste tipo de dispositivos, tais como: realização de hemodiálise, administração terapêutica de longa duração, colheitas de sangue frequentes, transfusões sanguíneas, administração terapêutica de alguns fármacos que possam danificar a veia periférica - tal como quimioterapia, administração de alimentação parentérica, entre outros.

Deste modo, a seleção do tipo de cateter a colocar em cada paciente tem em conta vários fatores muito particulares, tais como a mobilidade do doente, o diagnóstico clínico, o risco de infeção, a manipulação por profissionais qualificados, entre outros aspetos.

De entre os tipos de cateter mencionados, o cateter venoso central totalmente implantado ganhou nos últimos anos um grande destaque, sendo utilizado essencialmente nos doentes que se encontram a realizar quimioterapia endovenosa.

4. CATETERES VENOSOS TOTALMENTE IMPLANTÁVEIS COM RESERVATÓRIO SUBCUTÂNEO

4.1. Definição

O cateter venoso central totalmente implantado (CVCTI) com reservatório subcutâneo, vulgarmente conhecido pelos profissionais de saúde por implantofix® (nome atribuído pela marca B. Braun®), consiste num sistema de acesso venoso a uma veia profunda (geralmente a veia subclávia). É um cateter fabricado com silicone ou poliuretano, em que o extremo distal se situa normalmente na veia cava superior, e o extremo proximal é fixado na câmara que é implantada no tecido subcutâneo do doente. Esta câmara ou reservatório subcutâneo é constituído normalmente por titânio, com uma membrana em silicone, onde são realizadas as punções. (Malcata & Pequito, 2007)

O cateterismo venoso central é um procedimento cada vez mais utilizado para garantir um acesso venoso duradouro a doentes com fragilidade vascular e cutânea, que necessitam de um tratamento prolongado, diminuindo-se assim o número de procedimentos dolorosos a que o doente será submetido.

Imagem 1– Cateter venoso central totalmente implantado: Vários modelos e tamanhos.



(Fonte: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Inser%C3%A7%C3%A3o_de_cat%C3%A9ter_de_longa_dura%C3%A7%C3%A3o_\(Implantofix,_Sitimplant,_Polysite%E2%80%A6\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Inser%C3%A7%C3%A3o_de_cat%C3%A9ter_de_longa_dura%C3%A7%C3%A3o_(Implantofix,_Sitimplant,_Polysite%E2%80%A6)))

4.2. Indicações

De acordo com a definição de cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo, são identificadas várias situações que levam à sua colocação, como por exemplo:

- Necessidade de infusão de fluidos quando não existe uma veia periférica adequada ou quando existe a impossibilidade de puncionar acessos periféricos;
- Necessidade de infusão de fármacos flebotóxicos durante um período de tempo prolongado, assim como antibióticos ou quimioterapia;
- Administração de soluções hiperosmolares, com uma osmolaridade bastante elevada, tal como a nutrição parentérica;
- Monitorização da pressão venosa central (PVC);
- Administração de sangue e hemoderivados;
- Colheita frequente de sangue para análises laboratoriais. (Calatayud, et al., 2006) (B Braun Medical, 2005)

4.3. Contra-Indicações

Como qualquer técnica cirúrgica, o cateterismo vascular tem um número de contraindicações, que podem ser absolutas, impedindo absolutamente a sua colocação, ou quando colocados, devem haver extrema atenção; ou relativas, que implicam avaliar a estrita necessidade da sua colocação, as vantagens para o doente e os possíveis inconvenientes.

Como contra-indicações absolutas existem:

- Trombose completa do sistema venoso profundo como na síndrome da veia cava superior;
- Febre de origem desconhecida ou de causa inexplicável;
- Neutropenia absoluta.

Como contra-indicações relativas:

- Alterações da coagulação: trombocitopenia, anticoagulação, ou coagulação intravascular disseminada;
- Choque séptico ou infeção não controlada;

- História clínica prévia de complicações com anterior acesso vascular;
- Doente não colaborante;
- Doente politraumatizado em que haja lesão da clavícula ou da veia subclávia;
- Irregularidades anatómicas ósseas, adenopatias cervicais ou mediastínicas, tumores dos tecidos moles, cirurgia torácica prévia, trajeto venoso anómalo conhecido, cirurgia reconstrutiva do pescoço;
- Doente com alergia conhecida ao material do dispositivo a implantar;
- Infecções ou processos inflamatórios/ dermatológicos na zona do implante do cateter;
- Doente com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) grave;
- Antecedentes de irradiação no local de colocação do cateter;
- Pneumonia bilateral;
- Neoplasia do pulmão. (Calatayud, et al., 2006)

4.4. Vantagens

Os cateteres venosos centrais totalmente implantáveis possuem uma série de vantagens que o tornam imprescindíveis para o tratamento de certas patologias, daí o seu grande desenvolvimento e uso na última década. Têm quase vindo a ser essenciais em vários tratamentos, tais como o do cancro – quimioterapia.

- Ter um acesso venoso central, rápido e fácil de utilizar por profissionais qualificados;
- Baixa taxa de complicações;
- Diminuição do risco de lesões nos tecidos periféricos devido a extravasamento de fármacos, diminuindo o risco de infeção e flebite;
- Menos suscetibilidade a infeções locais e sistémicas;
- Diminuição do traumatismo associado a sucessivas punções;
- Permite uma boa mobilidade e conforto para o seu portador, não interferindo com as suas atividades de vida;
- Possibilitam o tratamento em regime de ambulatório;

- O tempo de permanência do sistema de acesso venoso pode ser prolongado (anos), possibilitando um enorme número de punções. (Almeida, Pinheiro, Realista, Corte-Real, & Abranches, 2008) (Calatayud, et al., 2006)

Apesar de todas as vantagens, estes dispositivos pode também apresentar alguns inconvenientes, tais como o preço elevado do equipamento, a necessidade de profissionais especializados na sua manipulação ou a necessidade de os serviços possuírem material adequado para a sua punção – agulhas de Hubber (*cytocan*®).

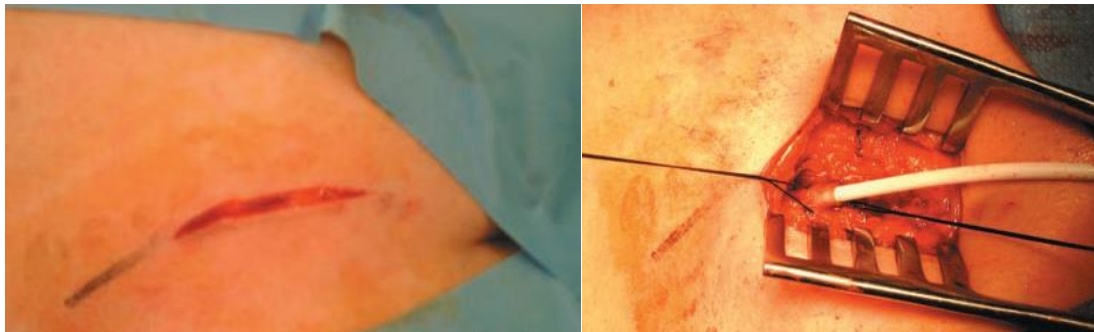
4.5. Colocação do cateter venoso central totalmente implantado

Em regime de ambulatório ou de internamento, a câmara é implantada cirurgicamente, com o doente sob anestesia local com sedação, ou sob anestesia geral, por um período de 30 a 40 minutos em média. (Malcata & Pequito, 2007)

Os reservatórios subcutâneos podem ser implantados na parede torácica ou na face interna do braço. Em casos de doentes em seja impossível a implantação no tórax, o reservatório pode também ser implantado na zona do ombro (trapézio).

O cateter é introduzido pela técnica de *Seldinger* na veia cava superior através das veias subclávia, cefálica ou jugular interna. A implantação normalmente é realizada através de uma pequena incisão subcutânea na área da fossa infraclavicular. O cateter termina numa veia de grande calibre do tórax, como a subclávia.

Imagens 2 e 3 – Incisão na pele para colocação do cateter; Introdução do cateter na veia cefálica.



(Fonte: Calatayud, J. M., Prado, A. V., Mas, J. C., Tarragón, A., Sayas, M., Vila, T., et al. (2006). *Sistemas de acceso venoso permanente con dispositivo de reservorio subcutáneo*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana)

A posição do cateter deverá ser confirmada após a sua colocação por radiografia ao tórax, não apenas para controlo, mas para despiste de possíveis complicações imediatas. Este tipo de cateteres pode ainda ser colocado com o auxílio de fluoroscopia - técnica radiológica que permite obter imagens em tempo real do paciente, que envolve radiação ionizante, no entanto é uma técnica bastante dispendiosa e que envolve o recurso a profissionais bastante especializados.

Deve também ser verificada se a ponta do cateter fica próxima ao átrio direito, de modo a que os batimentos cardíacos e a alta pressão venosa ajudem a manter a ponta do cateter livre de aderências e com menos hipótese de trombose. (Malcata & Pequito, 2007)

Quando a conexão do cateter ao reservatório está terminada, é feito um teste com soro fisiológico, para aferir a funcionalidade do dispositivo. Após os testes de correto funcionamento do cateter, a fixação deste dispositivo é efetuada de uma sutura com prolene® (polipropileno).

Imagem 4 – Punção do cateter após a sua colocação.



(Fonte: Calatayud, J. M., Prado, A. V., Mas, J. C., Tarragón, A., Sayas, M., Vila, T., et al. (2006). *Sistemas de acceso venoso permanente con dispositivo de reservorio subcutáneo*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana)

Deve haver, por parte do médico que coloca o cateter, a preocupação de o cateter não ficar muito profundo, de modo a facilitar a sua palpação e posterior punção. Outro dos aspetos a ter em conta, é que a sutura não fique, se possível, situada por cima do local de acesso do reservatório subcutâneo, para não dificultar a punção do cateter.

Deve ser dada particular atenção quando o cateter for implantado por cima da veia subclávia, é recomendável que o cateter seja introduzido fora do espaço costoclavicular. Pode ocorrer rutura do cateter na veia subclávia, e o risco de extravasamento de drogas infundidas e a embolização da extremidade distal podem ter consequências sérias, isto é, devido à rutura do cateter por este estar comprimido no espaço costoclavicular (fenómeno de “*pinch-off*”). Quando tal ocorre, deve haver uma vigilância mais rigorosa aos cateteres que são utilizados por longos períodos, ou em regime de ambulatório, mais do que em cateteres utilizados em curto prazo. Existem alguns sinais clínicos que indicam que o cateter está comprimido, tais como: o doente necessita de levantar o braço para permitir a infusão, dificuldade de aspiração ou infusão, dor subclavicular ou inchaço durante a infusão, palpitações ou desconforto no peito podem significar fratura do cateter. (B Braun Medical, 2005)

A primeira punção do cateter implantofix® só deve ser feita 48 a 72 horas após a sua colocação, porque pela necessidade de palpação do reservatório é criada uma pressão e há o risco de seroma, hematoma e de deiscência da sutura do local de inserção. (Calatayud, et al., 2006)

4.6. Aceção do cateter venoso central totalmente implantado

Para a aceção do cateter implantofix® é necessário o seguinte material:

- Agulha do tipo *Hubber (cytocan®)*;
- Luvas esterilizadas;
- Compressas esterilizadas;
- Desinfetante de acordo com as normas da comissão de controlo da infeção hospitalar – Neste momento no Hospital S.M., o antisséptico recomendado é a clorhexidina 2% solução alcoólica (*Skin-Prep®*) e em alternativa a iodopovidona 1% solução alcoólica (*Braunoderm®*);
- Anestésico tópico (*Xylocaína®* 10% spray, por exemplo);
- Agulha de diluição 18 G;
- Seringa de 20 ml;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Penso.

Ao proceder-se à punção do cateter implantofix® deve ser sempre utilizada técnica asséptica rigorosa e ter em conta alguns aspetos fundamentais:

1. Explicar todo o procedimento ao doente, de forma a obter a sua colaboração e consentimento;
2. Lavar as mãos;
3. Preparar todo o material necessário;
4. Deitar ou sentar confortavelmente o doente, numa posição que seja adequada à localização do reservatório;
5. Delimitar o local a puncionar;
6. Aplicar anestésico tópico;

7. Desinfetar o local a puncionar com solução recomendada pela comissão de controlo de infeção hospitalar, com movimentos circulares, do centro para a periferia, e deixar secar;
8. Preencher todo o prolongamento da agulha com soro fisiológico e clampar a agulha;
9. Com o dedo indicador, médio e polegar da mão não dominante, delimitar os bordos do reservatório e fixá-lo;
10. Pedir ao doente para efetuar uma inspiração forçada e reter o ar;
11. Simultaneamente à manobra anterior, espetar a agulha firmemente através da pele e membrana, na perpendicular desta, até que sinta a ponta da agulha atingir a base do reservatório;
12. Injetar soro fisiológico e verificar a permeabilidade do cateter. (Almeida, Pinheiro, Realista, Corte-Real, & Abranches, 2008)

Ao puncionar o cateter para testar a permeabilidade deve ser instilado soro fisiológico. No ato de instilar não se deve sentir resistência e ao aspirar com a seringa verifica-se o retorno de sangue para o prolongamento da agulha e seringa. Esta é uma certeza de que a agulha está devidamente colocada.

Existem, no entanto, alguns cateteres em que não há refluxo de sangue quando se aspira, mas que estão permeáveis. Tal facto pode ser explicado pelo fato da extremidade do cateter estar encostada à parede da veia e ao aspirar, existir colapso da veia, não havendo retorno de sangue.

Uma das técnicas vulgarmente utilizadas é a de solicitar ao doente que gire a cabeça para o lado contrário ou pedir ao doente para tossir.

Após a punção do cateter, se o objetivo for a administração de terapêutica ou hemoderivados, deve ser colocado um penso, se possível transparente, para a vigilância de possíveis complicações locais.

Dependendo do objetivo da aceção ao cateter, após a punção do mesmo, devem existir alguns cuidados, tais como:

- Se o recurso ao cateter for para colheita de sangue ou transfusão sanguínea, deve haver uma boa lavagem do mesmo, com soro fisiológico 0,9%, para impedir a formação de coágulos e posterior obstrução do cateter;

- Se o objetivo for a administração de terapêutica, independentemente do tipo da mesma (antibióticos, quimioterapia, alimentação parentérica), deve, também, ser efetuada, sempre, uma lavagem com soro fisiológico 0,9% (mínimo de 20 ml), entre cada fármaco e após a conclusão da administração de terapêutica.
- Se houver necessidade de manter o acesso ao cateter permeável, tal como num sistema venoso periférico, coloca-se um soro em curso para manutenção da via.

No fim da utilização do cateter, após a lavagem e heparinização do mesmo (explicado pormenorizadamente no sub-capítulo: manutenção), deve ser retirada a agulha. A técnica para remoção da agulha, de acordo com o protocolo do local onde trabalho, é a seguinte:

1. Pulverizar a agulha e a conexão da agulha com a solução desinfetante protocolada na instituição;
2. Se a agulha possuir clampe, este deve estar calmpado, para impedir o retorno venoso;
3. Deve agarrar-se a agulha com a mão dominante e, simultaneamente, com a outra mão, fixar convenientemente o reservatório do cateter;
4. Pedir ao doente para efetuar uma inspiração forçada e reter o ar;
5. Num movimento rápido e consistente deve puxar-se a agulha para fora do reservatório;
6. Fazer uma ligeira compressão no local da punção, com uma compressa esterilizada;
7. Deve desinfetar-se o reservatório subcutâneo do cateter e posteriormente aplicar um penso rápido no local da punção. (Almeida, Pinheiro, Realista, Corte-Real, & Abranches, 2008)

O acesso ao cateter faz-se através da punção da câmara do cateter com agulhas especiais, não medulares, do tipo retas ou anguladas. O uso de agulhas anguladas a 90° facilita a fixação do penso no local e são mais cómodas para o doente por ficarem alinhadas com a parede torácica. As agulhas com bisel lateral de tipo *Hubber*, como a *surecan*® ou a *cytocan*®,

estão adaptadas para serem usadas com sistemas implantáveis, ocasionam menos traumatismos e permitem um maior número de punções (aproximadamente 2000). Não são aconselháveis as agulhas hipodérmicas normais porque danificam o septo e podem provocar o bloqueio do sistema de acesso venoso através de pequenas partículas de silicone. (Malcata & Pequito, 2007)

O calibre das agulhas de *Hubber* a utilizar varia de acordo com o objetivo pretendido na punção do cateter. Normalmente é utilizada uma agulha de calibre 22 G quando o objetivo é a realização de quimioterapia. No caso de colheita de sangue ou heparinização do cateter devem utilizar-se agulhas de calibre 20 G, por terem um calibre maior e haver menos risco de obstrução. (Calatayud, et al., 2006)

A agulha deve ser inserida perpendicularmente ao reservatório, depois de ser localizada a câmara e a membrana. Deve perfurar-se a pele situada imediatamente por cima da membrana e, através desta, lentamente até que a ponta da agulha toque no fundo base do reservatório. Se a agulha não for inserida totalmente na câmara pode ficar apenas situada na membrana e causar o entupimento do cateter. É sempre aconselhável o uso de seringas com 10 ml de capacidade ou mais, uma vez que as seringas mais pequenas podem criar um excesso de pressão e provocar a quebra ou a desconexão do cateter. (Calatayud, et al., 2006)

No caso de obstrução do sistema, nunca se deve tentar desobstruir o bloqueio utilizando um fluido sob alta pressão, pois existe um risco elevado de fratura ou de migração do cateter. De acordo com o protocolo local de cada serviço, e, sob controlo médico, no caso de obstrução devido a depósitos lipídicos, pode aplicar-se álcool a 70% a cateteres de silicone. Não é aconselhável o uso de álcool em cateteres de poliuretano. No caso de obstrução por depósitos minerais, o ácido clorídrico 0,1 mol/l pode ser utilizado tanto para cateteres de silicone como de poliuretano.

