



Delmira Pombo A Via Subcutânea para Hidratação
e Administração de Terapêutica na
Pessoa com Patologia Crónica e/ou
Paliativa

Dissertação de Mestrado em
Enfermagem Médico – Cirúrgica

Dezembro 2012



Delmira Pombo A Via Subcutânea para Hidratação
e Administração de Terapêutica na
Pessoa com Patologia Crónica e/ou
Paliativa

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da Sra. Professora Doutora Maria de Lurdes Martins

Dezembro 2012

Usa a capacidade que tens.
A floresta ficaria silenciosa se só o melhor pássaro cantasse.

Óscar Wilde

Agradeço

À Sr.^a Professora Lurdes Martins a orientação deste trabalho, e a partilha do seu saber neste percurso que se iniciou em 2007.

À Sr.^a Professora Alice Ruivo a orientação no estágio, e desenvolvimento do trabalho de projecto.

À Sr.^a Enfermeira Chefe Armandina Antunes pela orientação no estágio, e ajuda na reflexão.

A todos os colegas do Serviço de Pneumologia pela colaboração e apoio.

A todos os colegas, da Unidade de Cuidados Paliativos de S. Bento de Menni, a partilha de experiências.

À minha amiga e colega Enf^a Graça Quaresma pelo apoio e disponibilidade.

Ao meu irmão Joaquim Pombo pela ajuda na revisão e formatação do trabalho.

RESUMO

Elaboramos o presente relatório no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal no ano lectivo de 2012/2013. Destina-se a apresentar o trabalho que realizamos, utilizando a metodologia de projecto, bem como as reflexões e aprendizagens efectuadas nos estágios. Salientamos que o percurso formativo se iniciou com a 1ª Pós Graduação em Enfermagem Médico Cirúrgica – Cuidados Paliativos no ano de 2007/2008. Posteriormente realizamos o 1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica no ano lectivo de 2010/2011, onde foram efectuados os estágios e desenvolvido o projecto, que apresentamos.

O número de pessoas com doença crónica e paliativa tem vindo a aumentar, devendo-se em parte ao desenvolvimento mundial e vários outros factores tais como um maior conhecimento que aumenta a longevidade, a hábitos de vida relacionados com a má alimentação, o tabagismo, o stress, o sedentarismo, entre outros, que contribuem para um aumento da morbilidade. Consequentemente, nestes casos, as pessoas necessitam de apoio para manter o melhor estado de saúde, tanto quanto for possível, assumindo como aspectos prioritários a estabilização, adaptação e a manutenção da qualidade de vida.

Com o objectivo de melhorarmos a qualidade dos cuidados à pessoa com patologia crónica e/ou paliativa, optámos por desenvolver o projecto cujo tema é a utilização da via subcutânea para hidratação e administração de terapêutica, na pessoa com patologia crónica e/ou paliativa. Atendendo a que as vias preferenciais para administração de terapêutica poderão estar comprometidas, por sintomatologia como náuseas, vómitos ou acessos venosos difíceis por vários tratamentos, internamentos, e degradação do seu estado geral, este projecto surge, como uma opção para administração de terapêutica ou hidratação na pessoa com patologia crónica e/ou paliativa.

Para suportar a nossa decisão quanto ao tema a estudar, aplicamos um questionário e análise SWOT para diagnóstico da situação. Destes salienta-se que 62% dos enfermeiros não conhece a técnica da Hipodermoclise; 69% nunca administrou soros por via SC; 62% nunca administrou terapêutica em perfusão por via SC; 100% considera útil o desenvolvimento da técnica na Unidade.

Palavras-chave: hipodermoclise, medicação subcutânea, enfermagem, cuidados paliativos.

ABSTRACT

We prepared this report under the 2nd master's degree in medical surgical nursing, in the Escola Superior de Saúde, from the Instituto Politécnico de Setúbal, in the academic year 2012/2013. It is intended to present the work we did, using project methodology as well as the reflections and learning made in intership.

We emphasize that the training path began with the 1st post graduation in medical surgical nursing - palliative care in the year 2007/2008. Later we held the 1st course of post graduate specialization in medical surgical nursing in the academic year 2010/2011, where the stages were made and developed the project, which we present.

The number of people with chronic illness and palliative care is increasing and is partly due to global development, and various other factors such as increased knowledge that increases longevity, the lifestyle habits such as poor diet, smoking, stress, sedentary lifestyle, among others that contribute to increased morbidity. Consequently, in these cases, people need support to maintain the best state of health as much as possible, taking as priority aspects like stabilization, adaptation and maintenance of quality of life.

Aiming to improve the quality of care for people with chronic disease and / or palliative, we decided to develop the project whose theme is the use of subcutaneous way for hydration and administration of therapy in people with chronic disease or palliative. Given that the preferred way to administer therapy may be impaired by symptoms such as nausea, vomiting or difficult venous access due to several treatments, hospitalizations, and deterioration in his general condition, this project emerges as an option for administering therapy or hydration in person with chronic disease and / or palliative.

To support our decision to study on the subject, we apply a survey and SWOT analysis for diagnosis of the situation. Should be noted that 62% of nurses do not know the technique of hypodermoclysis, 69% never administered subcutaneous solution, 62% never administered infusion therapy subcutaneously; 100% considers the development of the technique useful in Unit.

Keywords: hypodermoclysis, subcutaneous medication, nursing, palliative care.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	12
1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	16
1.1. Teoria do Conforto.....	21
1.2. A Pessoa com Doença Crónica e Paliativa.....	26
1.3. Competências do Enfermeiro Especialista/Mestre.....	38
1.4. A Qualidade em Enfermagem.....	43
1.5. A Utilização da Via Sc para Hidratação e Administração de Terapêutica..	53
2. PROJECTO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO.....	63
2.1. Diagnóstico de Situação.....	63
2.2. Planeamento do Projecto.....	66
3. APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS.....	75
3.1. Uma Experiência na Unidade de Cuidados Paliativos.....	75
3.2. Comunicação de más Notícias.....	79
3.3. Dignidade Humana.....	88
3.4. Plano de Emergência da Unidade.....	97
3.5. Novas Responsabilidades.....	101
4. CONCLUSÃO.....	106
5. REFERÊNCIAS.....	109
5.1. BIBLIOGRÁFICAS.....	109
5.2. ELECTRÓNICAS.....	112

Anexos

ANEXO I – Questionário do conforto em fim de vida

ANEXO II – Diagnóstico da Situação

ANEXO III – Questionário – Diagnóstico de situação

ANEXO IV – Análise SWOT – Diagnóstico de situação

ANEXO V – Planeamento do Projecto

ANEXO VI – Norma de Procedimento de Enfermagem

ANEXO VII – Folheto informativo para cuidador/pessoa significativa

ANEXO VIII – Formação à Equipa de Enfermagem

ANEXO IX – Divulgação dos Resultados Equipa de Enfermagem

ANEXO X – Artigo científico

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Teoria do conforto de Katharine Kolcaba, adaptado de Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem (2004).

Figura 2 – Estrutura Taxonómica do conforto, adaptado DOWD (2007).

Figura 3 – Tecido subcutâneo; adaptado INCA (2009).

Figura 4 – Concentração do medicamento na corrente sanguínea com o tempo; adaptado de INCA (2009).

Figura 5 – Locais de administração de terapêutica SC e hipodermoclise.

Figura 6 – Ângulo de punção; adaptado de protocol hypodermomoclysis (2003).

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Compatibilidade de fármacos; adaptado de NETO (2008).

SIGLAS e ABREVIATURAS

AVD – Actividades de vida diárias

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

DGS – Direcção Geral de Saúde

Enf^o – Enfermeiro

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INCA – Instituto Nacional do câncer

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SC – Subcutânea

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no ano lectivo de 2012/2013, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, realizamos um trabalho final utilizando a metodologia de projecto. Este relata o percurso que fizemos, as reflexões e as aprendizagens efectuadas associada aos estágios desenvolvidos.

O desenvolvimento mundial e o aumento da esperança de vida têm como consequência um número crescente de pessoas com doenças crónicas, o que acarreta, muitas vezes, um significativo aumento de incapacidades e conduz à dependência de outrem na satisfação de necessidades humanas fundamentais. Deste modo, a qualidade de vida assume-se como um dos aspectos prioritários no cuidado as estas pessoas. Entendemos que a qualidade de vida tem um carácter muito subjectivo, e é sentida por cada um consoante as suas necessidades, as adaptações que tem que fazer face às adversidades que ocorrem.

De acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE)¹ existem vários motivos para o aumento da doença crónica. Destacam-se as alterações a nível global, da sociedade, globalização económica, medidas políticas e sociais, questões de injustiça social e envelhecimento. Embora a resolução do impacto que estas possam provocar não seja, exclusivamente, da responsabilidade do sector da saúde, este deve *“liderar a luta contra a doença crónica e os enfermeiros podem dar um enorme contributo, não só na prevenção como também no cuidar de milhões de pessoas em todo o mundo que já estão afectadas”* OE (2010:7).

É consensual, hoje em dia, que a pessoa com doença crónica e terminal necessita de cuidados especializados. NETO (2008:20) evidencia que apesar de ainda muitos profissionais entenderem que *“quando já não se cura uma doença, já não há nada a fazer”* é um conceito que não está ajustado às necessidades das pessoas nesta fase, e é com base nesta filosofia que surgem os cuidados paliativos. Estes cuidados prestados à pessoa em sofrimento, decorrente de

¹ OE – Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfºs na vanguarda dos cuidados na doença crónica, edição Portuguesa, 2010.

doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, tem como principal objectivo promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida. Neste sentido, o tratamento da pessoa com uma doença crónica deve ser incluído o mais precocemente possível no decurso da doença. A mesma autora refere que todas as pessoas com “doenças crónicas, sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida reconhecidamente limitado, devem ter acesso a cuidados paliativos” NETO (2008:20). Os cuidados paliativos são cuidados especializados, prestados por uma equipa interdisciplinar com formação dirigida para as necessidades de controlo de sintomas, comunicação adequada e apoio à família.

A opção por esta área, do cuidado à pessoa com patologia crónica e/ou paliativa, está relacionada com o percurso formativo que temos vindo a desenvolver nos últimos anos e prende-se, também, com a identificação da filosofia que está na base dos cuidados a estas pessoas e famílias. Com a divulgação do Programa Nacional de Cuidados Paliativos surgem várias unidades no País. E, são criadas também Equipas Intra-hospitalares de Cuidados Paliativos em alguns Hospitais, como é o caso do Centro Hospitalar de Lisboa Central, onde desempenhamos funções. Contudo, os recursos manifestam-se insuficientes face à procura, ou seja, às necessidades das pessoas que se encontram internadas.

Da prática de cuidados emergiu a necessidade de relacionarmos o projecto com algo com que nos identificássemos, e ao mesmo tempo que fosse útil para o cuidado a estes doentes. Daí que tenhamos escolhido, **a utilização da via subcutânea para hidratação e administração de terapêutica, na pessoa com patologia crónica e/ou paliativa.**

Esta opção surge-nos após alguma reflexão, e também da necessidade de desenvolvermos alternativas no controlo sintomático da pessoa em fim de vida. As vias preferenciais de administração de terapêutica, em ambiente hospitalar são a oral e a endovenosa. A primeira por ser menos invasiva e a segunda por apresentar um efeito rápido. Todavia, na pessoa em fim de vida estas vias por vezes estão comprometidas, por sintomatologia como náuseas, vómitos ou acessos venosos difíceis devido aos vários tratamentos, internamentos, e degradação do seu estado geral. Neste sentido, este projecto surge, como mais

uma opção para administração de terapêutica ou hidratação na pessoa com patologia crónica e/ou paliativa.

A metodologia seguida, para a elaboração deste trabalho, é a metodologia de projecto. Tem como **objectivo geral**:

- Melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa com patologia crónica e/ou paliativa.

E, como **objectivos específicos**:

- Aprofundar conhecimentos na área da Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC;
- Elaborar norma de procedimento de enfermagem sobre Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC;
- Elaborar folheto de informação para a Pessoa significativa/cuidador;
- Colaborar na elaboração de um protocolo clínico sobre a Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC;
- Efectuar formação à equipa de enfermagem;
- Planear a implementação e a avaliação do projecto;

O relatório apresenta três partes, na primeira parte do enquadramento conceptual encontramos a evolução da ciência de enfermagem ao longo dos anos, onde são abordados os conceitos centrais de saúde, pessoa, ambiente, e cuidados de enfermagem, e a teoria do conforto de Kolcaba, que suporta este projecto. Posteriormente abordamos o cuidar da pessoa e família com doença crónica e/ou paliativa. São, também, abordados aspectos relacionados com a qualidade em enfermagem e as competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No final expomos a fundamentação, execução da técnica de hipodermoclise e administração de terapêutica por via subcutânea.

Na segunda parte apresentamos a definição do problema com o diagnóstico da situação, e posteriormente o planeamento do projecto de intervenção. São abordados os objectivos específicos, e as actividades que foram desenvolvidas.

Na terceira parte, encontramos algumas reflexões que efectuamos ao longo do estágio que decorreu, na sua maioria na Unidade de Pneumologia, e o estágio opcional foi realizado na Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni

na Casa de Saúde da Idanha. Nestas reflexões estão patentes algumas das competências do mestre, bem como as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e, em Situação crónica e paliativa.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A Enfermagem, actualmente, afirma-se como uma disciplina do conhecimento autónoma. Todavia, esse conhecimento só começa a emergir de forma organizada e sistematizada na primeira metade do século XX, nos Estados Unidos da América, onde se reconhece a necessidade de uma base de conhecimento para a prática de enfermagem profissional. Neste sentido, tal como refere TOMEY e ALLIGOOD (2004:3) começa-se a trabalhar com o intuito de *“desenvolver um corpo substancial de conhecimento em enfermagem”*. Surgem filosofias, modelos e teorias que definem os conceitos e procura-se a identidade do conhecimento científico, que caracterizará a enfermagem.

Florence Nightingale, após algum tempo a cuidar de feridos da Guerra da Crimeia funda uma escola de enfermagem, marcando o início da enfermagem moderna. Até então a Enfermagem *“baseava-se em princípios e tradições transmitidas através da aprendizagem com a prática e a sabedoria de senso comum que se adquiria com os anos de experiência”* TOMEY e ALLIGOOD (2004:5). É com base no seu conhecimento da organização e dos cuidados aos feridos que emerge, no início do século XX, a criação de escolas de enfermagem nos Estados Unidos da América. A partir deste momento torna-se importante a formação e a investigação como forma de produzir novo conhecimento. Porém, conclui-se que se a *“investigação sem teoria produzia informação isolada”* TOMEY e ALLIGOOD (2004:4). Sendo fundamental aliar as duas para produzir a ciência de enfermagem, que surge, deste modo, na década de 50.

SOUSA SANTOS (1987:5) evidencia que a ciência moderna *“privilegia o como funciona das coisas em detrimento de qual o agente ou qual o fim das coisas. É por esta via que o conhecimento científico rompe com o conhecimento do senso comum”*, refere ainda que no senso comum *“a causa e a intenção convivem sem problemas”* enquanto que na ciência *“a determinação da causa formal obtém-se com a expulsão da intenção. É este tipo de causa formal que permite prever e, portanto, intervir no real (...)”*.

É na década de 70 que se verifica que a Enfermagem necessita de fundamentos conceptuais e enquadramentos teóricos. BARBARA CARPER, em 1978, identifica quatro padrões do conhecimento em enfermagem, que têm

impacto significativo no desenvolvimento da disciplina de enfermagem. Os quatro padrões são: o empírico, o pessoal, o estético, e o ético. O padrão empírico representa o conhecimento do que é factual, descritivo e verificável. O seu objectivo é desenvolver um conhecimento abstracto, ou seja elaboração de teorias. O padrão pessoal é considerado o mais difícil, uma vez que é subjectivo. Este está relacionado com o conhecimento de si mesmo, que permite estabelecer um relacionamento autêntico e de reciprocidade com o outro. O estético, compreende a arte da enfermagem, ou seja, a arte é expressa na interacção da enfermeira com a pessoa. O padrão ético, centra-se no conhecimento sobre os princípios e valores, sobre o que é bom e correcto, implica decidir o que é apropriado à situação. CARPER (1978) refere que a enfermagem depende do conhecimento científico do comportamento humano na saúde e na doença, a percepção estética de experiências humanas significativas, compreensão pessoal da individualidade de si mesmo e da capacidade de fazer escolhas em situações concretas que envolvam julgamentos morais.