Imagem 5 – Agulha de Hubber.



(Fonte: <http://www.bbraun.ph/cps/rde/xchg/cw-bbraun-en-ph/hs.xsl/products.html?prid=PRID00001116>)

4.7. Complicações

O cateter venoso central totalmente implantado, tal como qualquer cateter, não está isento de complicações aquando a sua colocação e posterior utilização. Deste modo, é crucial uma especial atenção de forma a evitar e despistar precocemente as complicações que podem surgir.

As complicações que podem surgir não são apenas operatórias, decorrentes da própria técnica cirúrgica da colocação do cateter (pneumotórax ou falso trajeto de cateter), podem ser também complicações imediatas ou tardias, de carácter local ou relacionadas com o próprio cateter.

As complicações locais podem ser: hemorragia, hematoma subcutâneo, reação inflamatória, infeção, ulceração ou necrose cutânea, embolia ou trombose venosa. As complicações mecânicas podem ser: fratura do cateter, migração da câmara, obstrução do cateter - por dobragem do cateter, bloqueio do extremo distal contra a parede vascular, compressão do cateter entre a clavícula e a primeira costela, oclusão por precipitação de fármacos ou coágulos. (Malcata & Pequito, 2007)

Os cateteres venosos centrais totalmente implantados, sendo dispositivos invasivos que estabelecem a ligação entre o meio externo e uma veia central, acarretam uma série de possíveis complicações, de onde se destaca as do foro infeccioso, por serem as mais frequentes. São consideradas complicações infecciosas as que se relacionam com o local de inserção do cateter, e, também,

as infecções sistêmicas que ocorrem como resultado da presença direta do cateter e da manipulação frequente.

O contacto do cateter com a corrente sanguínea acarreta um risco iminente de disseminação, principalmente de bactérias, desencadeando posteriormente bacteriemia.

A infecção relacionada com o CVC é apontada, em vários estudos, como sendo a principal causa do aumento da morbidade, mortalidade e dos custos adicionais nos cuidados de saúde (Alminhas & Nunes, 2012)

A fisiopatologia da infecção da corrente sanguínea associada a estes dispositivos tem vindo a ser bastante estudados nos últimos anos. Sabe-se que a colonização da porção endovascular do cateter precede a infecção, e pode desenvolver-se por duas vias: intraluminal e extraluminal. (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010)

Um dos fatores determinantes no desenvolvimento de infecções é a formação de um biofilme pelas bactérias, fator que contribui para a oclusão do cateter. As observações de biofilmes foram, inicialmente, feitas por Antonie Van Leeuwenhoek, no entanto, a primeira publicação detalhada que descreve biofilmes foi realizada por Zobell em 1943.

O biofilme é um fenómeno caracterizado pela aderência, multiplicação e formação de uma comunidade de microrganismos estruturada, fechada e protegida numa matriz, onde estes cooperam mutuamente, para se protegerem de um ambiente hostil, composto por neutrófilos e antimicrobianos. (Donlan, 2001)

Os microrganismos que são isolados com maior prevalência em CVC são por exemplo: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, e *Pseudomonas aeruginosa*. (Donlan, 2001)

O grande problema da formação de um biofilme é a enorme resistência que este tipo de bactérias, agregadas, possui relativamente aos agentes antimicrobianos.

As infecções relacionadas com o cateter têm origem multifactorial e complexa. São consideradas potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares: as mãos dos profissionais, a microflora da pele do doente, a

ponta do cateter contaminada durante a inserção, a colonização das conexões do cateter, os fluidos contaminados e a via hematogénea. (Silva, Oliveira, & Ramos, 2009)

Das medidas de prevenção que têm sido estudadas, as mais eficazes são o cateter central e as linhas de infusão, daí a necessidade: da aplicação de protocolos de cuidados atualizados; da formação e treino dos profissionais que manuseiam este tipo de dispositivos; da escolha do tipo de cateter e do local de inserção; da desinfeção da pele na colocação e no manuseamento do cateter; do tipo de penso utilizado e, ainda, do cuidado com o manuseamento das linhas de infusão. (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010)

Cabe, assim, aos profissionais de saúde um melhor conhecimento e domínio sobre o recurso aos cateteres implantados, sua manipulação, respeitando a assepsia do mesmo, de modo a minimizar as complicações tendo em conta que grande parte dos portadores tem baixa imunidade, uma vez que estão sob tratamento de quimioterapia.

4.8. Sinais de comprometimento do funcionamento do cateter

Existem alguns sinais clínicos que podem indicar que a permeabilidade e a integridade do CVCTI pode estar comprometida, de entre eles ressaltam-se:

- O doente tem de elevar o braço para permitir a infusão;
- Funcionamento intermitente do cateter;
- Dificuldade em aspirar ou infundir;
- Dor subclavicular ou edema local, durante a infusão;
- Palpitações ou desconforto no peito. (Almeida, Pinheiro, Realista, Corte-Real, & Abranches, 2008)

Quando o doente apresentar algum destes sinais/sintomas deve ser contactado o médico assistente para observar o doente e despistar a existência de alguma complicação com o CVCTI.

4.9. Considerações gerais no manuseamento do cateter

De forma a existir um correto manuseamento do cateter venoso central com reservatório subcutâneo, é fundamental existirem alguns cuidados e/ou precauções com o dispositivo, nomeadamente:

- Assegurar que o doente tem conhecimento do procedimento a que vai ser sujeito e obter o seu consentimento e colaboração;
- Na existência de sinais inflamatórios, não deve ser utilizado o cateter, e deve ser informado o médico assistente;
- A manipulação do cateter deve ser feita com estrita técnica asséptica, de modo a prevenir a contaminação do mesmo;
- Devem ser alternados os pontos de punção da agulha sobre a pele;
- Na mesma utilização deve-se evitar a realização de múltiplas picadas, de forma a reduzir o risco de infeção;
- Após a punção deve evitar rodar-se a agulha dentro do reservatório, para não haver lesão da membrana e não aumentar o orifício da punção, aumentando o risco de infeção e extravasamento;
- Deve deixar-se sempre o clampe do prolongamento da agulha fechado, pelo risco de refluxo. (Malcata & Pequito, 2007)

4.10. Manutenção

Como já foi anteriormente descrito, a aceção ao cateter pode ser feita com vários objetivos. Independentemente de qual for o objetivo da punção do cateter é crucial haver uma boa limpeza do cateter, para permitir uma permeabilidade mantida do acesso e reduzir a taxa de complicações do mesmo.

Sempre que o cateter for utilizado, no fim da utilização, deve ser feita uma lavagem com soro fisiológico 0,9%, seguida da heparinização do cateter. Este procedimento será realizado, sempre, que o cateter não esteja a ser utilizado num período que não está bem definido. Este período pode variar de acordo com o fabricante do cateter, ou com o protocolo de cada hospital e/ou serviço. De acordo com a principal marca de fabricante deste tipo de cateteres, a *B*

Braun®, a periodicidade recomendada para a heparinização do cateter é entre 4 a 6 semanas. No caso de outra literatura pesquisada, o intervalo varia entre 4 semanas e 4 meses. No serviço onde trabalho o intervalo recomendado aos doentes é de 8 em 8 semanas e a taxa de oclusão ou infecção dos doentes que acompanho é praticamente nula.

A heparinização do cateter consiste então na introdução de uma solução de heparina sódica (anti-coagulante) diluída em soro fisiológico 0,9%, ou então uma solução pronta, por exemplo fibrilin ®, que contém 20UI de heparina sódica por cada mililitro. No caso da utilização da heparina, a diluição mais comumente utilizada, descrita na literatura, é de 1 ml de heparina (5000 UI) em 9 ml de soro fisiológico 0,9%, e de seguida administram-se entre 5 a 7 ml desta solução diluída. A quantidade de ml a administrar depende também do protocolo de cada serviço, sendo que, no local onde trabalho é utilizado a solução pronta de *fibrilin*® e administrados 3 ml, posteriormente à lavagem prévia do cateter, com cerca de 20 ml de soro fisiológico 0,9%.

A heparinização do cateter permite manter a permeabilidade, prolongando a sua vida, e evitando a substituição do mesmo por obstrução. A técnica asséptica é utilizada na heparinização do cateter.

É fundamental que o portador deste tipo de dispositivo tenha conhecimento da necessidade de heparinização do mesmo, de forma periódica, sempre que este não está a ser utilizado, de modo a manter o cateter permeável e funcional.

É normalmente fornecido a todos os portadores do cateter venoso central totalmente implantado um cartão com toda a informação inerente ao mesmo (modelo, lote, posição e contato de urgência do médico ou hospital). Este mesmo cartão deve encontrar-se sempre com o portador.

Relativamente ao tempo de permanência da agulha no cateter, esta deverá ser trocada de 7 em 7 dias quando existe a necessidade de utilização prolongada do cateter. (Malcata & Pequito, 2007)

A correta manutenção do acesso vascular implica, também, a mudança de sistemas de perfusão respeitando a periodicidade recomendada pelo manual da comissão de controlo de infeção hospitalar.

A mudança dos sistemas de perfusão deve ser feita de 72 em 72h, à exceção do caso dos compostos lipídicos e hemoderivados, nesses casos deve ser feita a mudança de 24 em 24h. No caso específico do *propofol*®, pela agressividade deste composto no material do sistema, a mudança deve ser feita a cada 12 – 24h no máximo. (Andrade, Pais, Carones, & Ferreira, 2010)

Todas as torneiras e conectores de pressão positiva (dispositivos que visam diminuir a taxa de oclusão do cateter) são trocados com a mesma periodicidade dos sistemas a que estão conectados. Os conectores de pressão positiva devem ser manipulados com uma correta desinfecção antes de cada manipulação, se não for possível é preferível a utilização de tampas obturadoras e sua substituição a cada manipulação. (Andrade, Pais, Carones, & Ferreira, 2010)

No caso do penso, se for realizado com compressa, deve ser trocado a cada 48h uma vez que este não permite a visualização do local de inserção. No caso de se tratar de um penso transparente e transpirável, pode ser trocado de 5 a 7 dias. O penso deve ser mudado sempre que se encontre repassado, húmido ou descolado. (Andrade, Pais, Carones, & Ferreira, 2010)

5. METODOLOGIA

5.1. Tipologia do Estudo

O presente trabalho é um estudo misto: quantitativo porque pretende “estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio de verificação de hipóteses, predizer resultados de causa e efeito ou verificar teorias (...)”; e qualitativo porque “o investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los”. (Fortin, 2009)

Pretende-se, fundamentalmente, obter resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares.

É um estudo exploratório, uma vez que o tema escolhido é pouco pesquisado e se pretende obter maior conhecimento sobre o fenómeno; e descritivo, porque se pretende descobrir algumas características fundamentais de conjuntos homogéneos de fenómenos. (Vilelas, 2009)

5.2. Objetivos

5.2.1. Gerais

- Compreender o conhecimento que os enfermeiros dos vários setores do serviço de Medicina, assumem ter sobre o cateter venoso central totalmente implantado;
- Reconhecer as possíveis diferenças de conhecimento do recurso ao cateter venoso central totalmente implantado, entre os vários setores.

5.2.2. Específicos

- Discriminar as situações em que os enfermeiros recorrem à utilização do cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;

- Analisar se os enfermeiros reconhecem vantagens na utilização do cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;
- Interpretar as razões que levam os enfermeiros a não utilizarem o cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo no âmbito da administração terapêutica em cuidados paliativos.

5.3. População-alvo e Amostra

A população do estudo são os enfermeiros do hospital onde trabalham, que prestam cuidados diretamente a doentes em situação paliativa, que possuam cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo, dos 4 serviços de Medicina do hospital supracitado.

A amostra é intencional, não probabilística, sendo constituída pelos enfermeiros de quatro serviços de Medicina do Hospital SM: sectores A, B, C e D, composta por 60 enfermeiros. Foram escolhidos estes serviços de Medicina Interna por prestarem cuidados a um grande número de doentes com carácter de palição.

Os critérios de inclusão na seleção da amostra são: exercer funções no Hospital SM há pelo menos 6 meses, exercer atividade em tempo total nos referidos serviços de medicina interna e que queiram participar voluntariamente no estudo.

5.4. Variáveis dependentes e independentes

Com base no questionário elaborado, que pretende avaliar o conhecimento dos enfermeiros dos referidos serviços sobre o CVCTI, as variáveis dependentes estão presentes no questionário em forma de indicadores.

Como variável independente do estudo, utilizou-se o serviço de Medicina, variando entre os setores A, B, C e D.

5.5. Instrumentos de recolha de dados

Um instrumento de recolha de dados é um recurso que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação (Vilelas, 2009). O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo foi o inquérito por questionário, elaborado de forma a permitir o conhecimento da perceção sobre a importância do manuseamento com cateter venoso central totalmente implantado em doentes paliativos. O instrumento pode ser consultado no Apêndice I.

Tendo por base o estudo quantitativo, foi utilizado um questionário com perguntas fechadas, pois segundo Vilelas (2009) permite objetivar as questões e não permitir que estas sejam ambíguas.

No entanto, existiram algumas questões de resposta aberta no questionário, pois houve a preocupação de não extrair apenas indicadores quantitativos, mas também qualitativos. Para isso, deu-se a possibilidade de os respondentes responderem de forma aberta à opção “outras”, existindo também quatro questões de resposta aberta na parte final do questionário, que se referem a procedimentos do CVCTI, em que foi realizada análise de conteúdo.

O questionário é dividido em duas partes: na primeira pretende-se caracterizar a amostra, e portanto incluí questões sobre a idade, género, formação, entre outras. A segunda parte do questionário é constituída pelas questões relacionadas com o tema da pesquisa.

5.5.1. Pré Teste

Antes da utilização definitiva do questionário, foi verificada a sua consistência, através da realização do pré-teste, na qual se fez a aplicação daquele a 10 enfermeiros de outro setor, a que se pode chamar setor X, tendo-se reajustado o questionário com base nas sugestões obtidas, tais como inserir no questionário questões relacionadas com a periodicidade de mudança da agulha e do sistema de soro, dos cuidados a ter após a administração terapêutica, entre outros. Foram também realizadas alterações no vocabulário para que este fosse mais perceptível por parte dos participantes.

Após a retificação e clarificação da mesma com os sujeitos a pré-teste, passou-se à construção do questionário final.

5.5.2. Teste

Antes da aplicação do questionário definitivo foi efetuado e autorizado o pedido de realização do estudo à Comissão de Ética do Hospital.

Foram salvaguardados os aspetos éticos da aplicação, tais como o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Foi explicado o intuito do estudo às Sr.^{as} Enf.^{as}. Chefes, de cada serviço de Medicina 2 (Setor A, B, C e D), pedindo, simultaneamente, que fizessem a entrega dos questionários aos respetivos enfermeiros prestadores de cuidados dos mesmos serviços, sendo dada a informação sobre a data limite para a sua recolha.

5.6. Procedimento

A aplicação dos questionários decorreu entre Agosto e Setembro de 2013. Os participantes preencheram individualmente o questionário, sendo facultadas instruções necessárias para o seu preenchimento, juntamente com o consentimento informado – Apêndice II. Foi solicitado que lessem atentamente cada uma das afirmações presentes no questionário. O tempo de preenchimento médio foi de 15 minutos. Após o preenchimento, os questionários foram então recolhidos, juntamente com o consentimento informado.

5.7. Análise de Dados

Os dados foram tratados e analisados com recurso ao programa informático SPSS® v21.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows®, para posterior discussão dos resultados e apresentação das conclusões.

Nas questões em que se apresentou a opção de resposta aberta, foi realizada a análise de conteúdo das mesmas, de acordo com Bardin (2013). As respostas dos enfermeiros foram registadas, identificadas e agrupadas em função das unidades de enumeração e unidades de registo. Depois de trabalhadas, foram analisadas também em SPSS®.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados de Excel® 2010 e o tratamento estatístico a que foram posteriormente sujeitos, foi efetuado recorrendo ao programa IBM-Statistical Package for Social Sciences® versão 21.0 para o sistema operativo Windows®. Para as variáveis demográficas, não se verificaram respostas em falta. Foram distribuídos equitativamente pelos 4 setores, 60 questionários, obtendo 49 respostas. Constatou-se que as respostas em falta no questionário ocorreram, nos capítulos sobre: aceção do cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo (CVCTI) sendo inferiores a 14,3%; e na manipulação do CVCTI inferiores a 2,0%. A análise estatística foi realizada omitindo-se os participantes com respostas em falta.

O teste paramétrico, análise de variância (ANOVA) foi aplicado para comparar médias de três ou mais grupos. Este teste foi aplicado devido à sua potência estatística (Marôco, 2010). Para comparações de proporções (testagem de associação entre variáveis qualitativas) foi aplicado o teste do Chi-Quadrado de independência e a respetiva análise dos resíduos estandardizados ajustados. Todos os testes foram realizados para um nível de significância de 0,05.