Concomitantemente, inicia-se a formação pós graduada (mestrado e doutoramento) e, começam a desenvolver-se, nos anos 80, os modelos conceptuais. Nesta década *“os desenvolvimentos na teoria de enfermagem caracterizaram uma transição do período de pré-paradigma para o período de paradigma”* TOMEY e ALLIGOOD (2004:5). A inserção de conceitos de enfermagem globais, através do metaparadigma, introduz *“uma estrutura organizacional para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem (...)”* TOMEY e ALLIGOOD (2004:5).

Deste modo, o conhecimento em enfermagem estrutura-se, de acordo com TOMEY e ALLIGOOD (2004) em níveis, nomeadamente: Metaparadigma, Filosofia, Modelos Conceptuais, Grande Teoria, Teoria e Teoria de médio alcance.

O Metaparadigma é *“o nível mais abstracto do conhecimento”* nele encontram-se os principais conceitos que *“envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina”*, de acordo com TOMEY e ALLIGOOD (2004:6). Assim, os principais conceitos metaparadigmáticos para a enfermagem são: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem.

A Filosofia é o nível seguinte de conhecimento e, nela estão especificadas as *“definições dos conceitos do metaparadigma em cada um dos modelos*

conceptuais da enfermagem” TOMEY e ALLIGOOD (2004:7). Podemos encontrar, neste âmbito, as obras de Florence Nightingale, Virgínia Henderson, Jean Watson, Patrícia Benner, entre outras.

Os Modelos Conceptuais fornecem *“diferentes perspectivas da enfermagem de acordo com as características do modelo”*. São estruturas ou paradigmas que proporcionam *“um amplo quadro de referência para abordagens sistemáticas aos fenómenos com os quais a enfermagem está relacionada”* TOMEY e ALLIGOOD (2004:7). Neles podemos observar as obras de Myra Levine, Dorothy Johnson, Irmã Callista Roy, Betty Neuman, entre outras.

A Teoria de enfermagem é constituída por um conjunto de conceitos, que provém dos modelos de enfermagem. As grandes teorias *“são quase tão alargadas quanto o modelo de enfermagem”*. O que os distingue é que os modelos *“dão uma visão ou perspectiva, mas não propõem verdades que se possam testar”* é algo mais abstracto, enquanto que as grandes teorias são teorias porque *“propõem realmente algo verdadeiro ou testável”*, são por isso mais concretas, TOMEY e ALLIGOOD (2004:7). Podemos encontrar as obras de Dorothea Orem e Imogene King. A teoria pode ser extensa, mas com um campo de acção limitado a determinados aspectos da enfermagem. As teorias, também, podem *“ser próprias de uma determinada abordagem à enfermagem ou de uma determinada população de doentes”* TOMEY e ALLIGOOD (2004:8).

A teoria de médio alcance *“tem um foco de interesse mais limitado (...) e determina coisas como a situação ou o estado de saúde, a população de doentes ou a sua faixa etária, o estabelecimento ou a área de prática e a actuação da enfermeira ou intervenção”* TOMEY e ALLIGOOD (2004:8).

O aparecimento, de várias teorias leva os críticos a questionar o objecto de estudo da enfermagem, ou seja, a diversidade com que se depara o campo de actuação dos enfermeiros. APÓSTOLO e GAMEIRO (2005:30) referem que uma disciplina para ser considerada científica *“não se define só pelas acções ou pelas actividades que fazem parte da sua prática, antes pelo corpo de conhecimentos constituído sobre o seu objecto de estudo”*. Apesar de não ser consensual qual o objecto de estudo da enfermagem, é unânime que a pessoa é o centro ou o alvo da enfermagem.

Todavia, BISHOP (2004:43) citando Meleis, refere que uma *“disciplina que lida com seres humanos, não é provável que apenas uma teoria explique, descreva, preveja e modifique todos os fenómenos da disciplina”*, daí a variedade de teorias.

SOUSA SANTOS (1987:7) refere que o atraso das ciências sociais, comparativamente com as ciências naturais deve-se, fundamentalmente, a que *“a acção humana é radicalmente subjectiva. O comportamento humano (...) não pode ser descrito e muito menos explicado com base nas suas características exteriores e objectiváveis, uma vez que o mesmo acto externo pode corresponder a sentidos de acção muito diferentes”*. Neste sentido, o mesmo autor refere que é necessário compreender os fenómenos a partir das *“atitudes mentais”* e do *“sentido”* que os *“agentes”* concedem às suas acções. Assim, a metodologia de investigação terá que ser diferente das ciências naturais, utilizando métodos qualitativos com vista à *“obtenção de um conhecimento intersubjectivo, descritivo e compreensivo (...)”*.

APÓSTOLO e GAMEIRO (2005:30) realçam que a decisão do método de investigação deverá ter em conta a natureza do problema, *“no sentido de compreender ou de explicar o fenómeno”*. Evidenciam, assim, que *“a abordagem da investigação em enfermagem terá de ser plural, quer em termos paradigmáticos quer metodológicos, adequando-se à natureza complexa da pessoa sem excluir nenhuma das suas dimensões”* APÓSTOLO e GAMEIRO (2005:37).

Concluimos que, tal como refere TOMEY e ALLIGOOD (2004:12) a *“teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos”*, para além disso, capacita a enfermeira com conhecimentos sólidos, que permitem uma melhor tomada de decisão, bem como o pensamento crítico na prática de cuidados. O que conduz, naturalmente, à compreensão do modo como fazem, o porquê e para quê o fazem. Assim, TOMEY e ALLIGOOD (2004:19) mencionam que a teoria ajuda a enfermeira, a: *“organizar (...); compreender (...); analisar os dados do doente; tomar decisões sobre intervenções de enfermagem; planear o tratamento; prever os resultados do tratamento; avaliar os resultados do doente”*.

Neste sentido, consideramos como conceitos centrais e que fundamentam este trabalho, os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, descritos, nos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem, pela OE (2011:6). A **Saúde** é *“o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto espiritual e emocional”*. Todavia, e tendo em conta que este é um estado mental, é portanto subjectivo, ou seja cada pessoa entende-o de forma diferente. Consideramos, também, que este estado é variável no decurso do tempo, pois a pessoa procura o estado de equilíbrio *“que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico, e no conforto emocional, espiritual e cultural”* face aos desafios com que se depara ao longo da sua vida.

Do mesmo modo a OE (2011:6) define a **Pessoa** como *“um ser social e agente intencional de comportamentos baseados em valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual”*. Consideramos que cada pessoa é um ser único, e como tal tem dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Consideramos, também, que cada pessoa é influenciada pelo ambiente que a rodeia, onde nasce e se desenvolve, na procura do seu equilíbrio. Deste modo, cada pessoa vivencia um projecto de saúde que tem em conta os seus próprios valores, crenças e desejos, do modo a atingir o seu equilíbrio. Contudo, a pessoa deve ser encarada como um ser uno e indivisível, uma vez que a procura do equilíbrio das funções fisiológicas é, também, influenciado pela condição psicológica.

O **Ambiente**, no qual a pessoa vive e se desenvolve, é considerado pela OE (2011:7) *“constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde”*.

Os **Cuidados de Enfermagem** *“tomam como foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”*, assim, procuramos no decorrer do ciclo vital *“prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”* OE (2011:8). Neste âmbito, a relação que o enfermeiro estabelece com a pessoa/pessoas

caracteriza-se por uma parceria, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel na consecução do seu projecto de saúde.

Como aporte teórico que fundamenta este projecto, a teoria escolhida incide na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que será desenvolvida no ponto seguinte.

1.1. TEORIA DO CONFORTO

Promover o conforto ou confortar uma pessoa, num momento crítico como é o caso da pessoa em fim de vida, torna-se uma condição indispensável na prática diária dos enfermeiros. Este conforto está sempre muito associado ao acto de cuidar, por vezes ligado mais à dimensão física, mas no âmbito do doente em fim de vida há que considerar o conforto holístico, ou seja, para além da dimensão física, deve considerar-se outras dimensões, a familiar, a social, emocional e espiritual. Neste sentido, optamos por esta teoria de enfermagem para sustentar o projecto desenvolvido.

A Teoria do Conforto desenvolvida por Katharine Kolcaba, em 1994, é uma teoria de médio alcance, embora ainda bastante recente, revela-se suficientemente lógica, simples e organizada. A autora começou por fazer uma vasta pesquisa do conceito de conforto nas várias disciplinas, incluindo a enfermagem. Nesta encontra muitos relatos de preocupação com o conforto do doente como meio para a recuperação, desde Florence Nightingale até aos dias de hoje. Efectua um diagrama dos aspectos do conforto, contextualizando o conforto numa teoria de médio alcance e testou-a num estudo.

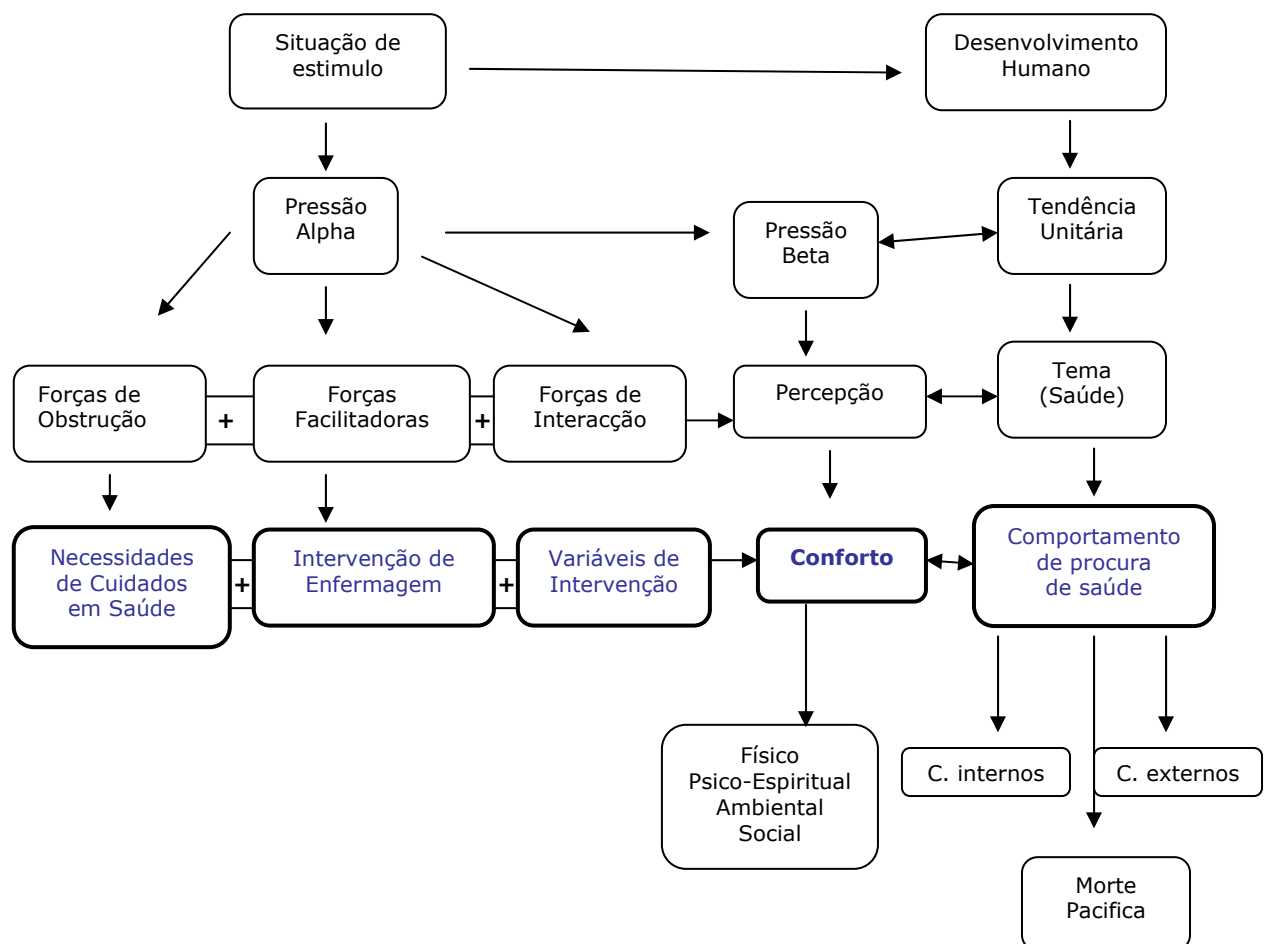
Assim, Kolcaba evidencia que o **conforto** é *“a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)”* DOWD (2004:484).

Na primeira dimensão da teoria, a autora identificou **três tipos de conforto**: o Alívio (sintetizado a partir do trabalho de Orlando) que afirma que “as

enfermeiras aliviam as necessidades expressas pelos doentes²”; a Tranquilidade (emerge do trabalho de Henderson) que descreveu as “ *funções básicas dos seres humanos que tinham que ser mantidas na homeostase* ³ ”; e a Transcendência (extraída do trabalho de Paterson e Zderad) “*que acreditavam que os doentes podiam superar as suas dificuldades com a ajuda das enfermeiras*⁴”.

Deste modo, o alívio é a “*condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica* ⁵ ”. A tranquilidade é o “*estado de calma ou contentamento*⁶” e a transcendência é a “*condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento*⁷”.

Figura 1 – Teoria do conforto de Kolcaba, adaptado de Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem (2004).



² DOWD, Thérèse in Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem, 2004

³ Ibidem

⁴ Ibidem

⁵ DOWD, Thérèse in Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem, 2004

⁶ Ibidem

⁷ Ibidem

Na segunda dimensão da teoria do conforto, Kolcaba identifica **quatro contextos** nos quais o conforto é experimentado:

- *“Físico – pertencente às sensações do corpo;*
 - *Psico-espiritual – pertencente à consciência interna de si próprio (...) e o significado da vida (...), relação com uma ordem ou um ser mais elevado;*
 - *Ambiental – pertencente ao meio, às condições e influências externas;*
 - *Social – pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.”*
- DOWD (2004:485).

Posteriormente, Kolcaba cruzou estas duas dimensões (tipos de conforto e contextos) obtendo uma tabela bidimensional e identificando-a como a **Estrutura Taxonómica do Conforto**.

Figura 2 – Estrutura Taxonómica do conforto, adaptado de DOWD (2004)

Contexto no qual ocorre o conforto	Tipos de Conforto		
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psico-espiritual			
Ambiental			
Social			

Do cruzamento dos três tipos de conforto com os quatro contextos, resultaram doze subescalas do conforto, utilizadas pela teórica na construção de um validado instrumento de avaliação do conforto (*The General Comfort Questionnaire*). Este questionário pretende pontuar o conforto na percepção do doente, através de 24 questões positivas e 24 questões negativas (resultantes das doze subescalas) utilizando uma escala de Likert. Como instrumento de avaliação, foram ainda produzidas pela teórica escalas visuais analógicas de conforto.

De acordo com DOWD (2004:485) os conceitos metaparadigmáticos que Kolcaba define são: **Enfermagem** descrevendo-a como a *“apreciação intencional*

das necessidades de conforto, a concepção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base. A apreciação e a reapreciação podem ser intuitivas e/ou subjectivas (...). O **Doente** é definido como aquele que “recebe os cuidados” e “podem ser indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde” DOWN (2004: 485). O **Ambiente** é entendido como “qualquer aspecto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela (s) enfermeira (s) ou pelos entes queridos para melhorar o conforto” DOWN (2004: 485). O conceito de **Saúde** surge como “o funcionamento óptimo, conforme definido pelo paciente ou grupo, de um doente, família ou comunidade” DOWN (2004: 485).

Kolcaba menciona que as **necessidades de cuidados de saúde** “são necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde, provocadoras de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais (...)” DOWD (2004:484) e, que as **medidas de conforto** são “intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades de conforto específicos das pessoas, incluindo fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas” DOWD (2004:484).

A mesma autora indica que as **variáveis intervenientes** são “definidas como forças de interação que influenciam a percepção do recipiente acerca do conforto total. Estas consistem em variáveis tais como experiências passadas, idade, postura, estado emocional, sistema de suporte, prognósticos, finanças e a totalidade dos elementos da experiência de receptor”, DOWD (2004:484)

Do mesmo modo evidencia que os **comportamentos de procura de saúde** (HBS) representam “a categoria de resultados subseqüentes relacionados com a busca da saúde conforme definida por quem recebe os cuidados, de acordo com a consulta com a enfermeira. (...) Estes podem ser internos, externos ou uma morte pacífica” DOWD (2004:484). Este conceito foi sintetizado do trabalho de Rozella Schlotfeldt.

Como **pressupostos** são assinalados:

- “os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos;
- o conforto é o resultado holístico desejável relativo à disciplina de enfermagem;

- *os seres humanos lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que as satisfaçam;*
- *o conforto melhorado dá ânimo aos doentes para empreenderem HBS (comportamentos de procura de saúde) da sua escolha;*
- *os doentes a quem são concedidos poderes para assumirem activamente HBS estão satisfeitos com os seus cuidados de saúde;*
- *a integridade institucional baseia-se num sistema de valores orientado para os receptores de cuidados” DOWD (2004:486).*

Evidencia-se, ainda, como **postulados** desta teoria que:

- *“As enfermeiras identificam as necessidades de conforto não satisfeitas dos seus doentes, concebem medidas de conforto para abordar essas necessidades e procuram melhorar o conforto dos seus doentes, que é o resultado imediato desejado.*
- *O conforto melhorado está directa e positivamente relacionado com o compromisso com os HSB (comportamentos de procura de saúde), que é o resultado posterior desejado.*
- *Quando as pessoas tem o apoio necessário para se comprometerem totalmente com os HSB (comportamentos de procura de saúde), tal como a sua reabilitação e/ou programa ou regime de recuperação, a integridade institucional também é melhorada” DOWD (2004:486).*

Deste modo, podemos assim compreender qual a orientação a atribuir às intervenções de enfermagem, onde as tensões negativas desencadearão desconforto, e o enfermeiro através duma apreciação objectiva (observando graus de conforto), ou subjectiva (questionando o doente), estabelece intervenções e reavalia a eficácia das medidas implementadas.

O conforto é considerado, há muito, como um aspecto fundamental nos cuidados de enfermagem. O que permite a aplicação desta teoria na prática, bem como o desenvolvimento de novos estudos que revelam a sua importância. Deste modo com base nesta teoria, Novak, B., Kolcaba, K., Steiner, R., & Dowd, T. (2001) publicam no American Journal of Palliative Care, dois questionários do conforto em fim de vida, um para ser aplicado ao doente (ANEXO I) e o outro para ser aplicado à família.

Tendo em conta os aportes desta teria no cuidado à pessoa e família a vivenciar situações complexas, abordaremos no capítulo seguinte a pessoa com doença crónica e paliativa.

1.2. A PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA E PALIATIVA

A esperança média de vida tem vindo a aumentar, devendo-se em parte aos avanços científicos e sociais que se têm verificado ao longo dos anos. Estes, contudo, contribuem para uma nova realidade o aumento das doenças crónicas. As doenças crónicas são de acordo com OE (2010:8) citando Organização Mundial de Saúde (OMS) “doenças de duração prolongada e evolução lenta”.

Várias são as causas para o aumento destas doenças, como a Diabetes, doenças cardiovasculares, respiratórias e alguns tipos de cancro. A OE (2010) menciona que estas causas estão relacionadas com uma panóplia de factores a nível global, nacional e regional. A maioria está relacionada com as mudanças a nível mundial e nas sociedades, incluindo a urbanização, a globalização económica, medidas políticas e sociais, questões relacionadas com a injustiça social e o envelhecimento da população. Associado a estas causas está o aumento da prevalência de vários factores de risco, como o tabagismo, a alimentação pouco saudável, a falta de exercício físico, o consumo excessivo de álcool, o stress mal gerido, que conduzem às principais causas de morte em todo o mundo.

De acordo com POTTER E PERRY (2006:11) a doença é “*um estado em que o funcionamento da pessoa, em termos físicos, emocionais, intelectuais, sociais, de desenvolvimento, ou espirituais, está diminuído ou afectado, quando comparado com a situação anterior*”. Todavia, a alteração ou a diminuição de um destes aspectos não significa necessariamente doença, uma vez que a pessoa pode estar a passar por um período de adaptação ou transição. A doença crónica é caracterizada por perdurar por um período superior a seis meses, podendo afectar o funcionamento da pessoa em qualquer uma das dimensões. Contudo, a pessoa pode “*oscilar entre o funcionamento óptimo e sérias recaídas na saúde, que podem constituir uma ameaça à vida*” POTTER E PERRY (2006:11).

De acordo com a OE⁸ (2001:6) “a representação da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca”.

A pessoa com uma patologia crónica pode sentir-se saudável, ou seja, é-lhe diagnosticada uma doença, no entanto após um período de tomada de consciência das repercussões que esta pode ter na sua vida, dos mecanismos de adaptação que lhe são propostos, e até mesmo desenvolvidos pelo próprio, podem provocar uma alteração de comportamentos, e assim as repercussões podem ser minoradas, vivendo de forma estável.

POTTER E PERRY (2006) indicam diversas variáveis que podem influenciar o comportamento da doença. Embora a forma como as pessoas reagem a uma doença possa ser muito variado, o comportamento do doente pode ser usado para gerir as adversidades. Daí que as variáveis possam ser internas ou externas; as internas influenciam o modo como a pessoa se comporta quando está doente, ou seja, a percepção da pessoa face aos sintomas e à natureza da doença. Relativamente aos sintomas, o doente tende a procurar ajuda dos profissionais de saúde, se eles provocarem alterações nas suas rotinas ou se forem entendidos como uma ameaça à vida. Porém, essa percepção pode ter um efeito contrário, quando a pessoa sente que a doença pode ser grave, e ter medo das consequências, reagindo com recusa e não procurando apoio profissional.

Em relação à natureza da doença, no caso de ser crónica, em que os sintomas podem permanecer, isto é, não existe um tratamento, podendo apenas haver alívio, pode influenciar a motivação para aderir ao plano terapêutico proposto. De acordo com POTTER E PERRY (2006:11) “o *objectivo da enfermagem é a promoção de um funcionamento óptimo, em todas as suas componentes ao longo de uma doença*”. Deste modo, ajudar a pessoa com uma doença crónica, é um desafio para o enfermeiro, uma vez que o doente crónico pode ter tendência para se desmotivar facilmente na manutenção da estabilidade da doença. Porém, o enfermeiro como tem mais disponibilidade, e por que passa mais tempo com a pessoa é um elemento essencial para ajudar a pessoa neste processo.

⁸ OE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001

Face às variáveis externas, que podem influenciar o comportamento na doença, de acordo com POTTER E PERRY (2006:12) são “a visibilidade dos sintomas, o círculo social, o passado cultural, variáveis económicas, acessibilidade ao sistema de saúde, e apoio social”. As autoras referem que a pessoa que apresente um sintoma visível pode mais facilmente recorrer aos serviços de saúde. Outro motivo, pode ser a rede familiar, de amigos ou colegas, que podem levar ou não à procura desse apoio. Concomitantemente a cultura, também, pode ter influência no comportamento face à doença, uma vez que indica o modo como a pessoa pode ser saudável e reconhecer a doença. Por outro lado, os aspectos económicos também podem ter repercussões na procura dos serviços de saúde.

A doença crónica provoca várias alterações na pessoa e na família. De acordo com POTTER E PERRY (2006) as repercussões são visíveis na alteração comportamental e emocional; imagem corporal; auto-conceito e nos papéis exercidos na família ou dinâmica familiar.

As alterações comportamentais e emocionais⁹, face à doença, dependem da natureza da doença, da atitude do doente, da reacção dos outros e das variáveis de comportamento da doença. Habitualmente, uma doença grave que ameace a vida ou que provoque limitações significativas na vida da pessoa, pode gerar sentimentos de ansiedade, choque, recusa, raiva e retracção. Neste âmbito o enfermeiro poderá ser um elemento fundamental no apoio e crescimento da pessoa e da família.

A imagem corporal¹⁰ está muito associada à aparência física. Por esse motivo as repercussões que algumas doenças crónicas provocam na imagem da pessoa são objecto da intervenção do enfermeiro. Dependendo da alteração física que provocam, assim pode ser a reacção da pessoa ou da família.

O impacto no autoconceito¹¹ está relacionado com a imagem mental que a pessoa faz de si própria. POTTER E PERRY (2006:514) definem autoconceito como “a maneira como a pessoa se vê a si mesma. É a combinação de sentimentos, conscientes e inconscientes, atitudes e percepções”. Este depende

⁹ Cf. POTTER e PERRY – Fundamentos de Enfermagem, 2006

¹⁰ Ibidem

¹¹ Ibidem

da imagem corporal, dos papéis exercidos na família e na sociedade, incluindo também aspectos psicológicos e espirituais.

Por último, o impacto que a doença provoca nos papéis exercidos na família ou dinâmica familiar¹², quando surge uma situação de doença. Esta pode provocar diversas alterações, por esse motivo o enfermeiro deve estar desperto para estas possíveis alterações, no sentido de apoiar ou ajudar a recuperar o bem-estar de todos os elementos.

De acordo com OE (2010:41) evidencia-se que *“qualquer que seja o modelo de cuidados na doença crónica utilizado, os enfermeiros são cruciais e têm de ter os conhecimentos, as aptidões e atributos necessário que lhes permitam contribuir com todo o seu potencial.”*

As competências dos enfermeiros, que têm funções clínicas especializadas, para prevenir e gerir a doença crónica, são de acordo com OE (2010:42) referenciando o International Council Nursing (ICN) (2008):

- *“Respeitar o direito do cliente à informação, escolha e autodeterminação na Enfermagem e nos cuidados de saúde;*
- *Reconhecer oportunidades e disponibilizar orientações/educação aos indivíduos, famílias e comunidades para incentivar a adopção de actividades de prevenção da doença e a manutenção de estilos de vida saudáveis;*
- *Seleccionar estratégias de ensino/aprendizagem apropriadas às necessidades e características do indivíduo ou do grupo;*
- *Cooperar com outros profissionais, com grupos de interesse na comunidade e na especialidade em actividades para reduzir a doença e promover estilos e ambientes de vida saudáveis em áreas importantes para a prática da especialidade;*
- *Incorporar uma perspectiva que tenha em consideração os múltiplos determinantes da saúde”.*

Com os avanços da medicina, as alterações da sociedade e da família tem-se verificado que a finitude do ser humano é encarada como um processo doloroso e por isso, muitas vezes, evita-se lidar com este sofrimento. A morte é *“um facto inexorável da própria vida”* NETO (2006:18). Esta dificuldade em lidar

¹² Ibidem

com o doente terminal e a morte é, inclusivamente, difícil para muitos profissionais. Por um lado, pode ser encarado como um insucesso, por outro lado pode ser vista como constrangedora, uma vez que confronta o profissional com a sua própria finitude, influenciado pelas suas crenças, valores e vivências anteriores face ao fenómeno.

Todavia, tal como POTTER E PERRY (2006:564) referem *“providenciar cuidados a utentes em crise e no final de vida, requer conhecimentos e uma atitude de cuidar para ajudar a trazer conforto a utentes e famílias mesmo quando já não há esperança de cura”*.

Os cuidados paliativos surgem na década de sessenta em Inglaterra e nos Estados Unidos, com a finalidade de proporcionar *“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 nada a fazer – os doentes com doenças incuráveis, progressivas e avançadas”* NETO (2006:18). Estes cuidados são destinados a todas as pessoas que sofram de uma doença grave e debilitante, incurável, e não apenas à pessoa em fim de vida. De acordo com NETO (2006:30) o doente terminal é *“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”*.

NETO (2006:30) refere que a *“prática dos cuidados paliativos, o respeito pelo valor da vida humana e o alívio do sofrimento são valores inalienáveis, interdependentes e fundamentais”*. Apesar deste conceito estar já bastante difundido no mundo, ainda se verifica que nem todas as pessoas têm acesso a estes cuidados especializados. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em Portugal, foi criada com Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. Posteriormente, pelo Despacho n.º 28941/2007 cria o grupo de trabalho que operacionalizará os objectivos contidos no Programa Nacional de Cuidados Paliativos. E, recentemente, a Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, consagra o direito dos cidadãos aos cuidados paliativos e regula o acesso à Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Os cuidados paliativos, de acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004), devem ser planeados em concordância com os níveis de

diferenciação. Com a tendência para a institucionalização da morte nos hospitais, os profissionais de saúde que trabalham nestas unidades, vêem-se confrontados com estas situações, que necessitam de uma abordagem paliativa. Verifica-se que nem sempre estes profissionais têm formação específica, e é neste sentido que é essencial criar condições para atender as pessoas com estas necessidades.

Deste modo, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos prevê que a acção paliativa equivale ao “*nível básico de palição e corresponde à prestação de acções paliativas sem o recurso a equipas ou estruturas diferenciadas*”, Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro.

Assim a acção paliativa é definida como “ *Qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As acções paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução* DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) (2004:6). Estes podem ser prestados tanto no âmbito da Rede Hospitalar, como da Rede de Centros e Saúde, como da Rede de Cuidados Continuados, nomeadamente em “*situações de condição irreversível ou de doença crónica progressiva*” DGS (2004:6).

De acordo com a BASE I, da Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro os Cuidados Paliativos são “*os cuidados activos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais*”.

NETO (2006:19) reforça também, que os cuidados paliativos visam “*melhorar a qualidade de vida dos doentes – e das suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais*”. Neste sentido, consideramos que os

profissionais de saúde, neste caso a equipa multiprofissional deve ter em conta diversos aspectos quando cuida destas pessoas e famílias, não só os de natureza física, mas também psicologia, social e espiritual.

Atendendo a que a qualidade de vida está de acordo com TWYCROSS (2003:19) *“relacionada com o grau de satisfação subjectiva que a pessoa sente pela vida e é influenciada por todas as dimensões da personalidade – física, psicológica, social e espiritual”*, então podemos afirmar que a qualidade de vida é atingida quando as *“aspirações de um indivíduo são atingidas e preenchidas pela situação actual. (...) Para melhorar a qualidade de vida, é necessário diminuir o afastamento entre as aspirações e aquilo que é possível alcançar”* TWYCROSS (2003:19).

Deste modo, as premissas fundamentais em cuidados paliativos são de acordo com TWYCROSS (2003):

- Controlo de sintomas;
- Comunicação adequada;
- Apoio à família;
- Trabalho de equipa.

Para se cuidar em enfermagem, temos que conhecer a pessoa tal como é, os seus objectivos, crenças, valores, pois ela é o resultado das influências que sofreu do meio em que viveu ou que a rodeia. Neste sentido WATSON (2002) refere que a relação estabelecida com a pessoa tem como finalidade ajudá-la a encontrar um sentido na doença, no sofrimento e na própria existência, ou seja, ajudar a pessoa a adquirir um auto-conhecimento, controlo e auto-restabelecimento para reparar uma harmonia interior. No entanto, este cuidar exige que o enfermeiro seja autêntico e sincero.