No presente estudo foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por 49 enfermeiros dos serviços de medicina do Hospital SM, sendo que destes, 81,6% eram do sexo feminino (n = 40) e 18,4% eram do sexo masculino (n = 9), com idades compreendidas entre os 24 e os 53 anos (M = 30,3; DP = 6,47).

6.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Antes da apresentação dos resultados da perceção sobre a aceção e manipulação do CVCTI, é importante a caracterização dos enfermeiros em função do setor hospitalar.

Para a caracterização dos participantes foram cruzadas as variáveis socio-laborais em função dos vários setores. As seguintes tabelas apresentam as frequências absolutas e percentagens em relação às categorias das variáveis

supramencionadas (qualitativas) e a média com o respetivo desvio-padrão para a variável idade (quantitativa).

Os resultados permitem verificar uma maior proporção de enfermeiras do que enfermeiros, com, pelo menos um rácio de 4:1 em todos os setores.

Tabela 1. Caracterização dos enfermeiros em termos de sexo, estado civil e idade em função do setor

<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	<i>Setor A</i>		<i>Setor B</i>		<i>Setor C</i>		<i>Setor D</i>	
		<i>(n=12)</i>		<i>(n=15)</i>		<i>(n=11)</i>		<i>(n=11)</i>	
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo	Masculino	3,0	25,0	3,0	20,0	2,0	18,2	1,0	9,1
	Feminino	9,0	75,0	12,0	80,0	9,0	81,8	10,0	90,9
Estado civil	Solteiro	7,0	58,3	10,0	66,7	9,0	81,8	8,0	72,7
	Casado	5,0	41,7	4,0	26,7	2,0	18,2	3,0	27,3
	Divorciado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Viúvo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	União de facto	0,0	0,0	1,0	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0
		<i>Setor A</i>		<i>Setor B</i>		<i>Setor C</i>		<i>Setor D</i>	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade		28,42	4,93	31,33	7,40	32,55	7,80	29,45	6,52

No que concerne ao estado civil, verificou-se uma maior percentagem de solteiros em todos os setores. Contudo, no setor A, essa a diferença percentual entre solteiros e casados foi menos saliente. Apenas 1 enfermeiro (6,7%), pertencente ao setor A, referiu estar em união de facto. Nenhum enfermeiro mencionou ser divorciado ou viúvo.

No que concerne à idade, os enfermeiros do setor C apresentaram a maior média de idades (M =32,55) e os enfermeiros do setor A a menor (M = 28,42).

Tabela 2. Caracterização dos enfermeiros em termos de habilitações literárias, em função do setor

<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	<i>Setor A</i>		<i>Setor B</i>		<i>Setor C</i>		<i>Setor D</i>	
		<i>(n=12)</i>		<i>(n=15)</i>		<i>(n=11)</i>		<i>(n=11)</i>	
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Habilitações literárias	Bacharelato	0,0	0,0	1,0	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0
	Licenciatura	10,0	83,3	13,0	86,7	10,0	90,9	10,0	90,9
	Mestrado	2,0	16,7	1,0	6,7	1,0	9,1	1,0	9,1
	Doutoramento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Outro	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Para as habilitações literárias, a licenciatura foi a categoria melhor representada, acima dos 83%, em todos os setores. O setor A contava com dois Mestres (16,7%), não existindo qualquer enfermeiro doutorado em nenhum dos setores.

Tabela 3. Caracterização dos enfermeiros em termos de escolas de enfermagem, em função do setor

<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	<i>Setor A</i>		<i>Setor B</i>		<i>Setor C</i>		<i>Setor D</i>	
		<i>(n=12)</i>		<i>(n=15)</i>		<i>(n=11)</i>		<i>(n=11)</i>	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Escola de Enfermagem	ESEL	2,0	16,7	1,0	7,1	2,0	18,2	3,0	30,0
	Universidade Atlântica	4,0	33,3	0,0	0,0	1,0	9,1	0,0	0,0
	ESS S. Vicente Paulo	2,0	16,7	1,0	7,1	1,0	9,1	0,0	0,0
	ESS Guarda	1,0	8,3	0,0	0,0	1,0	9,1	1,0	10,0
	ESS Ribeiro Sanches	1,0	8,3	1,0	7,1	1,0	9,1	1,0	10,0
	ESS Santarém	0,0	0,0	1,0	7,1	1,0	9,1	0,0	0,0
	ESS Leiria	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	9,1	0,0	0,0
	ESE Francisco Gentil	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	9,1	0,0	0,0
	ESS CVP	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	9,1	0,0	0,0
	ESS Lopes Dias -CB	0,0	0,0	1,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	ESS Imaculada Conceição	0,0	0,0	1,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	ESS S.F. Misericórdias	1,0	8,3	1,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	ESS Ângelo Fonseca	0,0	0,0	1,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	ESS Portalegre	0,0	0,0	1,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	ESS Bissaya Barreto	0,0	0,0	1,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	ESS Calouste Gulbenkian	0,0	0,0	1,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	EES Angra do Heroísmo	0,0	0,0	1,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	Universidade	0,0	0,0	1,0	7,1	0,0	0,0	1,0	10,0

Católica									
Krankenhaus in Neheim	0,0	0,0	1,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ESE Coimbra	1,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	10,0	
ESS Viana do Castelo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	10,0	
ESS Santa Maria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	10,0	
Universidade Minho	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	10,0	
ESS Egas Moniz	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	9,1	0,0	0,0	

Em relação ao local de formação superior, e nomeadamente no setor A, constatou-se uma percentagem superior de enfermeiros com formação na Universidade Atlântica (33,3%; n = 4) e na ESS São Vicente de Paulo (atual Universidade Católica Portuguesa) e ESEL (16,7%; n = 2) comparativamente aos outros locais de formação. Já nos Setores C e D foi verificada uma maior percentagem de enfermeiros com formação na ESEL (18,2%; n = 2) e (30%; n = 3), respetivamente.

Tabela 4. Caracterização dos enfermeiros em termos de anos de experiência profissional, e experiência profissional no serviço em função do setor

<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	Setor A		Setor B		Setor C		Setor D	
		(n=12)		(n=15)		(n=11)		(n=11)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Anos de experiência profissional	<1 ano	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	1 a 3 anos	4,0	33,3	4,0	26,7	2,0	18,2	5,0	45,5
	4 a 6 anos	6,0	50,0	5,0	33,3	4,0	36,4	2,0	18,2
	7 a 10 anos	1,0	8,3	3,0	20,0	2,0	18,2	3,0	27,3
	>10 anos	1,0	8,3	3,0	20,0	3,0	27,3	1,0	9,1

Anos de experiência profissional no serviço onde exerce a atividade profissional	<1 ano	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	9,1	0,0	0,0
	1 a 3 anos	4,0	33,3	5,0	33,3	3,0	27,3	6,0	54,5
	4 a 6 anos	8,0	66,7	5,0	33,3	3,0	27,3	2,0	18,2
	7 a 10 anos	0,0	0,0	2,0	13,3	2,0	18,2	3,0	27,3
	>10 anos	0,0	0,0	3,0	20,0	2,0	18,2	0,0	0,0

Em relação aos anos de experiência profissional, foi verificado que a categoria dos “4-6 anos” estava melhor representada em todos os setores, exceto no setor D, onde a categoria melhor representada foi a “1-3 anos” (45,5%; n=5).

No que diz respeito aos anos de experiência profissional no serviço onde o enfermeiro(a) exerce a sua atividade profissional, verificou-se que no setor A, a maior parte tinha entre 4-6 anos de serviço (66,7%; n=8). Já no setor D a maior parte dos enfermeiros mencionaram ter 1-3 anos de experiência (54,5%; n=6). Nos outros setores foi verificada uma representação homogênea das categorias.

6.2. Aceção do Cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo (CVCTI) – em função do setor

Com o objetivo de avaliar a aceção do CVCTI, em função dos diferentes setores, foram criadas tabelas de contingência e aplicados quis-quadrado de associação para os indicadores presentes no questionário. A apresentação gráfica dos resultados foi utilizada sempre que o teste aplicado apresentasse significância estatística.

No que concerne à questão “Considera que está bem informado sobre o recurso a este tipo de cateter?”, foi encontrada uma associação significativa

entre a informação possuída em função do setor $\chi^2(3) = 8,00$; $p = .046$ (Tabela 5).

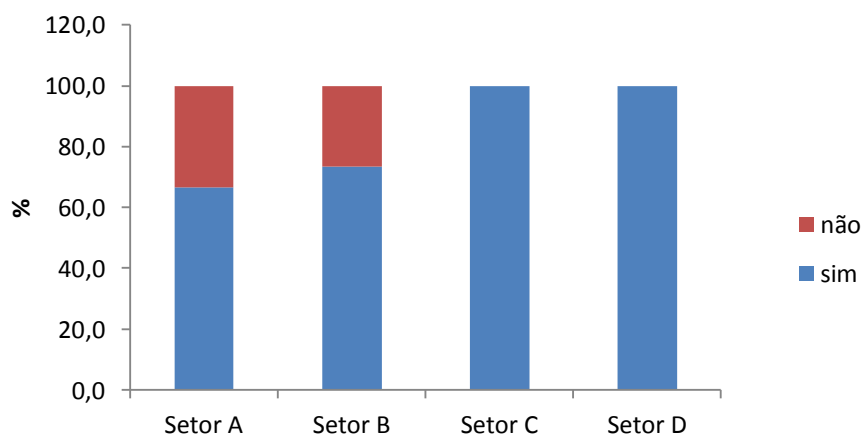
Tabela 5. Frequências absolutas e percentagens sobre a informação adequada do recurso a CVCTI, em função do setor

	Setor A		Setor B		Setor C		Setor D		χ^2
	(n=12)		(n=15)		(n=11)		(n=11)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sim	8	66,7	11	73,3	11	100,0	11	100,0	8,00*
Não	4	33,3	4	26,7	0	0,0	0	0,0	

* $p < .05$

Tal como representado no Gráfico 1, verificou-se uma maior percentagem de enfermeiros que não possuem informação adequada sobre o recurso a CVCTI nos Setores A e B, do que nos setores C e D.

Gráfico 1. Percentagens dos enfermeiros que se consideram bem informados, nos vários setores



Dos 41 enfermeiros que responderam positivamente a respeito da fonte de informação sobre este tipo de cateter, verificou-se apenas uma associação entre a informação advinda da formação em serviço, para os vários setores (ver tabela 6).

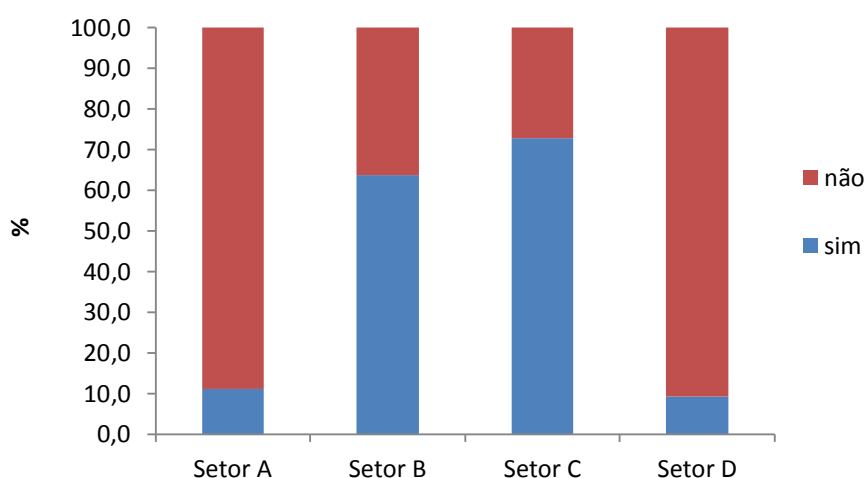
Tabela 6. Frequências absolutas e percentagens para das fontes de informação sobre o recurso a CVCTI, para os vários setores

<i>Fonte de informação</i>		Setor A		Setor B		Setor C		Setor D		χ^2
		<i>(n=12)</i>		<i>(n=15)</i>		<i>(n=11)</i>		<i>(n=11)</i>		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Contacto com doentes	Sim	5	55.6	9	81.8	8	72.7	8	72.7	1,71
	Não	4	44.4	2	18.2	3	27.3	3	27.3	
Artigos publicados	Sim	5	55.6	1	9.1	5	45.5	4	36.4	5,40
	Não	4	44.4	10	90.9	6	54.5	7	63.6	
Colegas de trabalho	Sim	6	66.7	10	90.9	10	90.9	11	100.0	5,60
	Não	3	33.3	1	9.1	1	9.1	0	0.0	
Formação do Serviço	Sim	1	11.1	7	63.6	8	72.7	1	9.1	14,91**
	Não	8	88.9	4	36.4	3	27.3	10	90.9	
Formação escolar	Sim	4	44.4	6	54.5	1	9.1	4	36.4	5,40
	Não	5	55.6	5	45.5	10	90.9	7	63.6	
Internet	Sim	1	11.1	3	27.3	6	54.5	3	27.3	4,66
	Não	8	88.9	8	72.7	5	45.5	8	72.7	

** $p < .01$

O teste de qui-quadrado revelou uma associação significativa entre a formação em serviço em função do setor $\chi^2(3) = 14,91$; $p = .002$, no sentido de existir uma maior proporção de enfermeiros que afirmaram ter formação do uso adequado do CVCTI em serviço nos setores B e C do que nos setores A e D (ver gráfico 2). Não foi encontrada qualquer associação entre outras fontes de informação e os setores (todos os $p > .05$).

Gráfico 2. Percentagens dos enfermeiros que consideram ter tido formação em serviço sobre do CVCTI, em função do setor



No que respeita à auto-classificação dos enfermeiros sobre os seus conhecimentos sobre CVCTI, não se verificou uma dependência entre a avaliação dos conhecimentos e o setor (ver tabela 7).

Tabela 7. Frequências absolutas e percentagens para a classificação dos conhecimentos dos enfermeiros sobre de CVCTI, para os vários setores

	Setor A		Setor B		Setor C		Setor D		χ^2
	(n=12)		(n=15)		(n=11)		(n=11)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Deficientes	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Suficientes	9	75,0	11	73,3	5	45,5	7	63,6	9,28
Bons	2	16,7	4	26,7	5	45,5	4	36,4	
Muito Bons	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	

Em relação à perspectiva que os enfermeiros tinham sobre as indicações para o recurso ao CVCTI, revelou-se uma associação significativa entre a administração de terapêutica transfusional e o setor $\chi^2(3) = 14,89$; $p = .002$ (ver tabela 8).

Tabela 8. Frequências absolutas e percentagens sobre as indicações para o recurso ao CVCTI, para os vários setores

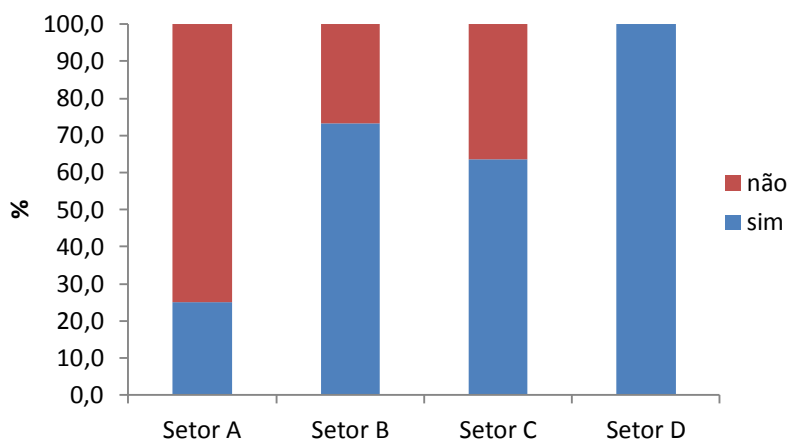
Indicação		Setor A		Setor B		Setor C		Setor D		χ^2
		(n=12)		(n=15)		(n=11)		(n=11)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Administração de quimioterapia	Sim	11	91,7	15	100,0	11	100,0	11	100,0	3,15
	Não	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Administração de antibióticos	Sim	7	58,3	12	80,0	8	72,7	10	90,9	3,54
	Não	5	41,7	3	20,0	3	27,3	1	9,1	
Administração de nutrição parentérica	Sim	5	41,7	7	46,7	5	45,5	9	81,8	4,78
	Não	7	58,3	8	53,3	6	54,5	2	18,2	
Administração de terapêutica transfusional	Sim	3	25,0	11	73,3	7	63,6	11	100,0	14,89**
	Não	9	75,0	4	26,7	4	36,4	0	0,0	
Colheita de sangue	Sim	1	8,3	4	26,7	4	36,4	5	45,5	4,30
	Não	11	91,7	11	73,3	7	63,6	6	54,5	
Outra	Sim	1	8,3	1	6,7	1	9,1	1	9,1	0,07
	Não	11	91,7	14	93,3	10	90,9	10	90,9	

** $p < .01$

Os resultados mostraram que no setor A se verifica uma maior proporção de enfermeiros que não referiram o uso do CVCTI para administração de terapêutica transfusional. Já no setor D verificou-se que 100% dos enfermeiros referiram o uso do CVCTI para a administração de terapêutica transfusional

(ver gráfico 3). Não foi encontrada qualquer associação entre as outras indicações para uso do CVCTI e o setor. (todos os ps > .05)

Gráfico 3. Percentagens dos enfermeiros que referiram o uso do CVCTI para administração de terapêutica transfusional, em função do setor



Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre as vantagens do uso do CVCTI, verificou-se uma associação significativa entre a alusão ao facilitamento para a higiene corporal e o setor $\chi^2(3) = 8,29$; $p = .040$ (ver tabela 9).