Assim, cuidar torna-se um desafio, as pessoas têm diferentes experiências de vida o que as torna seres únicos. É nesta unicidade que o cuidar tem uma abordagem tal como refere HESBEEN (2000:10) que *“não é preestabelecida nem programável nem pode ser repetida de indivíduo para indivíduo. Deve ser sempre pensada, repensada, criada”*. O enfermeiro deve encarar a pessoa de acordo com a sua individualidade, pois só desta forma poderá compreendê-la e ajudá-la. Para este autor os cuidados de enfermagem são definidos como *“a atenção particular prestada (...) a uma pessoa ou aos seus*

familiares com vista a ajudá-los na sua situação”. Estes cuidados abrangem tudo o que é feito pelo enfermeiro, e *“pela sua natureza, permitem sempre fazer alguma coisa por alguém a fim de contribuir para o seu bem-estar, qualquer que seja o seu estado”* HESBEEN (2000:69). Desta forma, o enfermeiro pode a qualquer momento, fazer sempre algo pelo doente. Tal como refere HESBEEN (2000:47) o enfermeiro tem *“a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas”*. Estes gestos ou acções podem ser «pequenas coisas», mas naquele exacto momento podem ser determinantes e proporcionar um bem-estar inimaginável, pois para aquela pessoa naquele determinado momento isso é importante. Estes pequenos gestos são enquadrados no cuidado a esta pessoa/família, e têm sempre por base um fundamento, ou seja a preocupação pela pessoa que queremos ajudar.

De acordo com NETO (2006:54) um dos itens fundamentais quando se cuida do doente terminal é o alívio de sintomas. Refere que é importante *“saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem e que têm repercussões directas sobre o bem-estar do doente”*.

Naturalmente que para haver um controlo activo dos sintomas há que identificá-los. A mesma autora refere que os princípios gerais no controlo de sintomas passam por avaliar antes de tratar. Para além da identificação da causa, é necessário avaliar o impacto que provoca a nível emocional, físico, intensidade e os factores que o condicionam. Explicar de forma clara e perceptível as causas que provocam determinado sintoma. E, ao mesmo tempo observar e perguntar, antecipando-se assim ao possível aparecimento. Posteriormente, adoptar estratégias de combate, fixando metas para o cumprimento dos objectivos terapêuticos. Monitorizar os sintomas através de escalas, de modo a que estes possam ser mensuráveis para haver uma melhor compreensão e um controlo mais eficaz. Reavaliar regularmente as medidas que foram tomadas, estabelecendo objectivos realistas. E, por fim, cuidar dos detalhes, de modo a otimizar o controlo sintomático e minimizar os efeitos secundários da terapêutica. Desta forma, e conforme NETO (2006:58) afirma *“os profissionais de enfermagem (...) detêm um papel fundamental na monitorização dos sintomas e, como tal no sucesso do processo terapêutico”*.

Concomitantemente a comunicação adequada com a pessoa e a família nesta fase, também, assume um papel relevante. Cuidar o doente/família em fim de vida requer o estabelecimento de uma comunicação terapêutica, tendo como base um clima de confiança, que permita apoiar e ajudar, o mais tranquilamente possível nesta fase da vida. A comunicação terapêutica envolve a capacidade necessária ao enfermeiro de escutar, de falar e de perceber. É uma comunicação deliberada e intencional, cujo sentido é identificar e intervir nos problemas e necessidades do doente e família.

Contudo, diversos aspectos devem ser considerados para se estabelecer uma comunicação eficaz. Devemos ter em conta que as pessoas comunicam através da linguagem, dos movimentos, dos gestos, do tom de voz, da expressão facial e da utilização do espaço. As mensagens transmitidas de forma verbal ou não verbal podem interferir na qualidade da mensagem.

O enfermeiro tem o privilégio de poder estabelecer uma relação mais estreita com a pessoa e família. Tal como refere POTTER e PERRY (2006:576) uma das competências mais importantes, do enfermeiro na prestação de cuidados paliativos *“é estabelecer uma relação de cuidar com o utente e a família, para que se possa envolver numa comunicação importante com eles”*.

Segundo QUERIDO, SALAZAR e NETO (2006:358) comunicar com a pessoa/ família, em contexto de cuidados paliativos *“é simultaneamente importante e difícil, e constitui um desafio, porque implica a utilização de perícias básicas essenciais à comunicação (...). Essas perícias incluem ouvir, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos”*.

No âmbito dos cuidados paliativos existem várias situações, relacionadas com a comunicação, que podem ser complexas, nomeadamente a transmissão de más notícias, e conspiração do silêncio. Assim, segundo QUERIDO, SALAZAR e NETO (2006) citando Buckman, a comunicação de más notícias deve seguir seis passos, nomeadamente:

- Conseguir um ambiente correcto;
- Descobrir o que o doente já sabe;
- Descobrir o que o doente quer saber;
- Partilhar a informação;
- Responder às reacções do doente;

- No fim, planejar e acompanhar.

No entanto, o enfermeiro não deverá esquecer a importância do acompanhamento por parte dos familiares. Estes são um elo importante nesta fase. São eles que melhor conhecem o doente, por esse motivo, também, eles podem contribuir para que essa pessoa possa viver o máximo de bem-estar até ao fim. Devemos ter em consideração que este acompanhamento pode ser benéfico para a pessoa em fase terminal, mas trará certeza muito sofrimento para os familiares mais próximos. Esta dificuldade poderá ser geradora de grande angústia, pois pode verificar-se um sentimento de dificuldade em aceitar toda esta situação, ou seja, também estes familiares passarão pelo processo de luto. Deste modo, o cuidar do doente em fase terminal, também se estende aos seus familiares ou conviventes significativos, que o acompanham nesta etapa da vida.

A perda e o luto são vivências que afectam muito as pessoas. No caso da pessoa com uma doença crónica/paliativa pode provocar variadíssimas alterações a nível físico, psíquico, social, emocional e espiritual. A perda de acordo com POTTER E PERRY (2006:564) *“assume muitas formas, com base em valores e prioridades adquiridas dentro da esfera de influência de uma pessoa, incluindo a família, os amigos, a sociedade, e a cultura de um indivíduo”*. Desta forma, a perda manifesta-se pela ausência de um objecto, de uma pessoa, de uma parte do corpo, de uma função orgânica, de uma emoção ou de uma ideia.

O tipo de perda e a percepção que a pessoa faz dela influenciam o modo de lidar e as estratégias de adaptação. Cada pessoa reage de maneira diferente face à perda, dependendo do valor que a pessoa atribui ao que perdeu, seja um objecto, uma pessoa, um membro, ou outro. Desta forma, o enfermeiro deve avaliar o que aquela perda significa para a pessoa, quais os efeitos na sua saúde ou bem-estar. Contudo, esta assistência só é possível estabelecendo uma relação de ajuda com a pessoa e o convivente significativo, de modo a gerir os sentimentos e ajudar a definir estratégias de adaptação à perda.

POTTER E PERRY (2006:565) evidenciam que a hospitalização, a doença crónica ou a incapacidade são momentos críticos e podem ter associadas muitas perdas. No caso da doença crónica *“acrescenta preocupação à segurança financeira (...) pode exigir uma mudança de trabalho, ameaçar a independência e forçar a alterações no estilo de vida (...) pode colocar uma grande ameaça à*

estabilidade das relações”. Assim, o enfermeiro deve estar desperto para estas situações de modo a poder apoiar ou encaminhar para outros técnicos, de acordo com a necessidade da pessoa/família.

KUBLER-ROSS (2002) menciona o comportamento da pessoa face à morte. As fases do morrer são cinco: a negação e isolamento, a raiva, a negociação (barganha), a depressão e a aceitação.

A primeira fase¹³ – é caracterizada pela negação inicial, a pessoa recusa-se a aceitar, põe em causa a informação dada, alegando engano ou troca dos exames. Procura nesta fase várias opiniões face ao seu problema, esperando encontrar algo que contradiga o anterior. KUBLER-ROSS (2002:44) refere que a negação *“funciona como um pára-choques depois de notícias inesperadas e chocantes”*. *“A negação é uma defesa temporária, sendo logo substituída pela aceitação parcial”*, refere KUBLER-ROSS (2002:45).

Na segunda fase¹⁴ – a característica é a raiva. Após a recusa ou negação, podem surgir outros sentimentos, como a raiva, a revolta, a inveja ou o ressentimento. Nesta fase KUBLER-ROSS (2002:56) refere que *“é muito difícil, do ponto de vista da família e do pessoal hospitalar (...) deve-se isso ao facto desta raiva se propagar em todas as direcções e projectar-se no ambiente, muitas vezes sem razão plausível”*. Esta reacção deve-se ao facto da pessoa querer ser ouvida, que não nos esqueçamos dela. Por esse motivo devemos mostrar disponibilidade para a ouvir, quais são os seus medos, quais são os seus sentimentos perante o que está a acontecer, e não entendermos como forma de agressão.

Na terceira fase¹⁵ – a negociação (barganha), nesta fase a pessoa tenta adiar ao máximo o fim, negociando ou tentando arranjar tarefas significativas para executar.

Na quarta fase¹⁶ – a depressão, é quando a pessoa não pode negar mais a sua situação, quando começa a sentir-se mais debilitado, e apresentar sinais da doença. Neste momento é desaconselhável o encorajamento das coisas positivas, devemos sim fazer com que a pessoa exteriorize o seu pesar. Deste modo, de

¹³ Kubler-Ross, Sobre a Morte e o Morrer, 2002

¹⁴ Ibidem

¹⁵ Ibidem

¹⁶ Ibidem

acordo com KUBLER-ROSS (2002:93) *“aceitará mais facilmente a situação e ficará agradecido aos que puderam estar com ele neste estado de depressão sem repetir constantemente que não fique triste”*.

Na quinta¹⁷ e última fase – a aceitação, KUBLER-ROSS (2002:117) evidencia que a pessoa *“que tiver tido tempo necessário (...) e tiver recebido alguma ajuda para superar tudo (...) atingirá um estágio em que não mais sentirá depressão nem raiva quanto ao seu «destino» ”*. Nesta fase, a pessoa sente *“como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do «repouso derradeiro antes da longa viagem» (...) é também o período em que a família geralmente carece de ajuda, compreensão e apoio (...)”* KUBLER-ROSS (2002:118).

A perda pode conduzir a processos do luto complicados. De acordo com POTTER E PERRY (2006:565) o luto é *“a resposta emocional e comportamental à perda”*. O êxito, de acordo com as mesmas autoras, surge quando a pessoa aceita a perda, adapta-se e prossegue a sua vida. Deste modo, torna-se importante identificar precocemente estas situações. De acordo com vários autores o luto pode ter várias fases. Devemos ter em conta que a família, também passa pelo mesmo processo. Neste sentido, BARBOSA (2006:389) menciona que *“perante um perda significativa, o processo de luto é necessário e cumpre uma função de adaptação, permitindo que o indivíduo restabeleça o equilíbrio desfeito depois da perda”*. O mesmo autor evidencia que o profissional de saúde deve, face à pessoa, valorizar a importância da perda de forma realista, promover a expressão de sentimentos evitando negar ou minimizar os sentimentos de perda, emancipar-se e aprender a viver sem o objecto perdido, após ter compreendido o papel desempenhado pela pessoa falecida. Para além disso deve promover o interesse por novas actividades, possibilitando novos vínculos de forma satisfatória.

Outro aspecto fundamental em cuidados paliativos é o trabalho em equipa. Esta deve ser constituída por vários elementos com diferentes saberes e competências cujo objectivo é o bem-estar global da pessoa e da sua família. Assim, todos os elementos trabalham com uma metodologia comum, *“partilhando um projecto assistencial e objectivos comuns”* BERNARDO *et al.* (2006:465).

¹⁷ Kubler-Ross, Sobre a Morte e o Morrer, 2002

BERNARDO et al (2006:464) referem que a *“actuação em equipa deve enfatizar a vida, encorajar a esperança e ajudar as pessoas a aproveitarem o melhor de cada dia”*.

Os mesmos autores evidenciam que as características de uma equipa eficaz são:

- *“Propósito partilhado;*
- *Empowerment;*
- *Relações e comunicação;*
- *Flexibilidade;*
- *Ótimo rendimento;*
- *Reconhecimento;*
- *Motivação”* BERNARDO et al (2006:467).

Deste modo *“os elementos da equipa usam uma concepção comum, desenham juntos a teoria e a abordagem dos problemas que consideram de todos”* BERNARDO et al (2006:472).

Consideramos que a pessoa/família com doença crónica e/ou paliativa passam por momentos críticos, e neste sentido necessitam de uma abordagem especializada. Assim, apresentamos no capítulo seguinte as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestre.

1.3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA/MESTRE

A Enfermagem é, de acordo com o art. 4º do REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (REPE)¹⁸ *“a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”*. Os Cuidados de Enfermagem centram-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas. Nesta relação estes

¹⁸ Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro

elementos possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual, consequência das variadas condições ambientais onde se desenvolvem. A relação terapêutica alicerça-se pela parceria estabelecida, no respeito pelas capacidades e na valorização dos seus papéis. Assim, a relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico que tem como objectivo ajudar o cliente e convivente significativo, na promoção do projecto de saúde que este vive ou persegue OE¹⁹ (2001).

Consideramos que o **Enfermeiro Especialista** é “ *o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área da sua especialidade*” REPE²⁰ (1996:6).

Recentemente, de acordo com o Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro, o **Enfermeiro Especialista** é o enfermeiro “*com o conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*”.

A alteração do Estatuto da OE, através da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, consagra a criação de colégios das diversas especialidades. Neste sentido o Conselho de Enfermagem apresenta em 2009 uma proposta relativamente aos processos e instrumentos de operacionalização do sistema de individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Este sistema considera na matriz de individualização das especialidades um eixo estruturante – o alvo de intervenção (pessoa e família) e dois eixos organizadores – processos de saúde/doença e o ambiente. Assim, constituem-se áreas de especialização em enfermagem.

A **Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica** é composta por duas grandes áreas, nomeadamente a Especialidade em Enfermagem em

¹⁹ Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001

²⁰ Ibidem

Pessoa em situação Crítica, e a Especialidade em Enfermagem em Pessoa em situação crónica e paliativa, com a finalidade de dar resposta às necessidades de cuidados de saúde existentes, actualmente em Portugal.

No caso do **Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica** para além de considerar a Pessoa como *“um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”*. Considera, também, que a **Pessoa em situação crítica** é de acordo com o Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro, *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*.

Deste modo, os **cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica** *“são cuidados altamente qualificados prestados de forma continua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como respostas às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”* (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro).

A **Pessoa com doença crónica** é caracterizada por ter uma doença prolongada *“frequentemente associadas a um variável grau de incapacidade, de curso prolongado e geralmente de progressão lenta, com potencial de compensação e que implicam a necessidade de adaptação a diversos níveis (físico, familiar, social, psicológico emocional e espiritual)”* OE (2011) (Regulamento de Competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa). O alvo de intervenção é a Pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo vital. **Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa** são dirigidos aos projectos de saúde da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, familiares, grupo social e de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar. Neste contexto, os cuidados paliativos, assentam em cinco pilares fundamentais: controlo de

sintomas; suporte psicológico, emocional e espiritual; comunicação eficaz e terapêutica; cuidado à família, e no trabalho em equipa.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, no exercício das suas funções deve observar as competências comuns e as competências específicas, no caso as referentes ao especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica e em situação crónica e paliativa. Assim, de acordo com os domínios, as **competências comuns** são:

A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;

- **A 1** – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- **A 2** – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

B – Domínio da melhoria da qualidade;

- **B 1** – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- **B 2** – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- **B 3** – cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;

C – Domínio da gestão de cuidados;

- **C 1** – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- **C 2** – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;

- **D 1** – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;
- **D 2** – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões do conhecimento (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro).

As **competências específicas** de Enfermeiro especialista em Pessoa em situação crítica são:

- **K 1** – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e ou falência orgânica;

- **K 2** – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção.
- **K 3** – Maximiza a intervenção na prevenção e controle de infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro).