Tabela 9. Frequências absolutas e percentagens sobre o conhecimento das vantagens do uso do CVCTI, em função dos vários setores

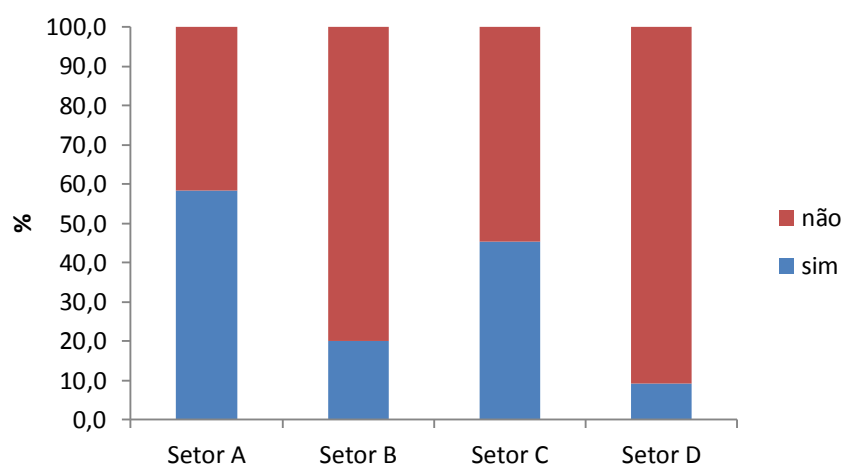
Vantagem		Setor A (n=12)		Setor B (n=15)		Setor C (n=11)		Setor D (n=11)		χ^2
		n	%	n	%	n	%	n	%	
		Fácil de manipular	Sim	9	75.0	13	86.7	11	100.0	
Não	3	25.0	2	13.3	0	0.0	2	18.2		
Não exige assepsia na sua manutenção	Sim	2	16.7	2	13.3	0	0.0	0	0.0	3.65
Não	10	83.3	13	86.7	11	100.0	11	100.0		

Facilitam a higiene corporal	Sim	7	58.3	3	20.0	5	45.5	1	9.1	8,29*
	Não	5	41.7	12	80.0	6	54.5	10	90.9	
Favorecem a auto-imagem	Sim	6	50.0	6	40.0	7	63.6	5	45.5	1,49
	Não	6	50.0	9	60.0	4	36.4	6	54.5	
Não exige colocação cirúrgica	Sim	1	8.3	1	6.7	0	0.0	0	0.0	1,75
	Não	11	91.7	14	93.3	11	100.0	11	100.0	
Possibilitam colheitas de sangue	Sim	1	8.3	3	20.0	3	27.3	2	18.2	1,42
	Não	11	91.7	12	80.0	8	72.7	9	81.8	
Outras	Sim	2	16.7	7	46.7	4	36.4	4	36.4	2,70
	Não	10	83.3	8	53.3	7	63.6	7	63.6	

* $p < .05$

O gráfico 4 mostra que, no setor A, foi encontrada uma maior proporção de enfermeiros que referiram como vantagem do uso do CVCTI, a higiene corporal do paciente, do que nos outros setores.

Gráfico 4. Percentagens dos enfermeiros que referiram a vantagem do uso CVCTI, na higiene corporal do paciente, em função do setor



Sobre o uso do CVCTI e a promoção da dignidade humana, não foi encontrada uma associação significativa em função do setor $\chi^2(3)= 5,67$; $p = .129$ (Tabela10).

Tabela 10. Frequências absolutas sobre o uso do CVCTI na promoção da dignidade humana, em função do setor

	Setor A		Setor B		Setor C		Setor D		χ^2
	(n=12)		(n=15)		(n=11)		(n=11)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sim	11	91,7	14	93,3	7	70,0	11	100,0	5,67
Não	1	8,3	1	6,7	3	30,0	0	0,0	

Sobre a questão relacionada com a promoção da qualidade de vida nos doentes em fase paliativa, com o recurso ao CVCTI, não foram encontradas associações entre os indicadores referidos e o setor (todos os $ps>.05$) (ver tabela 11).

Tabela 11. Frequências absolutas e percentagens sobre a promoção da qualidade de vida, em doentes em fase paliativa, para os vários setores

Promoção da QV	Setor A		Setor B		Setor C		Setor D		χ^2	
	(n=12)		(n=15)		(n=11)		(n=11)			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Facilita as boas práticas	Sim	5	41,7	7	46,7	5	45,5	6	54,5	0.40
	Não	7	58,3	8	53,3	6	54,5	5	45,5	
Promove o conforto e a segurança do doente	Sim	11	91,7	12	80,0	9	81,8	10	90,9	1,13
	Não	1	8,3	3	20,0	2	18,2	1	9,1	

Tem uma baixa taxa de infecções	Sim	3	25,0	4	26,7	2	18,2	5	45,5	2,22
	Não	9	75,0	11	73,3	9	81,8	6	54,5	
Reduz a ansiedade relacionada com a procura de um acesso venoso	Sim	11	91,7	15	100,0	11	100,0	10	90,9	2,37
	Não	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	9,1	
Oferece maior mobilidade e liberdade de movimentos	Sim	7	58,3	12	80,0	6	54,5	10	90,9	5,13
	Não	5	41,7	3	20,0	5	45,5	1	9,1	
Acesso venoso rápido e fácil para administração terapêutica	Sim	9	75,0	14	93,3	9	81,8	10	90,9	2,22
	Não	3	25,0	1	6,7	2	18,2	1	9,1	
Não provoca dor ao portador na sua punção	Sim	3	25,0	5	33,3	5	45,5	5	45,5	1,51
	Não	9	75,0	10	66,7	6	54,5	6	54,5	
Outros	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	3,53
	Não	12	100,0	15	100,0	11	100,0	10	90,9	

** $p < .01$

6.3. Manipulação do Cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo (CVCTI) – em função do setor

Com o intuito de avaliar o conhecimento da manipulação de CVCTI em função dos diferentes setores, foram criadas novamente tabelas de contingência e aplicados quis-quadrado de associação para os indicadores presentes no

questionário. Todos os resultados, sempre que estatisticamente significativos, foram apresentados via representação gráfica.

No que diz respeito ao conhecimento dos enfermeiros sobre o tipo de agulha que é utilizada na punção do CVCTI, os resultados não revelaram nenhuma associação significativa entre a resposta aos vários tipos de agulha mencionados em função do setor (tabela 12).

Tabela 12. Frequências absolutas e percentagens sobre o conhecimento dos enfermeiros do tipo de agulha que é utilizada na punção do CVCTI, para os vários setores

<i>Tipo de agulha</i>		<i>Setor A</i>		<i>Setor B</i>		<i>Setor C</i>		<i>Setor D</i>		χ^2
		<i>(n=12)</i>		<i>(n=15)</i>		<i>(n=11)</i>		<i>(n=11)</i>		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Qualquer tipo de agulha	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	Não	12	100,0	14	100,0	11	100,0	11	100,0	
Agulha subcutânea	Sim	2	16,7	1	7,1	1	9,1	0	0,0	2,13
	Não	10	83,3	13	92,9	10	90,9	11	100,0	
Agulha de silicone	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	Não	12	100,0	14	100,0	11	100,0	11	100,0	
Agulha tipo Huber®	Sim	10	83,3	13	92,9	10	90,9	11	100,0	2,13
	Não	2	16,7	1	7,1	1	9,1	0	0,0	
Agulha intra-muscular	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	Não	12	100,0	14	100,0	11	100,0	11	100,0	

Interessantemente, a maioria dos enfermeiros, independentemente do setor, referiu a agulha tipo Huber® como a agulha a usar na punção do CVCTI.

No que concerne ao conhecimento dos sinais/sintomas que podem indicar o comprometimento da permeabilidade e integridade do cateter, verificou-se associação entre o conhecimento das palpitações ou desconforto no peito

[$\chi^2(3) = 9,58$; $p = .022$], e da dispneia [$\chi^2(3) = 8,19$; $p = .042$], enquanto indicadores do comprometimento do cateter entre os vários setores (ver tabela 13). Não foram encontradas outras associações significativas (todos os $ps > .05$)

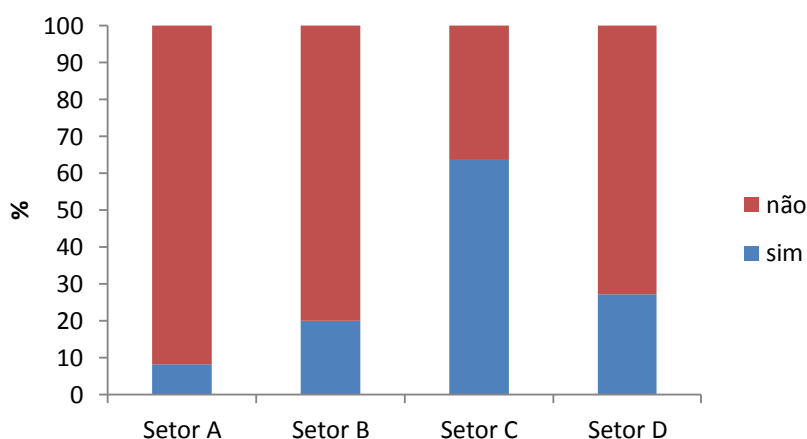
Tabela 13. Frequências absolutas e percentagens dos enfermeiros com conhecimento dos sinais/sintomas que indicam o comprometimento do cateter, para os vários setores

Sinais e sintomas		Setor A		Setor B		Setor C		Setor D		χ^2
		(n=12)		(n=15)		(n=11)		(n=11)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Funcionamento intermitente do cateter	Sim	10	83,3	11	73,3	6	54,5	9	81,8	3,01
	Não	2	16,7	4	26,7	5	45,5	2	18,2	
Dificuldade em aspirar ou infundir	Sim	11	91,7	12	80,0	11	100,0	11	100,0	4,76
	Não	1	8,3	3	20,0	0	0,0	0	0,0	
Sensação de ardor na infusão	Sim	6	50,0	9	60,0	4	36,4	6	54,5	1,89
	Não	6	50,0	6	40,0	7	63,6	5	45,5	
Dor subclavicular	Sim	4	33,3	9	60,0	8	72,7	8	72,7	5,00
	Não	8	66,7	6	40,0	3	27,3	3	27,3	
Palpitações ou desconforto no peito	Sim	1	8,3	3	20,0	7	63,6	3	27,3	9,58*
	Não	11	91,7	12	80,0	4	36,4	8	72,7	
Dispneia	Sim	3	25,0	9	60,0	5	45,5	1	9,1	8,19*
	Não	9	75,0	6	40,0	6	54,5	10	90,9	
Outros	Sim	0	0,0	0	0,0	2	18,2	0	0,0	7,20
	Não	12	100,0	15	100,0	9	81,8	11	100,0	

* $p < .05$

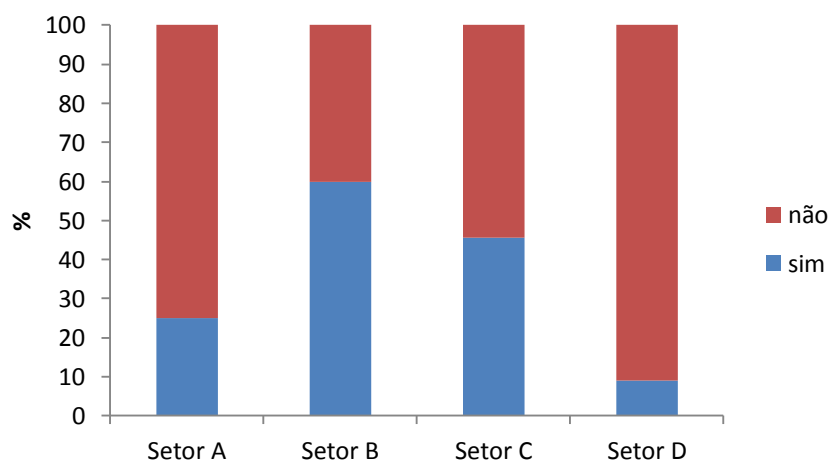
Sobre a associação entre o conhecimento das palpitações ou desconforto no peito e os vários setores, verificou-se, de um modo mais preciso, uma maior proporção de enfermeiros com conhecimento deste sintoma no setor C do que nos outros setores (ver gráfico 5).

Gráfico 5. Percentagens dos enfermeiros que consideram as palpitações ou desconforto no peito como indicadores de comprometimento do cateter, em função do setor



No que concerne à associação entre o conhecimento da dispneia como índice de comprometimento do cateter, constatou-se uma maior proporção de enfermeiros com conhecimento deste sintoma no setor B e uma menor proporção de enfermeiros com conhecimento deste sintoma no setor D (ver gráfico 6).

Gráfico 6. Percentagens dos enfermeiros que consideram a dispneia como indicador de comprometimento do cateter, em função do setor



Em relação ao conhecimento das complicações do uso do CVCTI, apenas foi encontrada uma associação entre o conhecimento da deslocação do cateter como complicação e os vários setores [$\chi^2(3)= 9,54$; $p = .023$] Não foram encontrada outras associações estatisticamente significativas (ver tabela 14).

Tabela 14. Frequências absolutas e percentagens dos enfermeiros com conhecimento das complicações do uso do CVCTI, em função dos vários setores

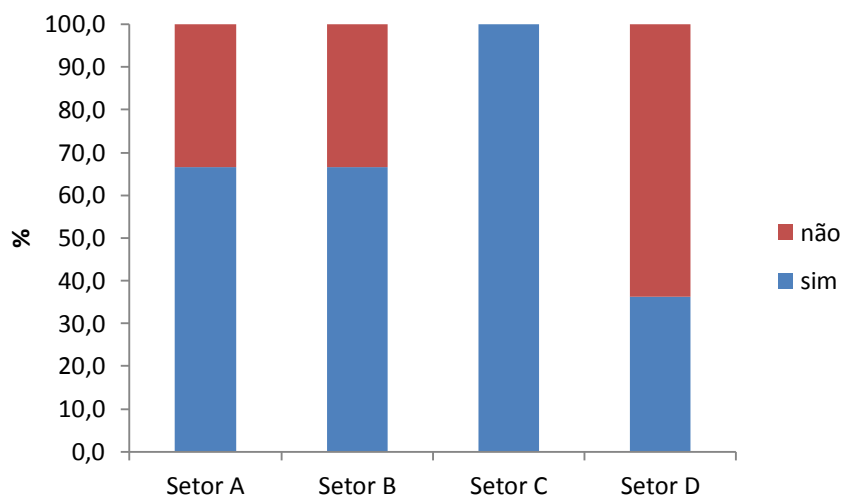
		Setor A		Setor B		Setor C		Setor D		χ^2
		(n=12)		(n=15)		(n=11)		(n=11)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Sinais e sintomas	Sim	8	66.7	8	53.3	4	36.4	6	54.5	2,13
	Não	4	33.3	7	46.7	7	63.6	5	45.5	
Tamponamento cardíaco	Sim	0	0.0	2	13.3	4	36.4	2	18.2	5,70
	Não	12	100.0	13	86.7	7	63.6	9	81.8	
Obstrução do cateter	Sim	11	91.7	13	86.7	11	100.0	11	100.0	2,89
	Não	1	8.3	2	13.3	0	0.0	0	0.0	

Deslocação do cateter	Sim	8	66.7	10	66.7	10	100.0	4	36.4	9,54*
	Não	4	33.3	5	33.3	0	0.0	7	63.6	
Rutura do cateter	Sim	3	25.0	6	40.0	4	36.4	2	18.2	1,77
	Não	9	75.0	9	60.0	7	63.6	9	81.8	
Exteriorização do cateter	Sim	4	33.3	3	20.0	3	27.3	0	0.0	4,37
	Não	8	66.7	12	80.0	8	72.7	11	100.0	
Outros	Sim	0	0.0	4	26.7	2	20.0	2	18.2	3,57
	Não	8	66.7	8	53.3	4	36.4	6	54.5	

* $p < .05$

Em pormenor, verifica-se que 100% dos enfermeiros no setor C reconheceram a deslocação do cateter como complicação, contudo, a maior parte dos enfermeiros do setor D não o fez (ver gráfico 7).

Gráfico 7. Percentagens dos enfermeiros que considera a deslocação do cateter como complicação do uso do CVCTI, em função do setor



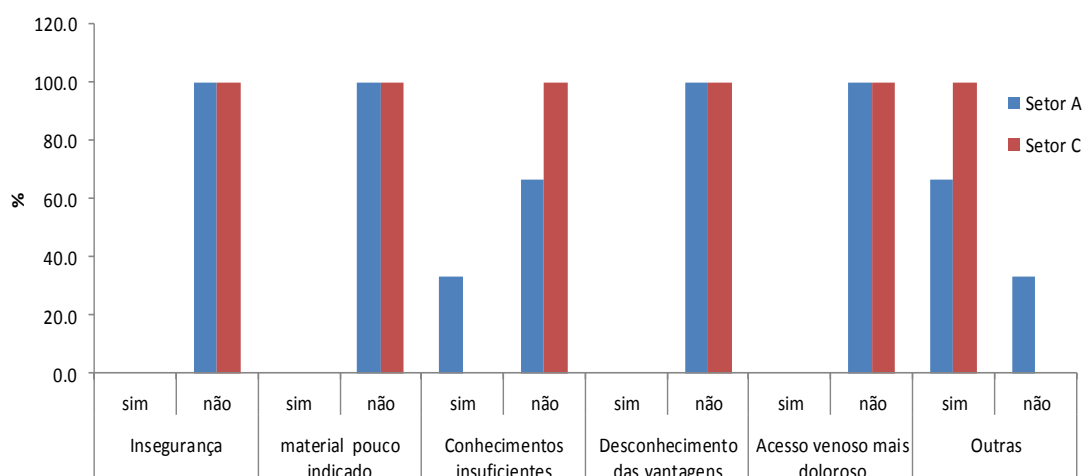
No que concerne ao hábito de utilizar o CVCTI para administração de terapêutica e alimentação via EV para portadores do mesmo, este não se mostrou estar associado com o setor (ver tabela 15).

Tabela 15. Frequências absolutas e percentagens para o hábito de utilizar o CVTI para a administração de terapêutica e alimentação EV, nos diferentes setores

	Setor A (n=12)		Setor B (n=15)		Setor C (n=11)		Setor D (n=11)		χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sim	9	75.0	15	100.0	10	90.9	11	100.0	6,86
Não	3	25.0	0	.0	1	9.1	0	.0	

Em relação aos quatro enfermeiros (três enfermeiros do setor A e um enfermeiro do setor C) que referiram não usar CVCTI para administração de terapêutica e alimentação EV nos doentes portadores dos mesmos, apenas um enfermeiro do setor A (33,3%) referiu ter conhecimentos insuficientes, e dois enfermeiros do setor A (67%) e um enfermeiro do setor C (33,3%) mencionaram outras (ver gráfico 8).

Gráfico 8. Percentagem dos enfermeiros que referiram não utilizar o CVCTI para administração de terapêutica e alimentação EV, e respetivas razões, em função do setor



Em relação à frequência que os enfermeiros consideram adequada para substituição da agulha e do sistema de soro do CVCTI, encontraram-se apenas diferenças estatisticamente significativas na média de horas para a substituição do sistema de soro entre os setores (Tabela 16).

Tabela 16. Médias e desvios-padrão do tempo necessário para o número de horas para substituição da agulha e do sistema de soro do CVCTI, entre os vários setores

	Setor A		Setor B		Setor C		Setor D		<i>F</i>
	<i>(n=12)</i>		<i>(n=15)</i>		<i>(n=11)</i>		<i>(n=11)</i>		
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Agulha	128,00	61,19	145,60	30,72	197,64	110,65	208,80	107,36	2,47
Sistema de soro	64,00	15,63	52,80	20,69	54,55	21,71	76,36	14,47	4,04*

* $p < .05$

Os resultados da ANOVA revelaram diferenças estatisticamente significativas nas médias de horas para a troca do sistema de soro $F(3, 45) = 4,04$; $p = .031$. A comparação múltipla de médias através do Teste a posteriori de *Tukey* revelou que, os enfermeiros do setor D referem um tempo superior de horas para a substituição do sistema de soro ($M=76,36$) em comparação com o setor B ($M=52,80$) e o setor C ($M= 54,55$). Contudo, não apresenta diferenças entre o setor A ($M = 64,00$).

Relativamente à questão sobre os procedimentos de limpeza do local da punção do CVCTI, as respostas dos enfermeiros foram registadas, identificadas e agrupadas em função das unidades de enumeração, no total de 17 unidades de registo, apresentadas na tabela 17.

Tabela 17. Frequências absolutas e percentagens sobre as unidades de registo, sobre a limpeza do local de punção do CVCTI

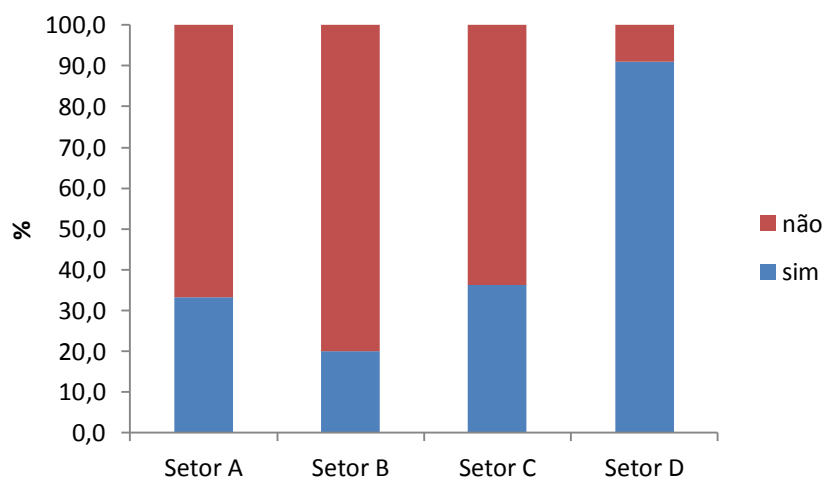
		Setor A		Setor B		Setor C		Setor D		χ^2
		(n=12)		(n=15)		(n=11)		(n=11)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Luvas esterilizadas	Sim	4	33,3	3	20,0	4	36,4	10	90,9	14,21**
	Não	8	66,7	12	80,0	7	63,6	1	9,1	
Compressas esterilizadas	Sim	5	41,7	3	20,0	7	63,6	4	36,4	5,16
	Não	7	58,3	12	80,0	4	36,4	7	63,6	
Limpeza com soro fisiológico	Sim	8	66,7	9	60,0	2	18,2	3	27,3	8,24*
	Não	4	33,3	6	40,0	9	81,8	8	72,7	
Iodopovidona iodada	Sim	3	25,0	5	33,3	2	18,2	1	9,1	2,31
	Não	9	75,0	10	66,7	9	81,8	10	90,9	
Iodopovidona dérmica	Sim	1	8,3	2	13,3	0	0,0	0	0,0	2,89
	Não	11	91,7	13	86,7	11	100,0	11	100,0	
Solução de clorhexidina	Sim	1	8,3	0	0,0	1	9,1	1	9,1	1,42
	Não	11	91,7	15	100,0	10	90,9	10	90,9	
Solução Alcoólica iodada	Sim	0	0,0	1	6,7	1	9,1	1	9,1	1,13
	Não	12	100,0	14	93,3	10	90,9	10	90,9	
Solução desinfetante/ asséptica	Sim	1	8,3	4	26,7	1	9,1	4	36,4	4,03
	Não	11	91,7	11	73,3	10	90,9	7	63,6	
Solução. alcoólica	Sim	1	8,3	1	6,7	2	18,2	1	9,1	1,03
	Não	11	91,7	14	93,3	9	81,8	10	90,9	
Solução Recomendada pela comissão de controlo de infeção hospitalar	Sim	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	3,53
	Não	12	100,0	15	100,0	10	90,9	11	100,0	

Máscara	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	Não	12	100,0	15	100,0	11	100,0	11	100,0	
Campo estéril	Sim	0	0,0	1	6,7	0	0,0	1	9,1	1,94
	Não	12	100,0	14	93,3	11	100,0	10	90,9	
Material estéril	Sim	0	0,0	1	6,7	0	0,0	1	9,1	1,94
	Não	12	100,0	14	93,3	11	100,0	10	90,9	
Técnica asséptica	Sim	5	41,7	5	33,3	4	36,4	6	54,5	1,30
	Não	7	58,3	10	66,7	7	63,6	5	45,5	
Lavagem de mãos	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	36,4	15,05**
	Não	12	100,0	15	100,0	11	100,0	7	63,6	
Limpeza da zona interna/zona externa do CVCTI	Sim	0	0,0	2	13,3	2	18,2	0	0,0	
	Não	12	100,0	13	86,7	9	81,8	11	100,0	4,05
Secagem do local	Sim	0	0,0	2	13,3	1	9,1	2	18,2	2,30
	Não	12	100,0	13	86,7	10	90,9	9	81,8	

* $p < .05$; ** $p < .01$

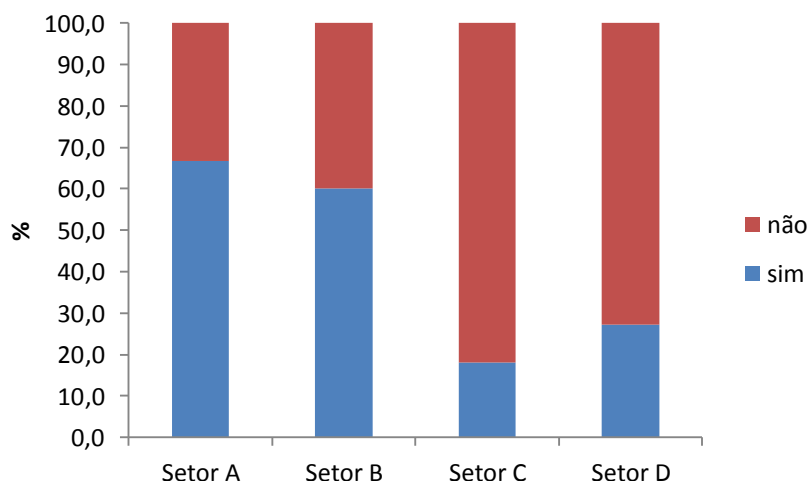
Os resultados mostraram uma associação entre as respostas, associadas às luvas esterilizadas e o setor $\chi^2(3) = 14,21$; $p = .003$. Existe uma menor proporção de respostas sobre esta unidade de registo no setor B e ao invés, no setor D, existe uma maior proporção de respostas sobre o uso de luvas esterilizadas (gráfico 9).

Gráfico 9. Percentagens dos enfermeiros que referiram o uso de luvas esterilizadas, na limpeza do local de punção, em função do setor



Os resultados revelaram também uma associação entre a unidade de registo da utilização de soro fisiológico e o setor $\chi^2(3)= 8,24$; $p = .041$, no sentido de existir uma menor proporção de respostas sobre esta ideia no setor C (gráfico 10).

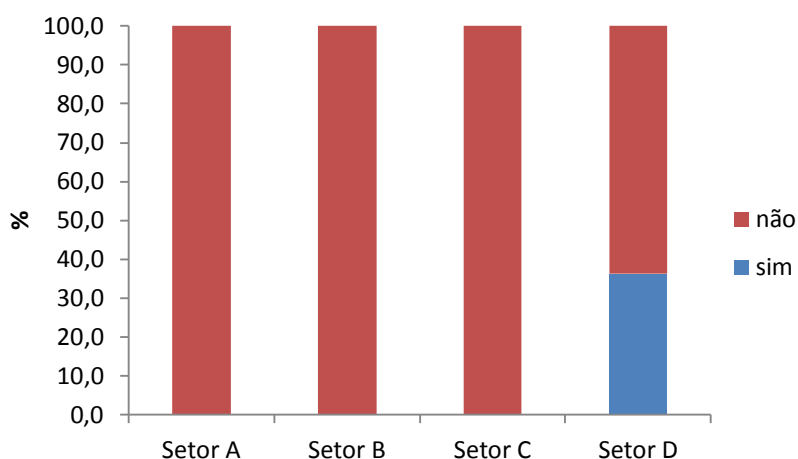
Gráfico 10. Percentagens dos enfermeiros que referiram o uso de soro fisiológico na limpeza do local de punção, em função do setor



Foi encontrada também uma associação entre a unidade de registo da lavagem das mãos e o setor $\chi^2(3)= 15,05$; $p = .002$, no sentido de existir uma maior

proporção de respostas sobre esta ideia nos enfermeiros do setor D, quando comparados com os enfermeiros de outros setores (gráfico 11).

Gráfico 11. Percentagens dos enfermeiros que indicaram a lavagem de mãos, em função do setor



Sobre a questão sobre os cuidados ao CVCTI após a administração terapêutica foram registadas as unidades de enumeração, num total de 13 unidades de registo (ver tabela 18).

Tabela 18. Frequências absolutas e percentagens sobre as unidades de registo sobre os cuidados após a administração terapêutica.

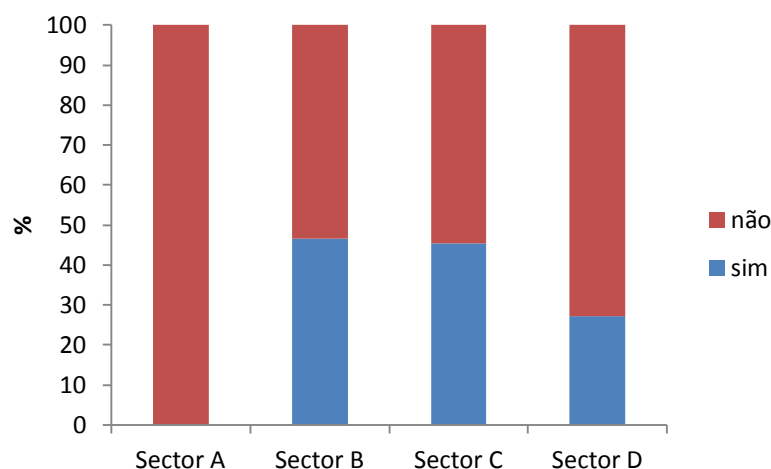
		Setor A		Setor B		Setor C		Setor D		χ^2
		(n=12)		(n=15)		(n=11)		(n=11)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Lavagem do sistema/ prolongamento	Sim	10	83,3	12	80,0	10	90,9	9	81,8	0,60
	Não	2	16,7	3	20,0	1	9,1	2	18,2	
Verificação da permeabilidade do cateter	Sim	1	8,3	2	13,3	3	27,3	1	9,1	2,12
	Não	11	91,7	13	86,7	8	72,7	10	90,9	
Heparinização do cateter	Sim	0	0,0	7	46,7	5	45,5	3	27,3	8,31*
	Não	12	100,0	8	53,3	6	54,5	8	72,7	

Desinfecção do local punção	Sim	2	16,7	2	13,3	0	0,0	1	9,1	1,97
	Não	10	83,3	13	86,7	11	100,0	10	90,9	
Perfusão contínua de SF para manter permeabilidade do cateter	Sim	3	25,0	1	6,7	1	9,1	1	9,1	2,46
	Não	9	75,0	14	93,3	10	90,9	10	90,9	
Desinfecção da torneira do sistema	Sim	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3,15
	Não	11	91,7	15	100,0	11	100,0	11	100,0	
Penso de proteção	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	3,53
	Não	12	100,0	15	100,0	11	100,0	10	90,9	
Verificar se não fica terapêutica no prolongamento	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	18,2	7,20
	Não	12	100,0	15	100,0	11	100,0	9	81,8	
Retirar agulha	Sim	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	2,31
	Não	12	100,0	14	93,3	11	100,0	11	100,0	
Técnica limpa	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	3,52
	Não	12	100,0	15	100,0	11	100,0	10	90,9	
Técnica assética	Sim	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	3,52
	Não	12	100,0	15	100,0	10	90,9	11	100,0	
Colocar bionecteur no sistema para manter a permeabilidade	Sim	0	0,0	0	0,0	2	18,2	0	0,0	7,20
	Não	12	100,0	15	100,0	9	81,8	11	100,0	
Efetuar lavagem com SF em seringa de 20 cc	Sim	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	3,53
	Não	12	100,0	15	100,0	10	90,9	11	100,0	

* $p < .05$;

Os resultados mostraram apenas uma associação entre as respostas sobre a heparinização do cateter e o setor $\chi^2(3) = 8,31$; $p = .040$, no sentido de nenhum enfermeiro do setor A ter referido esta unidade de registo, ao contrário dos outros setores (gráfico 12).

Gráfico 12. Percentagens dos enfermeiros que indicaram a heparinização do cateter, em função do setor



Relativamente aos contributos facilitadores no desenvolvimento de competências que permitam o recurso à utilização do CVCTI, foram determinadas unidades de enumeração, num total de 7 unidades de registo (ver tabela 19).

Tabela 19. Frequências absolutas e percentagens sobre os contributos facilitadores sobre o desenvolvimento de competências que permitam o recurso à utilização do CVCT, que mais emergiram nos enfermeiros

		Setor A		Setor B		Setor C		Setor D		χ^2
		(n=12)		(n=15)		(n=11)		(n=11)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Formação em serviço/hospital	Sim	5	71,4	10	100,0	5	83,3	6	85,7	3,01
	Não	2	28,6	0	0,0	1	16,7	1	14,3	
Observação/treino prático da manipulação CVCTI	Sim	1	14,3	1	10,0	1	16,7	0	0,0	1,22
	Não	6	85,7	9	90,0	5	83,3	7	100,0	
Aquisição de experiência profissional em contacto com portadores de CVCTI	Sim	1	14,3	1	10,0	1	16,7	0	0,0	1,22
	Não	6	85,7	9	90,0	5	83,3	7	100,0	

Estágio no Hospital de dia Oncologia	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6	7,04
	Não	7	100,0	10	100,0	6	100,0	5	71,4	
Aquisição/atualização de conhecimentos	Sim	2	28,6	0	0,0	3	50,0	1	14,3	6,34
	Não	5	71,4	10	100,0	3	50,0	6	85,7	
Revisão das normas de administração terapêutica em cateteres de longa duração	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	3,39
	Não	7	100,0	10	100,0	6	100,0	6	85,7	
Reforço sobre o tema CVCTI no curso geral de enfermagem	Sim	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	4,14
	Não	7	100,0	10	100,0	5	83,3	7	100,0	

Os resultados do qui-quadrado não relevaram nenhuma associação significativa entre o tipo de contributo mencionado pelos enfermeiros e o serviço onde trabalham (todos $p > .05$).