E, as **competências específicas** do Enfermeiro Especialista em Pessoa em situação crónica e paliativa são, de acordo com o Regulamento de Competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011):

- **L5** – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- **L6** – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

O enfermeiro especialista detém um nível elevado de juízo clínico e tomada de decisão na área da sua especialidade. Na tomada de decisão o enfermeiro “identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (...)” e prescreve “as intervenções de enfermagem (...) de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” OE²¹ (2001:10).

Atendendo a que o exercício profissional de enfermagem se insere num contexto de actuação multiprofissional, existem dois tipos de intervenções, nomeadamente: intervenções autónomas (da exclusiva responsabilidade do enfermeiro, na prescrição e implementação), e as intervenções interdependentes (em que a prescrição é iniciada por outro técnico, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade da implementação).

²¹ Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001

Às competências do enfermeiro especialista, acrescem as **competências de Mestre** em Enfermagem Médico-cirúrgica, considerando o documento orientador da escola, com base no Dec. Lei nº117/2008 de 25 de Junho. Assim, o Mestre deve:

- Demonstrar competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;
- Desenvolver autonomamente o conhecimento e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
- Integrar equipas multidisciplinares de forma proactiva;
- Agir no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
- Iniciar, contribuir para e/ou sustentar a investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- Realizar análise diagnóstica, planear, intervir e avaliar na formação de pares e de colaboradores, integrando a formação, investigação, políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem em particular.

Tendo em conta que o sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem promove e defende a qualidade, dos cuidados diferenciados de enfermagem, e as competências de mestre abordaremos de seguida a temática da qualidade em enfermagem.

1.4. A QUALIDADE EM ENFERMAGEM

A qualidade é um conceito que tem evoluído ao longo dos tempos. Apesar de estar muito presente nos dias de hoje, tem sido uma ideia constante em todos os sectores. No sector da saúde, e no caso específico da enfermagem, tem havido uma grande preocupação, visível nos trabalhos de investigação desenvolvidos, com a qualidade de vida das pessoas, e com a qualidade dos cuidados que se prestam. É um conceito muito presente e debatido, em vários

organismos, como a Organização Mundial de Saúde, Conselho Internacional dos Enfermeiros, Conselho Nacional da Qualidade e Instituto da Qualidade em saúde.

O Departamento da Qualidade em Saúde, da Direcção Geral da Saúde, criado em 2009 define a estratégica nacional para a qualidade em saúde através do despacho 14223/2009 de 24 de Junho. Este departamento tem como competência “*coordenar a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, os programas e actividades de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional, de assegurar o sistema de qualificação de unidades de saúde e dos programas de promoção da segurança dos doentes, para além da vigilância de doenças abrangidas pelo sistema de gestão integrada da doença, da coordenação de fluxos de mobilidade internacional de doentes, da gestão dos sistemas de monitorização e percepção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde e da inovação em saúde*” (PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012/2016: 11). A qualidade em saúde pode ser entendida como “*a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível*” (PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012/2016:2).

O Departamento da Qualidade define quatro pontos importantes para melhorar a qualidade em saúde, nomeadamente: o reforço da gestão clínica, empresarial, financeira, de informação, e gestão do risco; mecanismos de influência como normas de orientação clínica, ambiente e arquitectura, modelos de financiamento, planeamento de recursos humanos, cultura de avaliação e desenvolvimento da qualidade; processos assistenciais integrados e a participação e capacitação dos doentes.

Do mesmo modo, a Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente o Conselho de Enfermagem, tem uma preocupação com esta área divulgando em 2001 os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, ou seja, linhas orientadoras do exercício profissional dos enfermeiros com vista à qualidade dos cuidados de enfermagem. Posteriormente, em 2011, apresenta o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, das diversas especialidades.

A implementação de uma cultura de qualidade nos serviços, e de programas de melhoria contínua da qualidade é facilitador da implementação de projectos de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. HESBEEN (2001:15) refere que *“pensar na qualidade e nas acções desenvolvidas em seu nome, com bases conceptuais frágeis, pode revelar-se perigoso para o desempenho dos profissionais e para a representação que estes fazem da sua própria actividade”*. Tendo por base esta ideia é necessário que cada um de nós (enfermeiros) tenha presente os conceitos (saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem) e os integre na sua prática de cuidados.

HESBEEN (2001) refere que ainda hoje, alguns profissionais pensam que a saúde é a ausência da doença. Contudo, evidencia um exemplo de um doente com cancro, em fim de vida, interrogando-se se as acções dirigidas à saúde da pessoa, do seu equilíbrio, harmonia e esperança, no sentido de viver o melhor possível esta etapa de forma tranquila e sem sofrimento, contrariam o domínio da doença. Ao centrar o cuidado na pessoa e não na doença, o enfermeiro focaliza as necessidades da pessoa face ao que está a vivenciar. HESBEEN (2001:19) diz que *“cada pessoa, seja qual for a sua doença, necessita de uma atenção personalizada das acções específicas que lhes são inerentes. Esta atenção pode ser maior ou menor segundo a natureza da lesão ou da doença”*.

Neste sentido HESBEEN (2001) indica que o profissional que cuida, numa perspectiva de saúde, utiliza vários recursos, de forma subtil de modo a actuar como um perito: definindo o que é exequível, fornecendo várias alternativas de forma a alargar o horizonte da pessoa, agindo também como transmissor de esperança. E, como conselheiro, tendo um discurso pertinente e esclarecedor sobre as várias alternativas, e determinando com o doente caminhos de forma a orientá-lo. Assim, o prestador de cuidados, *“procura o encontro, com a pessoa para criar laços de confiança com ela, mostra-se como alguém que ajuda e acompanha a pessoa que cuida, questionando-se sobre a sua singularidade, identificando os seus recursos e procurando com ela a via que faça sentido na sua situação e para o seu projecto de vida. Caminha com ela para promover a sua saúde”* HESBEEN (2001:32). BENNER (2001:58) evidencia que o perito *“tem uma enorme experiência, compreende agora, de maneira intuitiva cada situação e*

apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”.

HESBEEN (2001) fundamenta que todos os profissionais abrangem o «cuidar». Contudo, e referindo-se especificamente aos enfermeiros, relata que estes dispõem de recursos específicos que lhe conferem a função de perito e conselheiro. Nomeadamente, nos «cuidados ditos de base» relacionadas com actividades de vida diária (alimentação, higiene, ...) e conforto. São estes cuidados e o que representam para a pessoa que conferem “*à enfermagem uma relação privilegiada com o corpo, que não pode ser negligenciada*” HESBEEN (2001:34). Assim, o enfermeiro especialista e mestre tem a capacidade de actuar num nível de complexidade, como é o caso da pessoa em situação crítica ou crónica e paliativa.

Salienta-se, também, que «uma presença contínua» proporciona a oportunidade de poder viver momentos muito especiais, de grande proximidade com as pessoas que cuida. “*A presença contínua confronta-os, igualmente, com exigências (...) e desafia-os a exercitar todos os gestos e actividades possíveis*” HESBEEN (2001:34).

Por último o autor evidencia o «mundo de acções de carácter mais ou menos técnico». Neste item HESBEEN (2001:34) diz que “*os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através dos actos praticados mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor*”. Salienta-se a atenção que é dada às «pequenas coisas», que no fundo são estas que personalizam o cuidado e evidenciam a pessoa como ser único.

Todavia, a qualidade apesar de ser divulgada e estar muito presente na prática de cuidados, é necessário enquadrar e reflectir acerca do que é a qualidade nos cuidados. Temos que considerar vários aspectos na perspectiva do profissional e da pessoa/família que recorre aos serviços de saúde.

HESBEEN (2001) referencia que a qualidade deve estar associada ao conceito de cuidar. Por um lado, associa-se ao aspecto técnico e instrumental, e por outro lado, e não menos importante, mas muitas vezes descurado em detrimento do anterior, o aspecto relacional, o de ouvir a pessoa. HESBEEN

(2001:41) menciona que o ouvir *“faz parte integrante da missão de cuidar, independentemente da profissão”*. É algo que por vezes não se faz, utilizando a desculpa da falta de tempo, mas que outras vezes está associado à rotinização dos procedimentos. É, pois, necessário considerar este assunto, quando abordamos a qualidade dos cuidados.

Deste modo, HESBEEN (2001:43) considera que *“o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos seus conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas, revelam-se nestes casos como componentes essenciais a um cuidar de qualidade”*.

O cuidar de acordo com WATSON (2002:55) é o ideal moral da enfermagem, tem como objectivo *“proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”*. O cuidar envolve *“valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências”*. Esta autora refere ainda que todo o cuidar *“está relacionado com respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde-doença; um conhecimento saúde-doença; interacções ambiente-pessoa; um conhecimento do processo de cuidar; um autoconhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar”*.

Concomitantemente, HESBEEN (2001:45) diz que a arte de cuidar se baseia em *“conhecimentos e na capacidade para harmonizar os diferentes elementos que constituem uma determinada situação”*. É deste modo, *“pôr em evidência a qualidade e a criatividade, sendo que esta última, constitui uma obra única que exprime a competência dos profissionais em cuidar de uma pessoa na situação igualmente única que é a dela”*.

Considera-se, assim que a qualidade dos cuidados está associada não só ao desempenho com rigor das competências técnico/científicas, instrumentais, mas também ao desempenho das competências relacionais. Sendo que estas últimas são fundamentais para se estabelecer com a pessoa uma relação terapêutica mais próxima, de modo a conhecer a pessoa, quais os seus valores, crenças, projecto de saúde, e necessidades face ao problema com que se depara, para assim, a podermos ajudar na consecução do seu projecto de saúde.

HESBEEN (2001) considera que apesar de a qualidade ser um processo complexo e difícil de definir, este só existe se nos cuidados que prestamos, bem

como a forma como os prestamos fizerem sentido para a pessoa que está a ser cuidada. Contudo, a busca de sentido, para este autor é *“incontornável numa prática verdadeiramente centrada no cuidar e não pode resumir-se aos meios utilizados”* HESBEEN (2001:51). Daí que a reflexão e a crítica sobre as práticas, também têm um papel fundamental na melhoria, crescimento e desenvolvimento da qualidade na prática de cuidados.

Assim, HESBEEN (2001:52) afirma que uma prática de cuidados de qualidade é *“aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como ao que a rodeiam alcancem a saúde”*. Refere ainda que *“requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas”*. E, *“procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais”*. Para além de se inscrever *“num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados”*.

Deste modo, HESBEEN (2001) considera sete classes dos elementos determinantes que contribuem para a qualidade dos cuidados, nomeadamente:

- Aspectos políticos e económicos;
- Organização concreta das estruturas;
- Reflexões filosóficas e conhecimentos técnico-científicos;
- Métodos de colheita de dados sobre a prática e processos de avaliação;
- Pessoa que recebe cuidados e família;
- Desempenho e competências dos actores;
- Formação dos profissionais.

A OE em 2001, através do Conselho de Enfermagem define o enquadramento conceptual e os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem para o enfermeiro de cuidados gerais, dando início a uma nova fase de contextualização dos cuidados de enfermagem. Assim, foram definidas categorias de enunciados, e os elementos importantes para cada categoria, nomeadamente: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem. Considerado pela OE (2001:3) como um grande desafio *“quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer*

aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros”.

De acordo com LEITE (2007:29) pretende-se que os enfermeiros nesta nova fase de apropriação dos conceitos enunciados *“assumam estes referenciais da profissão como instrumentos de busca das melhores respostas em cuidados de enfermagem, perseguindo a excelência do serviço que as instituições prestadoras de cuidados de saúde oferecem aos cidadãos”.*

Entendemos que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, e deste modo a enfermagem assume-se como um elo fundamental nesta cadeia. As seis categorias, definidas em 2001, pela OE, para os enfermeiros de cuidados gerais têm como finalidade ajudar a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Em 2011 são determinados, para os enfermeiros especialistas, os elementos para cada categoria de enunciados.

As categorias de enunciados, do **enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica**, são de acordo com a OE (2011):

- Satisfação do cliente;
- Promoção da saúde;
- Prevenção de complicações;
- Bem-estar e auto cuidado;
- Readaptação funcional;
- Organização dos cuidados de enfermagem especializados;
- A prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados.

Considerando que ao enfermeiro especialista acresce a realização de cuidados especializados na sua área de especialidade, iremos mencionar os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, uma vez os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em Pessoa em situação crónica e paliativa ainda não estão definidos.

Assim, de acordo com OE²² (2011) o Enfermeiro Especialista em Pessoa em situação crítica, na procura permanente da excelência no exercício

²² cf. OE – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem em Pessoa em situação crítica, 2011

profissional, procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, promovendo a saúde da pessoa, prevenindo complicações, maximizando o bem-estar dos clientes e suplementando/complementando as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente. Desenvolve, conjuntamente com o cliente processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde. Assegura e garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados, e maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção, face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilizar múltiplas medidas invasivas.

Neste contexto o enfermeiro estabelece uma relação terapêutica, de parceria, com o cliente e convivente significativo, baseada no respeito pelas capacidades crenças, valores e desejos de natureza individual da pessoa no planeamento dos cuidados, implementando técnicas de comunicação facilitadoras e gerindo a comunicação interpessoal e a informação, com o objectivo de minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocado pelas mudanças de ambiente inerentes à prestação de cuidados de saúde, de forma precisa, eficiente, eficaz e em tempo útil, para ajudá-lo na consecução do seu projecto de saúde.

Considera na promoção da saúde a identificação da situação de saúde da população, dos recursos do cliente, família e comunidade. Cria e aproveita oportunidades para promover estilos de vida saudáveis. Optimiza o potencial de saúde da pessoa que vivenciou processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, fornecendo informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa em situação crítica, avaliando os ganhos em conhecimentos e capacidades na gestão de processos complexos que decorrem da situação crítica vivenciada.

O enfermeiro especialista identifica, prescreve, implementa e avalia as intervenções de enfermagem especializadas de problemas potenciais do cliente, dentro da sua área de competência, na prevenção de complicações, de modo a evitar ou minimizar efeitos indesejáveis. Guia a sua actuação por rigor técnico/científico das intervenções especializadas. Referência para outros profissionais da equipa multidisciplinar ou outros enfermeiros especialistas.

Responsabiliza-se pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e delega. Executa cuidados técnicos de alta complexidade. Supervisiona actividades delegadas. Gere protocolos terapêuticos complexos e implementa medidas de suporte avançado de vida.

De modo a maximizar o bem-estar e suplementar a dependência nas actividades de vida, o enfermeiro especialista identifica, prescreve, implementa e avalia as intervenções de enfermagem especializadas de problemas do cliente, com rigor técnico e científico. Supervisiona as intervenções delegadas. Implementa instrumentos de avaliação e protocolos terapêuticos na gestão diferenciada da dor. Responsabiliza-se pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e delega. Gere a relação terapêutica com a pessoa e família, considerando o impacto emocional da situação vivenciada, e incrementa estratégias facilitadoras na gestão do luto e morte digna.

Na continuidade da prestação de cuidados de enfermagem especializados, planeia a alta de acordo com as necessidades da pessoa em situação crítica, e os recursos da comunidade para complementar a readaptação funcional da pessoa em situação crítica. Optimiza as capacidades da pessoa e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito. Ensina, instrui e treina a adaptação individual.

Em parceria com as unidades prestadoras de serviços, o enfermeiro especialista desempenha um papel activo na implementação de uma metodologia de organização de cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica, promotora da qualidade, e em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima responde eficaz e eficientemente, com base num sistema de triagem sustentado nas prioridades clínicas. Assegura a existência de um quadro de referência do exercício profissional de enfermagem especializado, e de um sistema de melhoria contínua de qualidade do qual faz parte a avaliação da satisfação dos enfermeiros especialistas, e a dotação adequada de enfermeiros especialistas face à necessidade de cuidados. Bem como a existência de um sistema de registos de enfermagem, que incorporem necessidades de cuidados, intervenções especializadas, resultados sensíveis às intervenções, resumo mínimo de dados, e indicadores de enfermagem no cuidado da pessoa em situação crítica. Garante a existência de uma política de formação contínua do

enfermeiro especialista que promova o desenvolvimento profissional e da qualidade especializada. Participa, também, na revisão de guias de boas práticas no âmbito da pessoa em situação crítica.