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Antes de passar à discussão dos resultados obtidos, é de lembrar que os objetivos deste estudo são: Compreender o conhecimento que os enfermeiros dos vários setores do serviço de Medicina, assumem ter sobre o cateter venoso central totalmente implantado; e reconhecer as possíveis diferenças de conhecimento do recurso ao cateter venoso central totalmente implantado, entre os vários setores.

O estudo efetuado permitiu obter um espectro preciso dos enfermeiros que trabalham no serviço de Medicina, nos seus diferentes setores, não apenas a nível sociodemográfico, mas também a nível profissional.

Após a apresentação dos resultados obtidos através da análise do questionário aplicado, foi possível verificar que existem ainda muitas lacunas sobre o conhecimento do recurso aos cateteres venosos centrais totalmente implantados, por parte da amostra do estudo, o que, de certo modo, não está de acordo com a função interdependente atribuída aos enfermeiros, da responsabilidade da administração de terapêutica endovenosa.

Relativamente à caracterização da amostra verificou-se que se trata de uma população jovem nos diferentes setores, sendo a média de idades mais baixa no setor A (28,42 anos) e mais alta no setor C (32,55 anos).

Quanto aos anos de experiência profissional, verificou-se que não existe em nenhum dos setores, qualquer enfermeiro com menos de um ano de experiência profissional.

Em termos percentuais, no setor C existe uma percentagem inferior de enfermeiros com menos de 1 a 3 anos de experiência profissional (18,2%), no entanto é também o setor com uma percentagem mais elevada de enfermeiros com mais de 10 anos de experiência profissional (27,3%).

No setor D, verificou-se que experiência do profissional é equivalente ao tempo de experiência profissional no serviço exerce a sua atividade.

No que diz respeito às habilitações académicas, verifica-se um equilíbrio entre os diferentes setores em termos da formação académica, a nível da licenciatura, existindo ainda um enfermeiro com bacharelato no setor B, e

contando o sector A com 2 mestres. Não existe um enfermeiro doutorado em qualquer um dos setores.

Em relação às instituições de ensino de enfermagem de onde provêm estes enfermeiros, apurou-se que dos 49 enfermeiros constituintes da amostra, na sua maioria são provenientes das grandes escolas públicas do país, sendo 10 da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e 4 da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, num total de 14 enfermeiros. Predominam ainda enfermeiros formados nas escolas privadas, num total de 15, sendo 6 da Universidade Católica Portuguesa (antiga Escola Enfermagem de S. Vicente Paulo), 5 da Universidade Atlântica e 4 da Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches. Os restantes enfermeiros realizaram o curso em outras escolas do norte e centro de Portugal Continental, havendo ainda um enfermeiro da ilha dos Açores, sendo que a frequência dos mesmos varia entre 1 e 2.¹

Relativamente à aceção do CVCTI, foram aplicadas várias questões de acordo com o que foi teoricamente fundamentado no capítulo 6 – Cateteres venosos centrais totalmente implantados com reservatório subcutâneo.

Quanto à questão 8, referente à informação adequada sobre o recurso ao CVCTI, verificou-se que existe uma associação significativa entre a informação adequada e o sector, representada na tabela 5. Assim, observa-se no gráfico nº. 1, que são nos sectores A e B que se verifica uma maior percentagem de enfermeiros que referiram não possuir informação adequada.

No que concerne à fonte de informação (questão 9), verificou-se haver uma associação significativa relativamente à formação em serviço e o sector de proveniência do enfermeiro. Não sendo de desprezar os resultados obtidos em números absolutos relativamente às outras formas de obtenção de informação, é de salientar a formação recebida por colegas de trabalho (tabela 6).

¹ A partir do ano 2007, com a reforma do sistema educativo a nível superior, as escolas públicas de enfermagem existentes em Lisboa, Porto e Coimbra sofreram fusão, sendo que a Escola Superior de Enfermagem do Porto inclui: E.S.E. Ana Guedes, E.S.E. Cidade do Porto, e E.S.E. S. João. A E.S.E. de Coimbra inclui as anteriores E.S.E. Bissaya Barreto e Ângelo da Fonseca. A E.S.E. de Lisboa inclui a E.S.E. Artur Ravara, E.S.E. Francisco Gentil, E.S.E. Calouste Glubenkian de Lisboa e E.S.E. M^ª. Fernanda Resende.

Parte destes resultados podem ser justificados por os participantes considerarem a formação obtida através dos colegas como formação em serviço, tendo havido entendimento desadequado da questão.

O gráfico 2 ilustra a associação significativa entre a fonte de informação e os setores de desempenho profissional.

Em respeito à questão 10, não foi verificada nenhuma associação entre a qualificação dos conhecimentos e os diferentes setores, como ilustra a tabela 7. Contudo, em números absolutos, os participantes situam o seu conhecimento na categoria “suficiente”, o que parece contradizer o apurado anteriormente sobre a adequação da informação, nos setores C e D, em que os participantes consideram estar bem informados sobre o recurso ao CVCTI.

Quanto à questão 11, verificou-se uma dependência entre as indicações do recurso ao CVCTI e os diferentes setores, como ilustrado no gráfico 3. Verificou-se haver maior consonância de respostas relativamente ao indicador “administração de terapêutica transfusional” no setor D (“sim” - 100%), ao contrário do que podemos observar no setor A, em que apenas 25% dos participantes o apontam como indicação para o recurso ao CVCTI. Estes resultados parecem, de certo modo, não corroborar os resultados acima apresentados, relativamente ao conhecimento dos participantes sobre o CVCTI.

No que concerne à colheita de sangue, os participantes revelam, de modo geral, não ser uma das indicações do recurso ao CVCTI.

Em todos os setores, apesar de não se revelar estatisticamente significativo, considera-se importante salientar que, em números absolutos, o indicador “administração de quimioterapia”, foi considerado relevante (tabela 8).

Na verdade, a utilização do CVCTI é eleita para a administração de quimioterapia, sendo essa uma das principais indicações, daí este ser colocado, frequentemente, em doentes que realizam quimioterapia em regime de ambulatório.

Estes resultados permitem sustentar a ideia de que este dispositivo continua maioritariamente associado à administração de quimioterapia. Contudo, os

CVCTI possuem potencial aplicação desconhecida pelos enfermeiros, que demonstram não conhecer as indicações para o recurso ao CVCTI, sendo elas:

- Necessidade de infusão de fluidos quando não existe uma veia periférica adequada ou quando existe a impossibilidade de puncionar acessos periféricos;
- Necessidade de infusão de fármacos flebotóxicos durante um período de tempo prolongado, assim como antibióticos ou quimioterapia;
- Administração de soluções hiperosmolares, com uma osmolaridade bastante elevada, tal como a nutrição parentérica;
- Monitorização da pressão venosa central (PVC);
- Administração de sangue e hemoderivados;
- Colheita frequente de sangue para análises laboratoriais. (Calatayud, et al., 2006) (B Braun Medical, 2005)

Quanto à questão 12, correspondente às vantagens do uso do cateter, através das respostas obtidas, conclui-se ser significativa a resposta “facilitam a higiene corporal”, verificou-se que no sector A a maioria dos respondentes afirmaram que “sim”, ao contrário dos restantes setores, onde a predominância é de respostas negativas.

Face à questão anterior (questão 11) existe concordância no que respeita à impossibilidade da colheita de sangue pelo CVCTI, ou seja, a maioria dos respondentes não considera a colheita de sangue pelo CVCTI como uma vantagem e/ou indicação.

Em todos os sectores, houve uma grande percentagem de respondentes que consideram que o CVCTI é fácil de manipular.

É de salientar, que alguns dos enfermeiros inquiridos, que concordaram que a colheita de sangue é uma das indicações do recurso ao CVCTI, ressaltaram que é de facto uma indicação, à exceção da colheita de sangue para o tubo de coagulação. Esta afirmação pode estar associada à heparinização do CVCTI.

Nas questões em que se colocou a possibilidade de responder a outras razões que não as mencionadas, quanto a esta questão acerca das vantagens do CVCTI, verificou-se no caso do setor A, que dois dos inquiridos afirmaram que uma das vantagens do CVCTI é promover o conforto do doente, por não ser necessário a punção de um acesso periférico. No setor B, um dos respondentes afirmou que o CVCTI também promove o conforto do doente; dois respondentes afirmaram que permite ter um acesso venoso fácil e

permanente; outros quatro enfermeiros responderam que é menos agressivo para os doentes, especialmente com maus acessos venosos, pois evita que sejam feitas diversas tentativas dolorosas de punção de um acesso periférico; no setor D, dos quatro enfermeiros respondentes, um deles afirmou que o CVCTI é útil quando existem determinadas necessidades terapêuticas e os acessos periféricos são escassos; outros dois declararam que é útil por não haver a necessidade de puncionar um acesso periférico, evitando múltiplas punções; e outro respondente defendeu que preserva a integridade das veias periféricas. Por último, no setor D, dos enfermeiros que responderam, um referiu que o CVCTI evita punções dolorosas, e que não há necessidade de repuncionar o doente; dois afirmaram que promove o conforto do doente; e outro inquirido mencionou que diminuí o consumo de tempo para o enfermeiro, no sentido em que demora menos tempo na punção de um acesso.

Estes resultados apontam para uma preocupação, por parte dos enfermeiros, na promoção do conforto, justificando-a pelo menor número de punções periféricas possíveis, de modo a reduzir o desconforto causado pela dor.

Nas respostas relativamente à questão 13, apresentadas na tabela 10, verificou-se não haver uma associação significativa dos resultados obtidos nos diferentes setores, no entanto, ao consultar-se a referida tabela, averiguou-se que, em números absolutos de frequência e percentagem, que maioritariamente, em todos os setores, existe unanimidade no que respeita ao recurso ao CVCTI na promoção da dignidade humana.

Sendo que esta resposta possibilitava a justificação da escolha da mesma, afirmativa ou negativa, irão ser de seguidas apresentadas as mesmas justificações, referidas pelos inquiridos.

No setor A, 91,7% dos enfermeiros afirmaram que o CVCTI promove a dignidade humana. As respostas mais prevalentes para justificar esta afirmação prenderam-se com o CVCTI promover a dignidade humana porque: diminui a sensação de sofrimento, ao “esconder” um acesso venoso que transmite a imagem de doença; promove a auto-imagem; como acesso permanente permite que o doente seja puncionado menos vezes a nível

periférico, atenuando o seu sofrimento; e reduz a dor, o stress e ansiedade relacionados com a procura e punção de acessos venosos.

No setor B, 93,3 % dos enfermeiros também concordaram com a promoção da dignidade humana pelo cateter, descrevendo que o CVCTI: promove um maior conforto na administração terapêutica paliativa ao doente, não havendo a também a necessidade de puncionar frequentemente o doente; diminuí o sofrimento associado à punção venosa, bastante difícil, nomeadamente em doentes com neoplasias em estadio terminal; evita as complicações associadas aos acessos venosos (flebites, hematomas).

No setor C, apesar de existirem três respostas negativas, a maioria dos respondentes afirmou que o CVCTI promove a dignidade humana (70%), pelas seguintes razões: ser um acesso mais seguro, que causa menos dor e sofrimento na punção do doente, porque evita punções venosas periféricas repetidas.

No setor D, 100% dos enfermeiros responderam afirmativamente a esta questão, afirmando assim que o CVTI promove a dignidade humana porque: é um acesso menos traumático para o doente; promove o conforto; promove a qualidade de vida dos doentes portadores, em fase paliativa; evita punções repetitivas; diminuí o número de técnicas invasivas, relacionadas com as punções periféricas e assim o sofrimento associado.

De um modo geral, as respostas entre os setores foram unânimes, salientando os mesmos aspetos, à exceção do setor D, que focou a importância na qualidade de vida dos seus portadores.

Apesar da maior parte das respostas serem afirmativas, existiram ainda algumas negativas nos vários setores.

No setor B existiu uma resposta negativa por parte de um inquirido, justificando que a colocação do CVCTI se trata de uma técnica cirúrgica, com os riscos inerentes à mesma, no caso de o doente não possuir ainda o CVCTI. Referiu ainda que no caso de o doente já ser portador do CVCTI, a resposta é afirmativa no que respeita à promoção da dignidade humana, pois possibilita um meio seguro de administração terapêutica, com menor necessidade de puncionar frequentemente o doente.

No setor C, três dos enfermeiros referiram que o CVCTI não promove a dignidade humana pela punção ser uma manobra invasiva, podendo utilizar-se a via subcutânea para a administração de terapêutica.

Provavelmente, alguns dos respondentes, não interpretaram corretamente a questão colocada, ficando com a ideia de que a colocação do CVCTI seria efetuada ao doente em situação terminal, o que na realidade causaria sofrimento desnecessário. A intenção seria recorrer a este tipo de dispositivos sempre que um doente em fase paliativa, ou não, o tivesse a *priori* (para realização de quimioterapia anteriormente, por exemplo).

Pode verificar-se, no enquadramento teórico, no capítulo sobre cateteres venosos centrais totalmente implantados, no subcapítulo acerca das vantagens deste tipo de dispositivos, que são:

- Ter um acesso venoso central, rápido e fácil de utilizar por profissionais qualificados;
- Baixa taxa de complicações;
- Diminuição do risco de lesões nos tecidos periféricos devido a extravasamento de fármacos, diminuindo o risco de infeção e flebite;
- Menos suscetibilidade a infeções locais e sistémicas;
- Diminuição do traumatismo associado a sucessivas punções;
- Permite uma boa mobilidade e conforto para o seu portador, não interferindo com as suas atividades de vida;
- Possibilitam o tratamento em regime de ambulatório;
- O tempo de permanência do sistema de acesso venoso pode ser prolongado (anos), possibilitando um enorme número de punções. (Almeida, Pinheiro, Realista, Corte-Real, & Abranches, 2008) (Calatayud, et al., 2006)

Tendo em conta as vantagens supracitadas, e partindo do princípio, que de acordo com Chochinov (2006), que o conceito de “morrer com dignidade” se encontra associado a aspetos como o conforto básico, as necessidades psicológicas, sociais, culturais e espirituais, a qualidade dos cuidados recebidos, a consideração, o respeito e as relações mantidas, também de acordo com as respostas obtidas, podemos pensar que os respondentes na sua maioria recorrem ao uso do CVCTI como forma de promover a dignidade.

É possível ainda verificar que, no capítulo sobre os sintomas prevalentes em fim de vida, a maioria dos fármacos utilizados para o seu controle existem na formulação EV. Deste modo, seria importante o recurso ao cateter, em regime de internamento ou ambulatório, para o controle de sintomas em doentes em fim de vida, pelas vantagens supracitadas no enquadramento teórico, assim

como pelos enfermeiros respondentes, que lidam diariamente com doentes em fim de vida.

Já a questão 14, aborda o recurso ao CVCTI na promoção da qualidade de vida, como se pode observar na tabela 11. A maioria dos respondentes, em números absolutos de percentagem e frequência, manifestam-se a favor da promoção da QdV através do CVCTI, elegendo como afirmativos os indicadores: “promoção do conforto e segurança do doente”, “reduz a ansiedade com a procura de um acesso venoso”, “oferece maior mobilidade e liberdade de movimentos”, e “acesso venoso rápido e fácil para administração terapêutica”.

Pode assim partir-se do pressuposto de que é preocupação dos enfermeiros, prestarem cuidados de saúde que promovam a qualidade de vida, o que vai de encontro ao enquadramento teórico, quando é referido que “(...) avaliar a QdV na doença crónica é importante porque nos permite: reconhecer o impacto da doença e seu tratamento em diversas áreas de vida do doente; aperfeiçoar o conhecimento acerca dos efeitos secundários dos tratamentos; avaliar o ajustamento psicossocial à doença; mensurar a eficácia dos tratamentos; definir e desenvolver estratégias com vista a uma melhoria do bem-estar dos doentes e família; e proporcionar informação prognóstica relevante quer para a resposta ao tratamento quer para a sobrevivência”. (Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010)

Esta preocupação em promover a QdV nos doentes e suas famílias, é de consenso internacional, pelo que o seu conceito representa uma “perspetiva transcultural, assim como multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual” (WHOQOL Group, 1993, 1994, 1995, 1998) citado por Canavarro et al (2010).

Sobre o último capítulo do questionário, verificou-se o conhecimento que a amostra inquirida apresenta sobre a manipulação do CVCTI.

Apurou-se, no que concerne à questão 15, apresentada na tabela 12, sobre o tipo de agulha utilizada para a punção do CVCTI, que a grande maioria dos participantes, em valores absolutos de frequência e percentagem, salientam como o tipo de agulha a utilizara “agulha de Hubber”. Os enfermeiros respondentes referem por unanimidade, em números absolutos, que possuem conhecimentos relativamente à agulha que deve ser utilizada, refutando o uso de qualquer outro tipo de agulha. Ressalva-se apenas o facto de existir uma minoria, que se manifesta relativamente ao uso da agulha subcutânea, revelando défice de conhecimento. Como corroborado no que foi descrito no enquadramento conceptual, quanto ao tipo de agulha usada no CVCTI: “as agulhas com bisel lateral de tipo Hubber, como a *surecan*® ou a *cytocan*®, estão adaptadas para serem usadas com sistemas implantáveis, ocasionam menos traumatismos e permitem um maior número de punções (aproximadamente 2000). Não são aconselháveis as agulhas hipodérmicas normais porque danificam o septo e podem provocar o bloqueio do sistema de acesso venoso através de pequenas partículas de silicone”. (Malcata & Pequito, 2007)

A questão 16 refere-se ao conhecimento dos enfermeiros participantes sobre os sinais/ sintomas que podem indicar o comprometimento do cateter, e encontra-se representada na tabela 13.

Quanto à significância estatística, verificou-se haver uma associação entre o conhecimento do sinal/sintoma “palpitações ou desconforto no peito” nos vários setores, sendo que em números absolutos, é no setor C que se verifica maior proporção (gráfico 5). Quanto à “dispneia”, é no setor B que se destaca uma maior percentagem de enfermeiros que a assinalaram como sinal/sintoma de comprometimento do cateter, ao contrário dos restantes setores. O setor D obteve menor número de respostas afirmativas para este indicador.

As respostas, em números absolutos, com maior frequência e percentagem, situam-se maioritariamente em: “funcionamento intermitente do cateter” e “dificuldade em aspirar ou infundir”. Tal facto pode ser justificado por serem os sintomas mais comuns, e de mais fácil identificação por parte do enfermeiro, ao manipular o cateter.

Quanto às restantes respostas, não houve consenso entre os respondentes, sendo que a generalidade dos enfermeiros do setor A não referiu a “dor

subclavicular” como sinal/sintoma indicador de comprometimento do cateter, contrariamente aos restantes setores, o que revela falta de conhecimento.

No setor C, apurou-se que, dois dos participantes, responderam também “outras”. Um deles afirmou que o edema/ tumefação local (por infiltração da terapêutica) é um sintoma de comprometimento da integridade do cateter. Outro dos inquiridos, referiu também o edema em volta da câmara do cateter, referindo ainda o rubor em torno da câmara como sinal de compromisso do CVCTI.

Como foi anteriormente descrito no subcapítulo sobre os sinais clínicos que podem indicar que a permeabilidade e a integridade do CVCTI pode estar comprometida, podem ser:

- O doente tem de elevar o braço para permitir a infusão;
- Funcionamento intermitente do cateter;
- Dificuldade em aspirar ou infundir;
- Dor subclavicular ou edema local, durante a infusão;
- Palpitações ou desconforto no peito. (Almeida, Pinheiro, Realista, Corte-Real, & Abranches, 2008)

O rubor local é um sinal de infeção ou rejeição do cateter, e não de compromisso do seu funcionamento.

Quanto à questão 17, apresentada na tabela 14, que se relaciona com as complicações decorrentes do uso do CVCTI, das várias respostas obtidas, a estatisticamente mais significativa foi a “deslocação do cateter”, verificando-se que 100% dos enfermeiros do setor C consideram este indicador como complicação, ao contrário do que acontece com os enfermeiros do setor D. Ainda se constatou que em números absolutos de frequência e percentagem, a “obstrução do cateter” é maioritariamente apresentada como uma das complicações com maior incidência. Já no que respeita à “rotura do cateter” e “exteriorização do cateter” como complicações, a maioria dos respondentes, em números absolutos e em termos percentuais, manifestam não as considerarem como tal, o que se revela, de certo modo, preocupante.

Existem, nos vários setores, um total de 8 inquiridos que escolheram a resposta “outros” como opção. Os respondentes acrescentaram outras complicações, sendo elas: infecção/sépsis; trombose/embolia; lesão do plexo braquial; hemotórax; pneumotórax; arritmia cardíaca e exteriorização da agulha. Sendo que esta última não é considerada uma complicação, mas sim uma intercorrência da administração terapêutica.

A escolha destas complicações por parte de alguns dos inquiridos pressupõe que estes conhecem as complicações, de um modo geral, de um cateter venoso central, sendo um dispositivo mais conhecido e manipulado pela maior parte dos enfermeiros.

Relembrando as complicações do cateter, estas: “não são apenas operatórias, decorrentes da própria técnica cirúrgica da colocação do cateter (pneumotórax ou falso trajeto de cateter), podem ser também complicações imediatas ou tardias, de carácter local ou relacionadas com o próprio cateter. As complicações locais podem ser: hemorragia, hematoma subcutâneo, reação inflamatória, infecção, ulceração ou necrose cutânea, embolia ou trombose venosa. As complicações mecânicas podem ser: fratura do cateter, migração da câmara, obstrução do cateter - por dobragem do cateter, bloqueio do extremo distal contra a parede vascular, compressão do cateter entre a clavícula e a primeira costela, oclusão por precipitação de fármacos ou coágulos”. (Malcata & Pequito, 2007)

Em relação à questão 18 “Tem por hábito utilizar o CVCTI para administração de terapêutica e alimentação EV nos doentes portadores do mesmo?”, existe uma concordância quase geral de respostas afirmativas em todos os setores, existindo apenas quatro enfermeiros (3 do setor A e 1 do setor C) que referiram não recorrer ao CVCTI para administração de terapêutica e alimentação via EV, como apresentado na tabela 15. Tal facto não parece estar em consonância com o descrito em questões anteriores, tais como, as indicações para o recurso ao CVCTI, em que uma parte significativa dos inquiridos não referiu serem indicações a administração de antibióticos e de nutrição parentérica (tabela 8). Verificou-se no entanto, que o hábito de utilizar o CVCTI para a administração terapêutica e alimentação via EV não está associado com o setor.

Dos quatro enfermeiros que referiram não usar o CVCTI para a administração de terapêutica e alimentação EV nos doentes portadores dos mesmos (questão 19), apenas um enfermeiro pertencente ao setor A referiu ter conhecimentos insuficientes acerca do cateter. Outros dois enfermeiros do setor A e ainda um enfermeiro do setor C referiram “outras”. Quanto aos enfermeiros do setor A, um deles respondeu “outras”, por utilizar o CVCTI para administração de terapêutica, mas não para alimentação EV, por ser pouco usual no serviço; o outro inquirido do setor A afirmou não utilizar o cateter para a alimentação via EV por risco de obstrução do cateter. O enfermeiro do setor C que afirmou não usar o cateter nestas situações referiu também não ser habitual no serviço a administração de alimentação EV.

Tratando-se de um cateter central, e visto ser uma das indicações do recurso ao mesmo, a administração de alimentação parentérica, parece não haver um esclarecimento adequado sobre as indicações do cateter, não apenas por parte dos respondentes, mas também pelo serviço onde exercem.

A questão 20 determina a frequência que os enfermeiros respondentes consideram adequada para a mudança do sistema de soro, e da agulha do CVCTI. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas na média (M) de horas para a substituição do sistema de soro, entre os vários setores.

No que respeita à média de horas para a substituição da agulha do CVCTI, os setores C e D apresentaram uma média e desvio padrão (DP) mais elevados, contrariamente aos setores A e B. Deste modo, a grande maioria dos respondentes dos setores A e B afirmam que a média de tempo necessário para a troca da agulha do CVCTI ronda cerca de 7 dias, enquanto nos setores C e D se aproxima dos 14 dias (foi efetuada a conversão de horas em dias).

A comparação múltipla de médias através do teste a *posteriori* de Tukey revelou que, os enfermeiros inquiridos pertencentes ao setor D referem um tempo de horas para a substituição do sistema de soro superior, em comparação aos inquiridos do setor B e do setor C, mas que não apresentam diferenças entre o setor A.

De acordo com os resultados acima supracitados, parecem ser os enfermeiros do setor A, os que se encontram mais informados sobre a frequência necessária à troca do sistema de soro e da agulha do CVCTI.

Relembrando a literatura anteriormente descrita, a mudança dos sistemas de perfusão deve ser feita de 72 em 72h, à exceção do caso dos compostos lipídicos e hemoderivados, nesses casos deve ser feita a mudança de 24 em 24h. No caso específico do propofol®, pela agressividade deste composto no material do sistema, a mudança deve ser feita a cada 12 – 24h no máximo. (Andrade, Pais, Carones, & Ferreira, 2010)

Relativamente ao tempo de permanência da agulha no cateter, esta deverá ser trocada de 7 em 7 dias, quando existe a necessidade de utilização prolongada do cateter. (Malcata & Pequito, 2007)

Na questão 21 tentou perceber-se, o mais pormenorizadamente possível, como os enfermeiros procedem à limpeza do local da punção do CVCTI. Após as respostas referidas pelos inquiridos, optou-se por recorrer à análise de conteúdo das mesmas. As repostas foram identificadas e agrupadas em função das unidades de enumeração, criando-se no total 17 unidades de registo (tabela 17).

Das 17 unidades de registo apresentadas na tabela referida, existiram 3 delas que se salientaram, e se revelaram estatisticamente significativas, mostrando-se relacionadas com o setor, sendo então: “luvas esterilizadas”, “limpeza com soro fisiológico” e “lavagem das mãos”.

No que diz respeito ao uso de “luvas esterilizadas”, verificou-se que existe um menor número de respostas acerca desta ideia no setor B, contrariamente ao setor D, onde existe um maior número de respostas (90,9 % dos respondentes referiram o uso de luvas esterilizadas).

Quanto à “limpeza com soro fisiológico”, esta ideia evidenciou-se mais no setor B, estando menos evidente no setor C.

A “lavagem das mãos” foi uma ideia bastante evidente nos respondentes do setor D (36,4%), contrariamente aos restantes setores, onde esta ideia não foi salientada por nenhum enfermeiro.

Por estes resultados, pode ser especulado que os enfermeiros do setor D são quem mais se preocupa com os procedimentos de limpeza e assépsia na aceção ao CVCTI, podendo existir uma chefia, ou um grupo de trabalho que evidencia tais cuidados na prevenção de infeções.

Reverendo o procedimento da punção do CVCTI: Ao proceder-se à punção do cateter implantofix® deve ser sempre utilizada a técnica asséptica rigorosa e ter em conta alguns aspetos fundamentais:

1. Explicar todo o procedimento ao doente, de forma a obter a sua colaboração e consentimento;
2. Lavar as mãos;
3. Preparar todo o material necessário;
4. Deitar ou sentar confortavelmente o doente, numa posição que seja adequada à localização do reservatório;
5. Delimitar o local a puncionar;
6. Aplicar anestésico tópico;
7. Desinfetar o local a puncionar com solução recomendada pela comissão de controlo de infeção hospitalar, com movimentos circulares, do centro para a periferia, e deixar secar;
8. Preencher todo o prolongamento da agulha com soro fisiológico e clampar a agulha;
9. Com o dedo indicador, médio e polegar da mão não dominante, delimitar os bordos do reservatório e fixá-lo;
10. Pedir ao doente para efetuar uma inspiração forçada e reter o ar;
11. Simultaneamente à manobra anterior, espetar a agulha firmemente através da pele e membrana, na perpendicular desta, até que sinta a ponta da agulha atingir a base do reservatório;
12. Injetar soro fisiológico e verificar a permeabilidade do cateter. (Almeida, Pinheiro, Realista, Corte-Real, & Abranches, 2008)

Apesar de alguns dos enfermeiros inquiridos terem referido como procedimento a “limpeza com soro fisiológico”, embora não seja um procedimento incorreto, normalmente não é utilizado e considera-se desnecessário. Deve sim, fazer-se a desinfecção do local a puncionar com a solução recomendada pela comissão de controlo de infeção hospitalar (CCIH). No que respeita à escolha solução utilizada para realizar a desinfecção, não houve um consenso nas respostas obtidas, parecendo existir algumas dúvidas neste sentido. Apenas um respondente afirmou que a solução a utilizar seria a recomendada pela CCIH, o

que não revela a certeza se conhece ou não a solução. As restantes respostas variaram entre a iodopovidona dérmica, a iodopovidona iodada, a solução com clorhexidina, solução alcoólica, solução alcoólica iodada, havendo quem referisse solução desinfetante/ assética. O antisséptico recomendado no hospital onde trabalho é a clorhexidina 2% solução alcoólica (Skin-Prep®) e em alternativa a iodopovidona 1% solução alcoólica (Braunoderm®), sendo soluções acessíveis a todos os serviços, de um modo geral.

Na questão 22 foi solicitado aos inquiridos que descrevessem, o mais pormenorizadamente possível, os cuidados ao CVCTI após a administração terapêutica. Foi também feita uma análise de conteúdo das mesmas respostas, agrupando-se em unidades de registo com base nas unidades de enumeração, num total de 13 (tabela 18).

Foi encontrada apenas uma associação entre as respostas e o setor, sendo a “heparinização do cateter”, a que se mostrou estatisticamente significativa. Assim, nenhum enfermeiro do setor A mencionou este procedimento como sendo um cuidado a ter após a administração terapêutica, contrariamente aos restantes setores (gráfico 12).

Apesar de não ser estatisticamente significativo, mas em frequência e percentagem absolutas se demonstraram relevantes, os enfermeiros de todos os setores referiram a “lavagem do sistema/prolongamento”, havendo um total de concordância acima dos 80%.

De acordo com o protocolo do serviço onde trabalho, os cuidados a ter após a utilização do cateter são:

Sempre que o cateter for utilizado, no fim da sua utilização, deve ser feita uma lavagem com soro fisiológico 0,9%, seguida da heparinização do cateter. Este procedimento deve também ser realizado sempre que o cateter não esteja a ser utilizado, num período que não está bem definido. Este período pode variar de acordo com o fabricante do cateter, ou com o protocolo de cada hospital e/ou serviço. De acordo com a principal marca de fabricante deste tipo de cateteres, a B Braun®, a periodicidade recomendada para a heparinização do cateter é entre 4 a 6 semanas. No caso de outra literatura pesquisada, o intervalo varia entre 4 semanas e 4 meses. No entanto, no serviço onde trabalho, o intervalo recomendado aos doentes é de 8 em 8 semanas, e a taxa de oclusão ou infeção dos doentes que acompanho é praticamente nula. A heparinização do cateter consiste então na introdução de uma solução de heparina sódica (anti-coagulante) diluída em soro fisiológico 0,9%, ou então uma solução pronta, por exemplo

fibrilin ®, que contém 20UI de heparina sódica por cada mililitro. No caso da utilização da heparina, a diluição mais comumente utilizada, descrita na literatura, é de 1 ml de heparina (5000 UI) em 9 ml de soro fisiológico 0,9%, e de seguida administram-se entre 5 a 7 ml desta solução diluída. A quantidade de ml a administrar depende também do protocolo de cada serviço. No serviço onde trabalho, é utilizada a solução pronta de fibrilin® e são administrados 3 ml posteriormente à lavagem prévia do cateter com cerca de 20 ml de soro fisiológico 0,9%.

Por último, na questão 23, foi solicitado aos inquiridos que descrevessem alguns contributos que lhe parecessem facilitadores no desenvolvimento de competências, que permitam o recurso à utilização do CVCTI. Foram analisadas as respostas, também recorrendo à análise de conteúdo, encontrando-se 7 unidades de registo de acordo com as unidades de enumeração. Os resultados obtidos do qui-quadrado não revelaram nenhuma associação significativa entre o setor e os contributos enumerados pelos enfermeiros respondentes. No entanto, em percentagens e frequências absolutas, destacaram-se algumas ideias. A “formação em serviço/ hospital” foi referida em grande percentagem em todos os setores, alcançando os 100% no setor C.

Podemos concluir, após discussão dos resultados obtidos, que a maioria dos respondentes não parece apresentar uma informação/ formação consistente acerca do recurso e manuseamento dos CVCTI, e deste modo sentem a necessidade de receber formação específica no que respeita ao manuseamento do CVCTI.

8. CONCLUSÃO

Pode concluir-se através do estudo realizado, que apesar de o CVCTI ser um dispositivo cada vez mais utilizado nos doentes, pelo crescente aumento de portadores de doenças crónicas, com necessidade de realização de tratamentos prolongados, permanece ainda desconhecido para os enfermeiros, apesar de serem o grupo de profissionais que principalmente os manipula.

Foi possível perceber alguma divergência nas respostas, o que leva a crer que os enfermeiros não se encontram bem informados sobre o recurso ao cateter.

Podem colocar-se inúmeras hipóteses justificativas do pouco conhecimento, de um modo geral, sobre os CVCTI.

Em primeiro lugar, a pouca experiência dos enfermeiros no serviço pode justificar o facto de terem pouco contacto com doentes portadores deste tipo de cateteres. Constatou-se, no entanto, que a colocação deste tipo de dispositivos tem vindo a ser cada vez mais recorrente nos últimos anos, sendo expectável que os enfermeiros já tenham tido contacto com vários doentes portadores dos mesmos, e daí apresentarem um conhecimento mais consistente.

Verifica-se que a maior parte dos enfermeiros inquiridos são relativamente jovens, exercem a atividade profissional há poucos anos, e são maioritariamente licenciados, sendo expectável que a temática dos cateteres venosos centrais totalmente implantados tenha sido abordada nos cursos de licenciatura. No entanto, à exceção dos enfermeiros que realizaram estágios curriculares em serviços em que é recorrente os doentes possuírem este tipo de dispositivos, tais como os hospitais de dia ou outros serviços específicos, a informação dos enfermeiros sobre CVCTI é diminuta ou mesmo nula ao longo da formação pré-graduada.

Foi possível identificar, através do questionário aplicado, as razões que levam os enfermeiros a recorrerem ao CVCTI, percebendo-se que não existe um conhecimento aprofundado por parte dos mesmos, sobre as indicações deste dispositivo.

Quanto às vantagens do CVCTI, referidas pelos respondentes, a grande maioria referiu que este dispositivo é fácil de manipular, recorrendo ao mesmo quando existe a necessidade de administração terapêutica e alimentação EV, o

que não corresponde ao referido por parte dos doentes (os enfermeiros não recorrem ao cateter).

É de salientar, que muitos dos respondentes refere que o recurso ao CVCTI no doente em fase paliativa promove a dignidade humana, o que vai ao encontro ao referenciado nas vantagens do uso CVCTI.