Na prevenção e controlo da infecção, maximiza a intervenção participando, e liderando na concepção e implementação de planos e estratégias da prevenção da infecção no serviço, com base em evidência científica, bem como capacitação da equipa para a prevenção e controlo da infecção associados aos cuidados à pessoa em situação crítica.

No âmbito da qualidade os enfermeiros sabem que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas. Assim, o exercício profissional dos enfermeiros exige sensibilidade para lidar com essas diferenças, e ajudar a pessoa alcançar os melhores resultados no seu projecto de saúde.

Considerando o descrito, podemos reconhecer que este projecto incide nos enunciados, dos padrões da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica: satisfação do cliente, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado e, organização dos cuidados especializados.

No enunciado satisfação de cliente, o enfermeiro na procura dos mais elevados níveis de satisfação do cliente, na prestação de cuidados de enfermagem especializados, intervém de forma precisa, eficiente, eficaz e em tempo útil, empenhando-se em minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocada pelas mudanças de ambiente, gerindo a comunicação interpessoal e de informação à pessoa e família face à complexidade dos processos de doença crítica, implementando técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica, como por exemplo comunicação de más notícias.

Na prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado, o enfermeiro especialista procura identificar, tão rápido quanto possível, dos problemas potenciais ou reais, prescreve, com rigor técnico e científico, executa os cuidados técnicos de alta complexidade, responsabilizando-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica, avalia as intervenções, encaminha para outros profissionais, faz a gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos, da

dor e gere o impacto emocional decorrente da situação crítica, utilizando habilidades de relação de ajuda, facilitadoras dos processos de luto e morte digna.

Na organização de cuidados especializados, utiliza metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras de qualidade.

O Hospital iniciou o programa de acreditação, em 1999, através do King's Fund/CHKS. Actualmente, encontra-se integrado no CHLC que mantém a mesma política de desenvolvimento da qualidade. Tendo por base este conceito foi nomeado um grupo multidisciplinar que elabora as políticas e procedimentos multisectoriais que visam uniformizar e dar resposta às necessidades no âmbito da qualidade. O grupo tem ligação com os elos de cada serviço para elaboração dos procedimentos sectoriais, protocolos clínicos, instruções de trabalho.

Como elo dinamizador da Unidade de Pneumologia, temos participado na elaboração dos procedimentos e na divulgação dos procedimentos multisectoriais à equipa. No âmbito da segurança do doente temos ligação com o Gabinete dos Risco, onde são identificados riscos na Unidade, e efectuamos planos de melhoria. Na ligação à Comissão de Infecção Hospitalar temos participado no Programa nacional de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, na campanha nacional de higiene das mãos, auditorias e na formação da equipa.

Existem, ainda, os programas de melhoria da qualidade ligados à prevenção das úlceras de pressão, risco de quedas, dor e um programa transversal à Área de Medicina relacionado com a Gestão de altas dos doentes.

1.5. A UTILIZAÇÃO DA VIA SC PARA HIDRATAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA

Os cuidados paliativos são considerados como uma intervenção multiprofissional no alívio do sofrimento da pessoa/família com uma doença crónica, progressiva e incurável. Deste modo, é extremamente necessário ter em conta o conforto e a qualidade de vida do doente, promovendo um controlo sintomático eficaz. Evidencia-se que uma das prioridades para o bem-estar, do doente/família é controlo de sintomas no fim de vida. Tal como refere

TWYXCROSS (2003) existem três componentes essenciais em cuidados paliativos, nomeadamente: alívio de sintomas, apoio psicossocial, trabalho em equipa e em associação, aliada a uma comunicação adequada.

Contudo, a prática dos cuidados paliativos requer de acordo com Programa Nacional de Cuidados Paliativos²³ (2004:2) uma *“organização própria e abordagem específica, prestada por equipas técnicas preparadas para o efeito”*. Todavia, apesar da criação da rede nacional de cuidados continuados, as vagas são manifestamente insuficientes para abranger toda a população que dela necessita.

Deste modo, continuam a ser assistidos na rede hospitalar várias pessoas com estas necessidades. De acordo com o Programa, acima referido, os cuidados paliativos devem ser prestados de acordo com vários níveis de diferenciação. Assim, a acção paliativa representa o nível básico da palição, onde são prestadas acções sem recurso a equipas ou estruturas diferenciadas. Estas acções paliativas podem e devem ser prestadas no internamento hospitalar.

Entende-se por acção paliativa, de acordo com Programa Nacional de Cuidados Paliativos²⁴ (2004:6) *“Qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As acções paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução”*.

Sendo o controlo sintomático um componente essencial no cuidado à pessoa em fim de vida, surge a necessidade de conhecer várias alternativas para esse efeito. Assim aparece a necessidade de aprofundarmos conhecimentos e conduzirmos o projecto da utilização da via subcutânea (SC) para hidratação e administração de terapêutica.

O recurso à via SC para hidratação e administração de terapêutica têm-se vindo a desenvolver e a aplicar nos últimos anos. Apesar de ter sido largamente difundida nos anos 40 e 50, actualmente e de acordo com QUERIDO e GUARDA (2006:317) ainda é *“desconhecida por muitos profissionais de saúde e, talvez por essa razão, raramente usada apesar da sua eficácia e segurança”*. Talvez

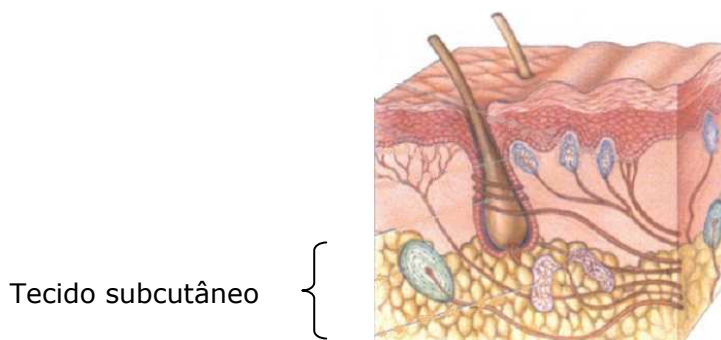
²³ DGS – Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004

²⁴ Ibidem

contribua para este facto o recurso à via endovenosa, uma vez que tem efeitos mais rápidos e pode administrar-se mais terapêutica, no entanto existem outros riscos associados.

O sistema tegumentar é constituído pela pele e estruturas anexas (cabelo, unhas e glândulas) SEELEY *et al.* (1997). Uma das estruturas – a hipoderme (tecido celular subcutâneo) é constituída por tecido conjuntivo laxo, fibras de colagénio e de elastina. Os principais tipos de células são os fibroblastos, as células adiposas e os macrófagos. De acordo com INSTITUTO NACIONAL DE CANCER (INCA) (2009:13) a hipoderme por ser dotada “*de capilares sanguíneos, o tecido subcutâneo torna-se uma via favorável à administração de fluidos e/ou medicamentos, uma vez que estes serão absorvidos e transportados pelos capilares à macrocirculação*”.

Figura 3 – Tecido subcutâneo; adaptado INCA (2009)



De acordo com NETO (2008:278) a via SC é uma alternativa para a administração de terapêutica e hidratação. Apesar de a via oral ser a preferida, uma vez que apresenta “*eficácia garantida, facilidade de administração, boa tolerabilidade, mínimo desconforto, melhor adesão ao tratamento, menor custo e por permitir alguma devolução de controlo ao paciente e à família*”. Existem vários motivos para utilizarmos outras vias de administração, nomeadamente por existência de náuseas e vômitos constantes, obstrução local, disfagia, ou a necessidade de utilizar um medicamento de forma mais rápida. E, é neste contexto que a via SC pode ser, também, uma alternativa.

Contudo, o recurso a outras vias de administração de terapêutica, deve considerar o princípio de menor sofrimento e de maior eficácia possível. Daí que a

escolha da via de administração de terapêutica deve ser ponderada e decidida em conjunto com o doente e a sua família, tendo em conta as condições clínicas da pessoa.

NETO (2008) refere que a terapêutica e a via de administração deve sempre submeter-se ao princípio de provocar o menor sofrimento possível ao doente. Neste sentido, afirma que cada via de administração tem as suas vantagens e desvantagens. As vias de administração endovenosa e intramuscular estão associadas a uma maior invasão e desconforto, nos doentes com patologia crónica e paliativa, onde muitas vezes a caquexia e a dificuldade de acessos venosos estão comprometidos. Para além disso, podem surgir complicações associadas, no local ou sistémicas. Apesar de estas vias apresentarem imensas vantagens em situações agudas ou de emergência. A manutenção de uma via endovenosa no domicílio é praticamente impossível, pois requer conhecimento e vigilância por parte de profissionais de saúde.

A via rectal, também, mencionada pela autora acima referenciada, constitui outra alternativa, apesar de ser menos confortável para alguns adultos, e a indisponibilidade de fármacos nesta forma de apresentação. Outra via de administração de medicamentos disponível é a transdérmica. Contudo, a disponibilidade de medicamentos desta forma é limitada, sendo que só existem fármacos disponíveis para o controlo da dor.

No cuidado a pessoas com patologia crónica e fim de vida, NETO (2008:278) afirma que *“existe uma larga tradição de recurso à via subcutânea seja para a administração de fármacos (em bólus ou infusão contínua), seja para a administração de fluidos (hipodermoclise)”*. A mesma autora refere ainda que a utilização desta via, em doentes com necessidade de suporte ou paliativos, apresenta *“a possibilidade de recorrer a uma via parentérica, usufruindo dos benefícios inerentes, sem ter as desvantagens (...) para as administrações intramusculares e intravenosas (...)”*.

Salientamos, algumas **indicações** para a utilização da via SC de acordo com QUERIDO e GUARDA (2006), LOBO (2007), INCA (2009):

- Intolerância à via oral, por vômitos constantes ou oclusão intestinal;
- Incapacidade de deglutir (lesões na boca, faringe, esófago, ou laringe);
- Má absorção intestinal;

- Quadros de confusão, agitação, ou delírio;
- Debilidade grave do seu estado, fase de agonia;
- Doentes sem resposta terapêutica aos medicamentos administrados por via oral;
- Necessidades de ingestão de grandes doses de medicação;
- Impossibilidade de acesso venoso;
- Possibilidade de permanência do doente no domicílio;
- Sinais de desidratação;
- Pessoas incapazes de ingerir quantidade suficiente de líquidos.

Como **contra-indicações** à utilização da via SC, evidenciamos de acordo com NETO (2008), INCA (2009):

- Edema / Anasarca;
- Distúrbios da coagulação;
- Insuficiência cardíaca grave;
- Doentes em risco de Edema agudo do Pulmão.
- Tecidos junto de cicatrizes operatórias e/ou irradiadas;
- Proeminências ósseas e/ou articulações.

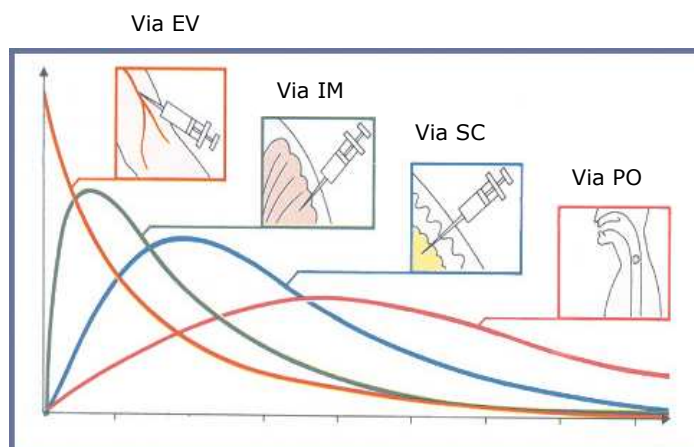
Consideramos, como **vantagens** desta via de administração, de acordo com QUERIDO e GUARDA (2006), NETO (2008), INCA (2009):

- Técnica simples, mais cómoda;
- Menor risco de complicações locais ou sistémicas;
- Índice da absorção semelhante ao da via intramuscular;
- Biodisponibilidade sobreponível à da via endovenosa (com menor risco de complicações, e custos associados);
- Locais de punção podem permanecer até vários dias;
- Permite a permanência da pessoa no domicílio, se esse for o seu desejo;
- Facilidade de manipulação no domicílio;
- Promove a participação do convivente significativo, pode ser utilizada por este, desde que devidamente ensinado;
- Redução de hospitalizações para controlo sintomático.

Como **desvantagens** evidenciamos de acordo com INCA (2009):

- Se houver necessidade de infusão rápida e altas doses de fluidos;
- Se houver necessidade de um ajuste rápido de doses terapêuticas.

Figura 4 – Concentração do medicamento na corrente sanguínea com o tempo; adaptado de INCA (2009).



Face ao exposto podemos concluir que a via subcutânea é uma opção segura, com poucos riscos para os doentes, tem pouco impacto na qualidade de vida da pessoa, antes pelo contrário, possibilita que a pessoa permaneça em casa, se for esse o seu desejo, podendo por isso ser utilizada em vários contextos – domicílio ou hospitalar.

A via subcutânea pode, então ser utilizada para administração de terapêutica, em perfusão ou em bólus, e para hidratação.

A hidratação, utilizando a via SC, designa-se por hipodermoclise é definida como uma infusão de fluidos no tecido subcutâneo QUERIDO e GUARDA (2006). O seu mecanismo consiste na administração lenta de fluidos no espaço subcutâneo, sendo que o fluido é transferido para a circulação sanguínea por acção combinada entre a difusão de fluidos e a perfusão tecidual. De acordo com estas autoras os doentes em fim de vida necessitam de 500 a 600 cc/dia.

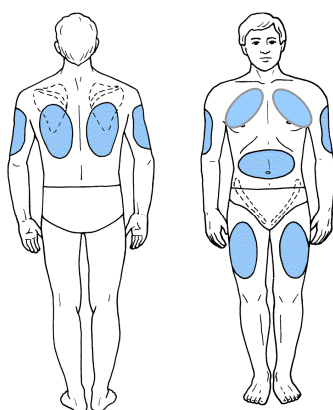
Contudo, existem vários aspectos a considerar na administração de fluidos. De acordo com INCA (2009) as soluções com pH próximo do neutro e isotónicas são melhor toleradas. O volume aconselhado é de 1000 / 1500 cc nas 24 horas (NETO, 2008), podendo ser administrado o volume máximo de 3000 cc nas 24 horas, em dois locais separados (QUERIDO e GUARDA, 2006).

Os locais de eleição, para a administração de fluidos de grande volume são o tórax e o abdómen. (NETO, 2008), ou seja zona subclavicular, região escapular (mais utilizada se o doente estiver muito agitado), e periumbilical

(respeitando a circunferência de 5 cm à volta do umbigo, por esta ser muito vascularizada).

Nestes locais existe mais tecido adiposo, e não interfere com os movimentos da pessoa. Apesar de poder ser administrada, também, na região da coxa e deltóide, mas esses locais são habitualmente para a administração de terapêutica, com menores volumes. Sempre que possível a pessoa deve escolher o local, promovendo a participação nos cuidados.

Figura 5 – Locais de administração de terapêutica SC e hipodermoclise.



A velocidade da perfusão pode ser controlada com o conta-gotas do sistema de administração, de acordo com NETO (2008:281) “*poderão ser administrados até 25 a 100 cc de soro/hora*”. Contudo, devemos ter em conta as características da pessoa, o “*estado do tecido celular subcutâneo, o nível de obesidade do doente, a sua função cardiovascular (...)*”. Para um volume de 500 cc /24 horas devem perfundir 7 gotas/minuto, no caso de 1000 cc duplicam as gotas, e no caso de 1500 cc triplicam.

NETO (2008:281) menciona que a “*hidratação pode ser interrompida e reiniciada a qualquer momento, sem risco de hemorragia ou formação de coágulos. O doente poderá, inclusivamente, deambular, ser hidratado durante a noite e descansar durante o dia*”.

Como já referido anteriormente, a via SC também pode ser utilizada para administração de terapêutica, em bólus ou perfusão contínua. De acordo com INCA (2009), os medicamentos melhor tolerados são os medicamentos com pH próximo do neutro e hidrossolúveis.

De acordo com NETO (2008) não se deve injectar mais que três fármacos na mesma administração, evitando assim uma grande acumulação, que se tornaria incómodo e dificultaria a absorção. Após a administração do fármaco, injectar soro fisiológico para evitar que fique medicação na tubuladura. Na administração de medicamentos deve ter-se em consideração a sua compatibilidade. Por vezes, é necessário a colocação de duas vias.

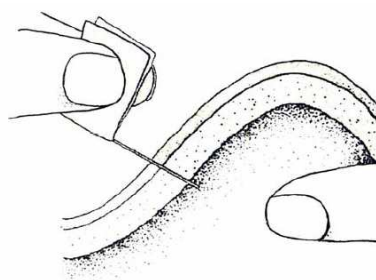
Fármaco	Compatível com:
Butilescopolamina	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido, NaCl 0,9%.
Dexametasona	Não deve ser misturada com outros fármacos em perfusão, excepto se for em doses muito baixas (1mg/24h), NaCl 0,9% ou água injectável.
Diclofenac	Não é compatível com nenhum outro fármaco em perfusão, administrar isoladamente, NaCl 0,9%.
Haloperidol	Morfina, Tramadol, Butilescopolamina, Metoclopramida, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido, água injectável.
Levomepromazina	Morfina, Haloperidol, Metoclopramida, Butilescopolamina, Midazolam, Octreotido.
Metoclopramida	Morfina, Haloperidol, Tramadol, Midazolam, Octreotido.
Metadona	Midazolam.
Midazolam	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Metoclopramida, Butilescopolamina, Octreotido, NaCl 0,9%, água injectável.
Morfina	Levomepromazina, Metoclopramida, Butilescopolamina, Haloperidol, Midazolam, Octreotido, NaCl 0,9%, água inj..
Octreotido	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Metoclopramida, Butilescopolamina, Midazolam, NaCl 0,9%.
Tramadol	Haloperidol, Metoclopramida, NaCl 0,9%.
Furosemida	NaCl 0,9%.

Quadro 1 – Compatibilidade de fármacos; adaptado de NETO (2008).

A execução da técnica, ou seja a punção deve ser feita por um profissional de saúde. Devemos ter em conta, para além do estado clínico da pessoa (condição do local a puncionar, se está agitado) a preferência do doente, deve, pois escolher-se o local que incomode o menos possível.

A punção pode ser feita com uma agulha epicraneana (tipo butterfly) de baixo calibre, preferencialmente 23G ou cateter de teflon, introduzindo-se no tecido subcutâneo, num ângulo de 45° numa prega cutânea. De acordo com NETO (2008) os cateteres de teflon oferecem maior conforto, são melhor tolerados e podem permanecer mais tempo, comparativamente às agulhas de metal. Estes dispositivos são fixados a pele com um adesivo transparente, para melhor monitorizar a condição da pele e vigiar as possíveis complicações.

Figura 6 – Ângulo de punção; adaptado de protocolo hypodermoclysis (2003).



No caso, desta técnica ser efectuada no domicílio, quer a hipodermoclise quer a administração de terapêutica, o enfermeiro deve capacitar o convivente significativo/cuidador para a execução destas tarefas. A relação terapêutica estabelecida deve contemplar a parceria de cuidados. Para além da transmissão de informação, ensino, e desenvolvimento de capacidades do cuidador, o enfermeiro deve demonstrar disponibilidade para, se houver necessidade, a pessoa/família poderem contactar para esclarecer qualquer dúvida que surja, ou simplesmente para dizer que «está tudo bem».

Lidar com estas situações complexas, não é fácil, para nenhum dos intervenientes, há a necessidade de um conhecimento profundo e o desenvolvimento de uma relação muito próxima com vista a lidar com todas as fases do processo, quer da doença crónica e/ou paliativa. Sabemos que muitas vezes aliado a estas vivências existem crenças associadas à necessidade de

comer e beber. Nomeadamente, referido muitas vezes pelo familiar «se ele já sofre tanto com a doença, não o vamos deixar morrer à fome ou à sede». O papel do enfermeiro para além de ouvir a pessoa deve também desmistificar um pouco este conceito. Tal como refere QUERIDO e GUARDA (2006:316) *“muitas vezes as famílias vivem a perda da função da alimentação de forma intensa, e têm dificuldade em aceita-la”*. Contudo, *“ a educação dos doentes e suas famílias, em relação aos objectivos dos cuidados, desmontando algumas práticas e estimulando outros cuidados, ajuda a dissipar o medo e reduzir a ansiedade”*.

Socialmente o acto de alimentar é, conforme QUERIDO e GUARDA (2006) uma forma muito especial de cuidar, pois contribuímos para a satisfação das necessidades daqueles que gostamos. Daí que a equipa de saúde, em especial o enfermeiro, ter um papel fundamental ao disponibilizar-se para ouvir e esclarecer dúvidas, explicar as vantagens e cuidados a ter, bem como as indicações da administração do soro e a importância da hidratação, quando o doente realmente necessita.

QUERIDO e GUARDA (2006) alertam para que a decisão de administrar ou não líquidos, seja discutida em equipa, após avaliação rigorosa de cada situação. O que implica uma informação rigorosa, de todos os envolvidos, principalmente do doente e da família. O impacto emocional da tomada de decisão no doente e na família deve ser tido em conta pelos profissionais de saúde.

2. PROJECTO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO

2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A Unidade de Pneumologia está inserida no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) – Hospital de Santa Marta, é composta pelos sectores de Internamento, Consultas Externas da Especialidade, Hospital de Dia e Técnicas Endoscópicas, Pleurais e de Função respiratória. Nesta Unidade são internadas com frequência pessoas com patologia crónica e/ou em fim de vida. Apesar desta unidade de internamento estar preparada para atender as necessidades dos doentes que a ela recorrem, entendemos que podemos melhorar alguns aspectos no cuidado aos doentes com patologia crónica e/ou em fase terminal.

A equipa de enfermagem tem revelado bastante sensibilidade para cuidar da pessoa e família nesta fase. No entanto, reconhece algumas limitações, por vezes relacionadas com a falta de experiência, e que são debatidas em conversas informais. Um dos aspectos que, habitualmente causa algum desconforto na equipa prende-se com a dificuldade em cateterizar uma veia periférica, para administração de soro ou medicação para controlo sintomático. Por um lado, existe a necessidade de controlar os sintomas com a administração da terapêutica e por outro lado, a dificuldade em puncionar uma veia periférica. Perante esta situação podem ocorrer várias tentativas sem êxito, o que nos causa algum mal-estar. Concomitantemente, a família também manifesta *maior conforto* quando verifica que o seu familiar “*tem um soro*”, aceitando o fim de vida com dignidade. Recentemente, também, surgiu a necessidade/oportunidade de uma doente com patologia crónica (Fibrose Quística), acompanhada por nós, fazer hidratação para além da efectuada por via oral.

Deste modo, este projecto pretende ser uma alternativa vantajosa, quer para o doente/família, quer para os profissionais.

O projecto pretende implementar a via de administração subcutânea para hidratação e administração de terapêutica em perfusão, em doentes com patologia crónica e/ou paliativa, internados na Unidade de Pneumologia, ou que necessitem desta técnica no domicílio. Nesta Unidade encontram-se, frequentemente, internadas pessoas com patologia crónica e oncológica em fim

de vida, onde muitas vezes a hidratação oral ou a administração de terapêutica é difícil. Os doentes apresentam dificuldade na deglutição, náuseas, vômitos ou outros sintomas, e a utilização/manutenção de uma via endovenosa devido aos poucos acessos venosos viáveis (por quimioterapia e/ou terapêutica endovenosa por longos períodos) torna-se quase impossível (ANEXO II).

Considerando o controlo sintomático como uma das premissas fundamentais no cuidado a estes doentes, é fundamental que a equipa disponha de várias estratégias para adequar os cuidados consoante as necessidades de cada pessoa.

Assim, destacamos algumas razões que levaram a optar por esta área, nomeadamente:

- Maior conforto para o doente, uma vez que a via endovenosa é mais dolorosa e mais difícil manter;
- Em caso de necessidade esta via pode ser mantida no domicílio pela pessoa significativa/cuidador com menor riscos;
- A equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos do CHLC quando é chamada à Unidade, para observar os doentes indica esta possibilidade em caso de necessidade;
- A falta de experiência da equipa de enfermagem, na técnica de administração de terapêutica em perfusão e hidratação por via SC.

Após reunião com a Sr.^a Enf.^a Chefe da Unidade, onde debatemos a pertinência do projecto para esta unidade, este foi considerado útil não só para os doentes internados, mas também para doentes acompanhados pela equipa (Projecto de acompanhamento de doentes crónicos) e que possam vir a necessitar desta técnica no domicílio.

Como ferramenta diagnóstica optamos por efectuar um questionário (ANEXO III) e uma análise SWOT (ANEXO IV). O questionário foi aplicado nos dias 3 e 4 de Fevereiro de 2011, sendo a amostra de 13 enfermeiros.

Da análise das respostas evidencia-se que:

- 62% dos enfermeiros não conhece a técnica da Hipodermoclise, e 38% conhece;

- 69% nunca administrou soros por via SC, e 31% já administrou; os que responderam afirmativamente 1 referiu que utilizou a técnica em contexto domiciliário, 3 em doentes em fase terminal, por prescrição da equipa de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar;
- 62% nunca administrou terapêutica em perfusão por via SC, e 38% já administrou; os que responderam afirmativamente 3 referiram em doentes em fase terminal, e 2 sob prescrição da equipa de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar;
- 100% considera útil o desenvolvimento do procedimento na Unidade;
- Nos comentários/sugestões, 4 mencionaram que o procedimento é útil; 2 referiram por dificuldade na cateterização periférica; 2 para controlo de sintomas; 1 para minimizar a dor no doente terminal; 1 refere que técnica tem inúmeras vantagens; 1 refere que a equipa não tem destreza suficiente.

No entanto, e dado que a Hipodermoclise e a administração de terapêutica são intervenções interdependentes, decidimos efectuar uma análise SWOT para complementar o diagnóstico, destacamos como:

Pontos Fortes

1. Receptividade da equipa de enfermagem a novos projectos;
2. Alternativa às vias Endovenosa e Intramuscular;
3. Existência de material adequado para a realização da técnica;
4. Via SC menos dolorosa e com maior durabilidade.

Pontos Fracos

1. Falta de conhecimento da equipa multidisciplinar acerca da técnica;
2. Inexperiência dos enfermeiros na execução do procedimento;
3. Leque de fármacos que não pode ser administrado por esta via.

Oportunidades

1. Melhorar o conforto do doente em fase terminal;
2. Alternativa às vias EV e IM;
3. Existência de um grande número de doentes em fase terminal;

4. Recomendação da via SC pela equipa de Cuidados Paliativos do CHLC.

Ameaças

1. Técnica não utilizada em situações agudas em meio hospitalar;
2. Intervenção interdependente;
3. Falta de experiência da equipa Médica em relação à técnica.

Da análise dos dados evidencia-se que as actividades de:

- Sensibilização da equipa médica;
- Formação da equipa de enfermagem para a utilização da técnica;
- Apresentação do material adequado e dos fármacos mais utilizados;
- Elaboração de um protocolo interdisciplinar;
- Elaboração de uma norma de procedimento de enfermagem sobre a técnica. Contribuem para a capacidade de realização e potencial de sucesso, deste projecto, no cuidado a pessoas com patologia crónica e/ou em fim de vida que recorrem à Unidade de Pneumologia.

A **competência de Mestre** mobilizada, neste caso específico, prende-se com o diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores. Assim, é efectuado o diagnóstico da situação, utilizando como ferramentas a análise SWOT e o questionário, e desenvolvido o planeamento do projecto, conforme o ponto seguinte.

2.2. PLANEAMENTO DO PROJECTO

Neste ponto descrevemos o objectivo geral, e os objectivos específicos que traçamos para este projecto. Mencionando as actividades realizadas, a reflexão e justificação das competências do enfermeiro especialista e mestre, mobilizadas neste projecto. O Planeamento global do Projecto e o cronograma das actividades a encontra-se no ANEXO V.

OBJECTIVO GERAL

- Melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa com patologia crónica e/ou paliativa.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

1 - Aprofundar conhecimentos na área da Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC;

Actividades/Estratégias a desenvolver

a) Efectua pesquisa bibliográfica em livros e bases de dados electrónicas credenciadas;

- Indicador de avaliação – Apresentamos síntese sobre a técnica; Ponto 1.5 do enquadramento conceptual.

b) Pesquisa normas/protocolos internacionais; que servem de base para a elaboração da norma de enfermagem.

c) Realiza Estágio de observação na Unidade de Cuidados Paliativos da Idanha;

Efectuamos Estágio na Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento de Menni na Casa de Saúde da Idanha. O estágio decorreu de 18 a 25 de Fevereiro de 2011 com o total de 44 horas.

- Indicador de avaliação – Apresentamos reflexão decorrente do estágio; Ponto 3.1 das Aprendizagens Desenvolvidas.

2 - Elaborar norma de procedimento de enfermagem Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC;

Actividades/Estratégias a desenvolver

a) Constrói protótipo de norma de procedimento de enfermagem; encontra-se no ANEXO VI.

- Indicador de avaliação – Apresentamos protótipo de norma de procedimento de enfermagem. Pedimos colaboração de Equipa de Cuidados Paliativos de CHLC para efectuar sugestões, aguardamos resposta.

3 - Elaborar folheto de informação para a Pessoa significativa/cuidador;

Actividades/Estratégias a desenvolver

a) Constrói protótipo de folheto; encontra-se no ANEXO VII.

- Indicador de avaliação – Apresentamos protótipo de folheto. Pedimos colaboração de Equipa de Cuidados Paliativos de CHLC para efectuar sugestões, aguardamos resposta.

4 - Colaborar na elaboração de um protocolo clínico sobre a Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC;

Esta actividade inicialmente prevista para as duas últimas semanas de Junho conforme cronograma de actividades, ainda não a concretizamos.

5 – Efectuar formação à equipa de enfermagem;

Actividades/Estratégias a desenvolver

a) realiza a sessão

- Indicador de avaliação – As actividades inicialmente previstas para o mês de Agosto de 2011, conforme cronograma, foram realizadas nos dias 11 e 17 de Novembro de 2011 (ANEXO VIII).

6 - Planear a implementação e a avaliação do projecto;

Actividades/Estratégias a desenvolver

a) Divulga os resultados dos questionários e análise SWOT, nas passagens de turno.

- Indicador de avaliação – Actividade preparada com análise dos questionários (ANEXO IX).

No início do Projecto tínhamos a ideia que após identificar a área de intervenção e delinear as estratégias, implementaríamos concomitantemente o projecto e, este iria sofrendo as alterações conforme o desenvolvimento das actividades. Contudo, isso veio a revelar-se impossível de realizar devido a constrangimentos de tempo, e conciliação das várias actividades quer profissionais quer lectivas. No entanto, algumas actividades foram executadas, conforme descritas anteriormente, outras planeadas em cronograma. Todavia, a implementação e avaliação do projecto sofreu várias alterações, uma vez que o serviço esteve fechado para obras (nos primeiros 5 meses de 2011), e a equipa

de enfermagem estava separada, tornando-se, este um constrangimento à implementação do projecto.