Pode verificar-se, através da fundamentação teórica, que os CVCTI são dispositivos com bastantes vantagens, podendo ser muito úteis nos doentes em fim de vida, pois promovem a qualidade de vida e a dignidade humana, ao evitarem uma série de procedimentos dolorosos no doente.

Deste modo, considera-se de suma importância a formação contínua e treino aos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, no que respeita à manipulação destes dispositivos, às indicações para o uso, aos procedimentos relativos à inserção, à manutenção e às medidas apropriadas de controlo de infeção.

Relativamente à metodologia utilizada, notou-se como limitação o reduzido número de participantes. Apesar dos serviços de medicina eleitos para estudo possuírem, em média, um total de 60 enfermeiros, alguns dos enfermeiros da amostra encontravam-se de férias ou de licença, existindo elementos que se escusaram a participar no estudo. Após a análise dos resultados, foi possível perceber que uma amostra superior poderia ter sido mais vantajosa, aclarando os resultados obtidos. Possivelmente, num futuro próximo, o estudo poderá ser alargado aos restantes serviços de Medicina do mesmo Hospital, de modo a obter resultados mais consistentes.

Como sugestões, e em concordância com o referido na fundamentação teórica, aconselha-se a abordagem destas temáticas – cuidados paliativos e cateteres venosos centrais totalmente implantados – na formação inicial de enfermeiros, sendo de suma importância o seu aprofundamento, nos cursos de mestrado ou especialidade nestas áreas.

De futuro, pretende-se desenvolver uma investigação mais aprofundada nesta área, de modo a sedimentar o conhecimento desta temática, colaborar na formação dos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, e deste modo contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde aos doentes portadores deste dispositivo, e conseqüentemente aos doentes em cuidados paliativos e suas famílias.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9.1. Bibliografia Utilizada e Consultada

- Aguayo, B. E. (2011). Cuidados Paliativos em Insuficiência Cardíaca (IC) ¿Podemos Hacer Más? *Enfermería en Cardiología N.º 53 / 2.0*, pp. 58-65.
- Almeida, A., Pinheiro, A., Realista, F., Corte-Real, I., & Abranches, M. (2008). Normas para administração terapêutica - Hospital de Santa Maria. *Norma n.º 12 E - Administração de terapêutica por via endovenosa: cateter venoso de longa duração*. Lisboa.
- Alminhas, S., & Nunes, P. (Março - Junho de 2012). Cateter Venoso Central: Que Práticas na Procura da Excelência. *Revista Onco.news - Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa n.º 20*, pp. 11-19.
- Andrade, A., Pais, P. C., Carones, N., & Ferreira, M. (2010). Prevenção da bacteriémia associada a CVC. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, pp. 55-59.
- APCP. (2014). *Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. Obtido em 18 de Abril de 2014, de História da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos: <http://www.apcp.com.pt/aassociacao/histria.html>
- Associação Alzheimer Portugal. (2014). Obtido em 17 de Maio de 2014, de Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-18-o-que-e-a-demencia>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). Formação de enfermeiros em cuidados paliativos. *Recomendações da APCP*. APCP.
- Azevedo, P. (2010). Dispneia. In A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 191-200). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da FMUL.

- B Braun Medical. (2005). Instruções de uso de portes de acesso - Celsite. França.
- Barbosa, A. (2012). *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da FMUL.
- Barbosa, A. (2012). *Investigação Quantitativa em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da FMUL.
- Barbosa, A., & Neto, I. G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bernardo, A., & Querido, A. (2010). Náuseas e Vômitos. In A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 127-141). Lisboa: Núcleo do Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da FMUL.
- Braun, L. (s.d.). Instruções de uso de portes de acesso - Celsite. França.
- Calatayud, J. M., Prado, A. V., Mas, J. C., Tarragón, A., Sayas, M., Vila, T., & Mas, L. (2006). *Sistemas de acceso venoso permanente con dispositivo de reservorio subcutáneo*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). *Qualidade de Vida e Saúde: Aplicações do WHOQOL*. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa.
- Candeias, M. C. (2009). Formação dos enfermeiros em Cuidados Paliativos. *Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação*. Faro: Universidade do Algarve.
- Capelas, M. L. (2014). *Indicadores de qualidade para os serviços de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Universidade Católica Editora .
- Chochinov, H. (Mar-Apr de 2006). Dying, dignity and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 56, pp. 84-103.

- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., & Cordeiro, S. (2005). *O cancro e a qualidade de vida*. Sintra: Novartis.
- DeKosky, S., & Marek, K. (Outubro de 2003). Looking Backward to Move Forward: Early Detection of Neurodegenerative Disorders. *Science* Vol.302, pp. 830-834.
- Direcção Geral de Saúde. (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Obtido em Fevereiro de 2014, de http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf
- Direcção Geral de Saúde, D. (2004). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Circular Normativa Nº: 04/DGCG*.
- D'Oliveira, T. (2002). *Teses e Dissertações - Recomendações para a aleboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Editora RH.
- Donlan, R. M. (Mar-Apr de 2001). Biofilms and device-associated infections. *Emerg Infect Dis*.
- Eagar, K. e. (1997). Report of the national sub-acute and not-acute casemix classification study. *Centre for Health Service Development - University of Wollongong*. Austrália.
- Emanuel, E. J. (1996). Cost savings at the end of life: what do the data show? . *JAMA*, pp. 1907-1914.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1994). The economics of dying: the illusion of cost savings at the end of life . *N Engl J Med* , pp. 540-544.
- Fortin, M. (2009). *Funadamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Ganeshan, A., Warakaulle , D. R., & Uberoi, R. (30 de 2007). Central Venous Acess. *Cardiovascular and Interventional Radiology*, pp. 26-33.

- Gonçalves, J. F. (2009). *A Boa-Morte: Ética no fim da vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Gonçalves, J. F. (2011). *Controle de Sintomas no Cancro Avançado* (2ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2012). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Instituto Nacional de Estatística. (Dezembro de 2013). Estatísticas oficiais. *Boletim Mensal de Estatística*, pp. 28-29.
- Krzywda, E. A. (7(3) de 1998). Central venous access - Catheters, technology and physiology. *Medsurg Nursing*, pp. 132-141.
- Kuriakose, P., Colon-Otero, G., & Paz-Fumagalli, R. (13 de 2002). Risk of deep venous thrombosis associated with chest versus arm central venous subcutaneous port catheters: A 5-year single institution retrospective study. *Journal of vascular interventional radiology*, pp. 179-184.
- Lopez-Tourres, F., Lefebvre-Chapiro, S., Fétéanu, D., & Trivalle, C. (2009). Soins palliatifs et maladie d'Alzheimer. *La Revue de médecine interne* Vol. 30, pp. 501-507.
- Luz, M. D. (2009). Como entendem os estudantes finalistas do curso de enfermagem estarem preparados para cuidar a pessoa em fim de vida e família. *Dissertação apresentada para concurso de prova pública para professor coordenador na E.S.E.L. (Não publicada)*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Malcata, M. J., & Pequito, S. (Outubro de 2007). Cateter venoso central totalmente implantado e as respetivas intervenções de enfermagem. *Nursing*, pp. 12-16.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística - com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Meireles, A. C. (2008). *Cuidados Paliativos... e seu Triângulo de Excelência* .
Obtido em 18 de Abril de 2014, de Portal de Saúde pública:
http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/CuidadosPaliativos_CMeireles.htm
- Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2010).
Enfermagem Médico-Cirúrgica (8ª ed.). Loures: Lusociência.
- Murtagh, F. e. (2006). End-of life care in end-stage renal disease: renal and palliative care. *British Journal of Nursing Vol. 15, Nº. 1*, 8-11.
- Neto, I. G. (2010). *Cuidados Paliativos* . Lisboa: Alêtheia Editores.
- Neto, I. G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. N. Barbosa, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 1-35). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da FMUL.
- Niederhuber, J., Ensminger, W., Gyves, J., Liepman, M., Doan, K., & Cozzi, E. (92 de 1982). Totally implanted venous and arterial access system to replace external catheters in cancer treatment. *Surgery*, pp. 706-712.
- Pereira, J. L. (2010). Gestão da dor oncológica. In A. Barbosa, & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 69-111). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética.
- Pereira, S. M. (2007). Formação sobre cuidados paliativos no ensino pré-graduado em enfermagem. *Dissertação de mestrado em Bioética pela UCP*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Pessini, L., & Bertachini, L. (2004). *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Edições Loyola.
- Pimenta, C., Mota, D., & Cruz, D. (2006). *Dor e Cuidados Paliativos*. Tamboré - Brasil: Manole.
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Edições Almedina.

- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança. *Revista portuguesa de saúde pública*, pp. 27-39.
- Ponce, P., Oliveira, J., Almodóvar, T., Bernardo, M., Marques, J. B., & Fernandes, A. (2006). *Manuel de terapêutica médica - Oncologia*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Regateiro, F., Birlo, M., Assunção, A., Monteiro, M., Nunes, R., & Rodrigues, J. (2004). *Enfermagem Oncológica*. Coimbra: Formasau.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde* (3^a ed.). Porto: Livpsic - Psicologia.
- Ritto, C., Rocha, F., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., Pina, P., . . . Faustino, S. (2012). *Manual de dor crónica*. Amadora: Fundação Grunenthal Portugal.
- Santos, F. S. (2010). Insuficiência Cardíaca no Idoso: Etiologia, Diagnóstico, Tratamento e Prognóstico. *Mestrado Integrado em Medicina, FMUP*.
- Santos, F. S. (2011). *Cuidados Paliativos - Diretrizes, Humanização e Alívio de sintomas*. São Paulo: Atheneu.
- Santos, F. S. (2011). *Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de sintomas*. São Paulo: Atheneu Editora.
- Sapeta, P. (2002). Formação pré-graduada em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica. *Dissertação apresentada para concurso de prova pública para professor coordenador na E.S.S. Dr. Lopes Dias (Não publicada)*. Castelo Branco: E.S.S.Dr. Lopes Dias.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência.
- Sida, C. N. (2009). *Recomendações Portuguesas para o tratamento da infecção VIH/ Sida*. Lisboa.

- Silva, A., Oliveira, F., & Ramos, M. E. (Dezembro de 2009). Infecção associada ao Cateter Venoso Central – Revisão da Literatura. *Referência nº. 11*, pp. 125-134.
- Silva, E. (2007). *Profissionais de saúde, cateteres com reservatório e seus biomateriais. Dissertação de mestrado*. Aveiro: Universidade de Aveiro - Secção Autónoma das Ciências da Saúde.
- Soares, R. S. (2011). Papel da Carga Viral Celular na Imunodeficiência HIV/SIDA. *Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas*. Lisboa.
- Sousa, L. (2007). *Sobre.. vivendo com o cancro: o doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi editores.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos (2ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação - Processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Yung, B., Campbell, I., Elborn, J., Harvey, J., & Shale, D. (90 de 1996). Totally implantable venous access device in adult patient with cystic fibrosis. *Respiratory Medicine*, pp. 353-356.

APÊNDICES

Apêndice I

Questionário Aplicado

Questionário

Este questionário destina-se a realizar um estudo sobre o cuidar do doente em Cuidados Paliativos com cateter venoso central totalmente implantado. Está a ser desenvolvido no âmbito da tese de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa - Instituto de Formação Avançada, com o intuito de compreender a perceção que os enfermeiros dos serviços de medicina do Hospital S.M., que cuidam de doentes em situação paliativa, possuem sobre o recurso ao cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo e consequente manipulação.

As informações recolhidas através deste questionário são confidenciais e não serão usadas para outros fins.

Agradeço desde já a vossa disponibilidade e colaboração sem as quais este estudo não será possível realizar.

Assinale com uma cruz (X) a/s alínea/s correspondentes à resposta selecionada.

Se pretender, pode assinalar mais que uma resposta.

Muito obrigada.

I – Caracterização da Amostra

1. Sexo:

Feminino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

2. Idade ____ Anos

3. Estado Civil:

Solteiro	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>
Divorciado	<input type="checkbox"/>
Viúvo	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

4. Realizou o curso de Enfermagem na Escola Superior de _____

5. Habilitação acadêmica:

Bacharelato	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	
Outro	

Qual? _____

6. Anos de experiência profissional:

< 1 ano	
1 a 3 anos	
4 a 6 anos	
7 a 10 anos	
> 10 anos	

7. Anos de experiência profissional no serviço onde exerce a sua atividade profissional:

< 1 ano	
1 a 3 anos	
4 a 6 anos	
7 a 10 anos	
> 10 anos	

II – Aceção do Cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo (CVCTI)

8. Considera que está bem informado sobre o recurso a este tipo de cateter?

Sim	
Não	

9. Caso a resposta tenha sido afirmativa, como obteve essas informações?

Contacto com doentes portadores destes cateteres	
Artigos publicados sobre o tema	
Colegas de trabalho	
Formação em serviço	
Formação escolar	
Internet	

10. Na sua opinião, como classifica os seus conhecimentos sobre este tipo de cateteres?

Deficientes	
Suficientes	
Bons	
Muito bons	

11. Quais são para si as indicações para o recurso a este tipo de cateter?

Administração de quimioterapia	
Administração de antibióticos	
Administração de nutrição parentérica	
Administração de terapêutica transfusional	
Colheita de sangue	
Outra	

Qual? _____

12. Das seguintes informações, quais são, na sua opinião, as vantagens deste tipo de cateter?

Fácil de manipular	
Não exige assepsia na sua manutenção	
Facilitam a higiene corporal	
Favorecem a auto-imagem	
Não exige colocação cirúrgica	
Possibilitam colheitas de sangue	
Outras	

Quais? _____

13. Considera que o recurso a este tipo de dispositivo promove a dignidade humana no doente em fase paliativa?

Sim	
Não	

Justifique:

14. Na sua opinião, o recurso ao CVCTI nos doentes em fase paliativa promove a qualidade de vida porque:

Facilita as boas práticas	
Promove o conforto e a segurança do doente	
Tem uma baixa taxa de infeções	
Reduz a ansiedade relacionada com a procura de um acesso venoso	
Oferece maior mobilidade e liberdade de movimentos	
Acesso venoso rápido e fácil para administração terapêutica	
Não provoca dor ao portador na sua punção	
Outros	

Quais? _____

III – Manipulação do Cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo (CVCTI)

15. O reservatório implantável é constituído por uma membrana de silicone que permite a punção através de uma agulha. Que tipo de agulha é utilizada na punção do CVCTI?

Qualquer tipo de agulha	
Agulha subcutânea	
Agulha de silicone	
Agulha tipo Huber®	
Agulha intra-muscular	

16. Quais dos seguintes sinais/sintomas podem indicar que a permeabilidade e integridade do cateter estão comprometidas?

Funcionamento intermitente do cateter	
Dificuldade em aspirar ou infundir	
Sensação de ardor na infusão	
Dor subclavicular	
Palpitações ou desconforto no peito	
Dispneia	
Outros	

Quais?

17. Que complicações podem surgir nos portadores deste tipo de cateter?

Hematomas	
Tamponamento cardíaco	
Obstrução do cateter	
Deslocação do cateter	
Rutura do cateter	
Exteriorização do cateter	
Outras	

Quais? _____

18. Tem por hábito utilizar o CVCTI para administração de terapêutica e alimentação EV nos doentes portadores do mesmo?

Sim	
Não	

19. Se respondeu NÃO à questão anterior, quais as razões da não utilização?

Insegurança na técnica de punção do cateter	
Não possuir no serviço material que ache indicado para a punção	
Conhecimentos insuficientes acerca do cateter	
Desconhecimento das vantagens do cateter	
Achar que para o doente é um meio de acesso venoso mais doloroso	
Outras	

Quais? _____

20. Qual a frequência que considera adequada para substituir:

- a) A agulha do CVCTI: _____ horas ou _____ dias
- b) O sistema do soro: _____ horas ou _____ dias

21. Descreva, o mais pormenorizadamente possível, como procede à limpeza do local da punção do CVCTI:

22. Descreva, o mais pormenorizadamente possível, os cuidados ao CVCTI após a administração terapêutica:

23. Apresente alguns contributos que lhe pareçam facilitadores no desenvolvimento de competências que permitam o recurso à utilização do CVCTI:

Apêndice II

Consentimento Informado

Consentimento Informado

O presente estudo, para o qual solicitamos a vossa colaboração, é realizado no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pela aluna Raquel Filipa Martinho dos Santos, Enfermeira do Serviço de Oncologia Médica do Hospital S.M..

É um estudo do tipo quantitativo, exploratório e descritivo, dirigido aos enfermeiros dos Serviços de Medicina do Hospital S.M..

O instrumento de colheita de dados utilizado para este estudo é o inquérito por questionário, com a finalidade de dar resposta ao estudo intitulado “*Cuidar do doente em Cuidados Paliativos com cateter venoso central totalmente implantado - Importância do manuseamento*”. Temos como objetivo compreender a perceção que enfermeiros dos serviços de medicina do Hospital S. M., cuidadores de doentes em situação paliativa, possuem sobre o cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo.

A sua opinião é muito importante para a realização deste estudo, no entanto, a sua participação é voluntária.

Os dados recolhidos serão alvo de análise de estatística e todos os participantes do estudo podem, se o entenderem, ter acesso aos resultados finais, para o que deixo o contacto (915264960).

Comprometemo-nos a salvaguardar a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, não sendo estes usados para outros fins.

Agradeço a vossa preciosa colaboração, sem a qual não seria possível concretizar este estudo.

Data: ____/ ____/ ____

Tomei conhecimento,