A área do cuidado à pessoa com patologia crónica e paliativa tem sido alvo de um grande investimento formativo da nossa parte nos últimos anos. É, assim que surge a necessidade de implementar este projecto, para melhorar os cuidados aos doentes que recorrem à Unidade de Pneumologia.

Neste projecto mobilizamos a **competência K1**²⁵ – cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença critica e/ou falência orgânica. Consideramos que a via SC é uma alternativa para o controlo sintomático, e neste sentido temos em conta as seguintes unidades de competência e critérios de avaliação.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>K.1.2 gere a administração de protocolos terapêuticos complexos</p>	<p>K.1.2.1 diagnostica precocemente complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos</p> <p>K.1.2.2 implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações</p> <p>K.1.2.3 monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados</p>
<p>K.1.3 faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação critica e ou falência orgânica, otimizando as respostas</p>	<p>K.1.3.1 identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar</p> <p>K.1.3.2 demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psico-social e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica</p> <p>K.1.3.3 garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor</p>

Apesar desta técnica ser desconhecida para grande parte dos enfermeiros da Unidade, em que demonstram conhecimento geral mas a maioria

²⁵ Competências do Enfº Especialista Enfermagem Pessoa Situação Crítica – Reg. nº 124/2011

não sabe executar a técnica nem como administrar a terapêutica; ou seja não sabe que fármacos podem ser administrados por via SC e compatibilidades. Assim mobilizamos a **competência D2**²⁶ – baseia a sua praxis clínica em sólidos e válidos padrões do conhecimento, tendo em conta as seguintes unidades de competência e os critérios de avaliação.

Unidades de Competência	Critérios de avaliação
D.2.1 responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade	D.2.1.1 actua como formador em contexto de trabalho, na supervisão clínica e dispositivos formativos formais D.2.1.2 diagnostica necessidades formativas D.2.1.3 concebe e gere programas e dispositivos formativos D.2.1.4 favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros D.2.1.5 avalia o impacto da formação
D.2.2 suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade	D.2.2.1 actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento na prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos D.2.2.2 identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação D.2.2.6 contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada

O projecto tem como finalidade ser mais uma alternativa para a administração de terapêutica no controlo sintomático. Neste caso actuamos considerando a **competência A.1**²⁷ – desenvolve uma prática profissional e ética

²⁶ Competências comuns do Enfº Especialista – Regulamento nº 122/2011

²⁷ Ibidem

no seu campo de intervenção, tendo em conta as seguintes unidades de competência e os critérios de avaliação.

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>A.1.3 Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área da especialidade</p>	<p>A.1.3.1 desempenha um papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade</p> <p>A.1.3.2 reconhece a sua competência na sua área especialidade</p> <p>A.1.3.3 toma a iniciativa de conduzir os processos</p> <p>A.1.3.4 recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões</p>
<p>A1.4 Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão</p>	<p>A.1.4.1 afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada</p> <p>A.1.4.2 avalia os resultados e partilha-os para promover o desenvolvimento da prática especializada</p>

Está patente, no planeamento do projecto a segurança, dando resposta à **competência B.3²⁸** – Cria e mantêm um ambiente terapêutico e seguro, tendo em conta a seguinte unidade de competência e os critérios de avaliação.

²⁸ Competências comuns do Enfº Especialista – Regulamento nº 122/2011

Unidade de competência	Critérios de avaliação
B.3.1 promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos	<p>B.3.1.4 demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro</p> <p>B.3.1.5 promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias pelos pares</p>

O desenvolvimento deste projecto tem por base a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença crónica e /ou paliativa. Neste âmbito, consideramos que é mobilizada a **competência B2**²⁹ – concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, tendo em conta as seguintes unidades de competência e os critérios de avaliação.

Unidade de competência	Critérios de avaliação
B.2.1 avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado	<p>B.2.1.1 acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade</p> <p>B.2.1.2 define e indicadores para medição válida da qualidade</p> <p>B.2.1.3 utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais</p> <p>B.2.1.4 realiza auditorias clínicas</p> <p>B.2.1.5 aplica instrumentos de avaliação de resultado de resultado</p>
B.2.2 Planeia programas de melhoria continua	<p>B.2.2.1 identifica oportunidades de melhoria</p> <p>B.2.2.2 estabelece prioridades de melhoria</p> <p>B.2.2.3 selecciona estratégias de melhoria</p>
B.2.3 lidera programas de melhoria	<p>B.2.3.1 supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade</p> <p>B.2.3.2 normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes</p>

²⁹ Competências comuns do Enfº Especialista – Regulamento nº 122/2011

Dado que este projecto implica o envolvimento de enfermeiros, médicos e equipa de cuidados paliativos, é necessário ter em conta a **competência C2**³⁰ – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados, tendo em conta a seguinte unidade de competência e os critérios de avaliação.

Unidade de competência	Critérios de avaliação
C.2.2 adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional	C.2.2.1 reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática C.2.2.2 aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado C.2.2.4 usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada

Consideramos, também, a **competência B.1**³¹ – desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, tendo em conta as seguintes unidades de competência e os critérios de avaliação.

Unidade de competência	Critérios de avaliação
B.1.1 inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade	B.1.1.1 participando na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional B.1.1.2 desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados B.1.1.3 colabora na realização de actividades na área da qualidade B.1.1.4 comunica os resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros

³⁰ Ibidem

³¹ Competências comuns do Enfº Especialista – Regulamento nº 122/2011

Unidade de competência	Critérios de avaliação
B.1.2 incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática	B.1.2.1 detém conhecimentos sobre as directivas na área da qualidade e melhoria contínua B.1.2.2 divulga experiência como sendo de sucesso B.1.2.3 promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados

Pretendemos, assim, com este projecto, que o enfermeiro especialista e mestre, seja um dinamizador na área de projecto de melhoria contínua da qualidade contribuindo com o seu conhecimento, experiência e motivação dos pares para a melhoria dos cuidados a prestar aos clientes que recorrem à unidade. Sendo facilitador na tomada de decisão no seu campo de intervenção. Considerando a alínea b) e c) do art. 88º do Código Deontológico do Enfermeiro – em que procura adequar as normas da qualidade às necessidades concretas das pessoas, e manter a actualização contínua dos seus conhecimentos.

A **competência de Mestre** que mobilizamos neste projecto, utilizando a metodologia de projecto, prende-se com a promoção da prática de cuidados baseada na evidência, em que analisamos, concebemos e implementamos resultados de investigação e contributos da evidência científica para a resolução de problemas, e usamos capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.

3. APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo relatamos algumas situações que ocorreram durante o período de estágio, e que contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional, bem como para a mobilização dos conhecimentos teóricos adquiridos. Evidenciamos que algumas delas não se reportam apenas aos momentos de estágio, uma vez que o efectuamos no serviço onde exercemos. E, por esse motivo demos continuidade ao trabalho desenvolvido com os doentes para além dos turnos de estágio.

3.1. UMA EXPERIÊNCIA NA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

O Estágio III, estágio opcional, foi realizado na Unidade de Cuidados Paliativos de S. Bento de Menni na Casa de saúde da Idanha. Tendo em conta, por um lado, o percurso formativo que fizemos nos últimos anos, que se prende com o cuidado à pessoa/família com doença crónica/paliativa, e por outro lado, o desenvolvimento do projecto de intervenção, na Unidade de Pneumologia onde desempenhamos funções, que se prende com a implementação da via subcutânea para administração de terapêutica e hidratação à pessoa com patologia crónica e/ou paliativa. Optamos por esta Unidade por ser uma referência a nível nacional em cuidados paliativos. Realizamos o estágio de 18 a 25 de Fevereiro de 2011, com o total de 44 horas. E, tinha como objectivo geral:

- Aprofundar conhecimentos no cuidado de enfermagem ao doente/família em fim de vida.

E, como objectivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos da técnica de Hipodermoclise;
- Desenvolver competências na utilização da via subcutânea para administração de terapêutica e hidratação.

A Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento de Menni situa-se em Belas, é composta por quartos individuais equipados com cama, mesa-de-cabeceira, cadeirão, roupeiro, mesa de refeição, tem ainda televisão e é decorada com objectos pessoais da pessoa que ocupa o quarto.

A primeira impressão que tivemos da Unidade, no primeiro dia de estágio, foi muito positiva e superou as expectativas. Não conhecíamos a Unidade, apenas tínhamos ouvido falar dela por colegas que lá tinham estagiado. O que mais nos surpreendeu foi o ambiente familiar da Unidade. É composta por dez quartos individuais, várias casas de banho, uma sala com banheira de hidromassagem, uma sala de estar/refeições, uma sala para conferências familiares, a sala dos profissionais e uma copa. O hall é revestido a azulejos coloridos, dando a impressão de uma residência familiar. A sala com banheira de hidromassagem é muito apreciada pelos doentes. Esta tem um ambiente muito calmo, com música relaxante da preferência do doente, onde se podem colocar velas e cheiros conforme o gosto da pessoa. Testemunhamos esta experiência e observamos a satisfação de um doente nesta sala.

As refeições são servidas em pequenas quantidades, com óptima apresentação de modo a cativar os doentes. Apesar da refeição ser igual para todos os doentes, várias vezes vi satisfazerem pequenos desejos que os doentes manifestavam como, pataniscas de bacalhau, salada de tomate, bolo de chocolate e vinho. Esta é uma grande preocupação da equipa, principalmente da equipa de enfermagem. Estão muito despertos para os detalhes. Presenciamos a satisfação de uma doente internada na Unidade, que gostava imenso de apanhar sol de manhã após os cuidados de higiene, e pedia para abrir a janela e puxar o cortinado para ver o sol. O período de estágio ocorreu em Fevereiro, estava frio mas houve a oportunidade de satisfazer a vontade da doente. O quarto dá para um pequeno jardim, onde o ambiente é muito calmo, ouvindo-se os pássaros a cantar. Esta doente era diabética mas gostava imenso de chocolate, e em dias alternados davam-lhe um quadrado de tablete de chocolate. Era uma delícia ver a satisfação da doente a saborear o chocolate, mesmo que depois tivesse que ser administrada insulina.

A equipa é constituída por Médicos, Enfermeiros, Auxiliares, Psicóloga, Assistente Social, Assistente Espiritual e Padre. No primeiro dia de estágio tivemos oportunidade de assistir a uma reunião de equipa, onde foram apresentados todos os doentes. Todos profissionais evidenciam a informação de acordo com a sua área de competência e estabelecem um plano de intervenção.

A reunião é dinamizada pela Enfermeira Chefe. No início da passagem de informação, de cada doente, um profissional fica responsável por elaborar o plano de intervenção da equipa onde são identificadas as necessidades/problemas/pontos fortes, estabelecendo metas e um prazo para a execução, bem como o registo no final se a meta foi total, parcial ou não atingida. Posteriormente identifica-se a intervenção e o responsável pela execução. O que esta reunião tem de diferente é que todos os profissionais da equipa multidisciplinar se reúnem e decidem em conjunto o plano para cada pessoa, e consoante a necessidade identificada é designado o profissional que poderá dar a melhor resposta. Nesta discussão de casos o doente é visto como um todo, sendo também incluída a família. Em algumas situações eram abordadas as necessidades da família, ou seja, o modo como esta se encontrava a lidar com toda a situação. Se fosse identificada alguma necessidade, também este problema era alvo da atenção dos profissionais e designava-se um responsável ou mais para executar a estratégia estabelecida pela equipa.

A equipa promove várias iniciativas de convívio com os doentes, familiares e outras pessoas que tenham tido familiares internados na Unidade. Criaram uma Associação “Afectos para a vida” que promove várias iniciativas no âmbito dos cuidados paliativos e dão apoio a familiares no processo de luto.

A equipa de enfermagem é uma equipa jovem, mas muito motivada e que se apoiam muito uns aos outros nos momentos críticos, valorizando muito as capacidades de cada um, e elogiando-se nas actividades executadas com êxito.

Cada doente tem um processo único, onde todos os profissionais registam diariamente as ocorrências. Existem uma folha de identificação com os dados gerais da pessoa, o motivo do internamento, os dados do convivente significativo e um espaço para informações relevantes. Cada profissional tem uma folha de identificação de necessidades (enfermeiro, psicóloga, assistente espiritual). Compõe ainda o processo as escalas de avaliação dos sintomas (escala de Edmonton), a escala de avaliação de actividades de vida diária (índice de Katz), a escala de performance em cuidados paliativos (PPS versão 2), a escala de avaliação de risco de úlcera de pressão (escala de Braden), e a avaliação dos factores de risco de luto complicado. Para além desta informação existe ainda o plano de intervenção, a folha de terapêutica e o registo da

conferência familiar. Neste sentido, cada profissional faz o registo sequencial na folha, ou seja, só existe um diário onde todos os profissionais registam a informação.

Durante este período de estágio não tivemos oportunidade de visualizar a execução da técnica de hipodermoclise, uma vez que nenhum dos doentes que se encontravam internados necessitava desta técnica. No entanto, foi-nos facultada alguma bibliografia e os enfermeiros, nomeadamente a Enfermeira Orientadora deram-nos várias indicações de acordo com a sua vasta experiência em cuidados Paliativos.

Apesar de termos traçado objectivos muito concretos para este estágio opcional, não nos focamos apenas nesses objectivos traçados inicialmente, mas tentamos aproveitar ao máximo esta experiência que se revelou bastante enriquecedora. Apesar de ser uma área de interesse, ainda não tínhamos tido oportunidade conhecer estas unidades, que são bastante recentes em Portugal.

O ambiente tranquilo, o controlo sintomático e o cuidado da pessoa e família como um todo, por toda a equipa foi bastante importante, contribuindo para a consciencialização de que o cuidar de uma pessoa pode ser feito em equipa. Os conhecimentos que tínhamos, e a pesquisa que efectuamos, vieram a verificar-se na realidade.

Como aspectos positivos realçamos a importância da equipa de enfermagem atribuir grande valor aos detalhes, como satisfazer pequenos desejos, proporcionar um ambiente quase familiar. As palavras «tranquilo» e «confortável» eram quase como obrigatórias e esforçavam-se imenso para que assim fosse. Recordamos, ainda, o cheiro a alfazema quando se entrava na Unidade cerca das 7:30, este aroma diário cria um ambiente agradável.

A **competência de Mestre** relacionada com o desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências, ao longo da vida e em completo às adquiridas, relacionada, especificamente com a identificação dos próprios recursos pessoais, ajustados às necessidades de formação do projecto pessoal/profissional, e a valorização do auto formação como ponto fundamental do desenvolvimento, é ilustrada neste ponto. Ou seja, a realização do estágio, bem como a procura de bibliografia relacionada com o projecto desenvolvem esta competência de Mestre.

3.2. COMUNICAÇÃO DE MÁAS NOTÍCIAS

Sr. L.G., angolano, de 46 anos de idade, transplantado ao pulmão acerca de 1 ano, com várias intercorrências no pós-operatório imediato e tardio, e vários internamentos na Unidade. Conhece bem toda a equipa, com quem foi estabelecendo uma relação muito próxima antes do transplante pulmonar e no pós-transplante. O transplante é um tratamento muito desejado, porque se «considera *muito novo e tem uma filha pequena que precisa dele*». Conhece os riscos do transplante, adere a todas as indicações dos profissionais. No entanto, o seu estado começa a degradar-se e entra em processo de rejeição. É feita toda a terapêutica/tratamento para a rejeição, sem evidência de resultado. O doente apercebe-se. Quer falar com a médica, que evita dirigir-se ao quarto. O doente fala com os enfermeiros, quer saber «*a situação dele*»

De acordo com o relato anterior, evidenciamos que esta situação estava a causar grande mal-estar na equipa, principalmente na equipa de enfermagem que se via confrontada com várias perguntas do doente às quais não sabia responder e achava que não seria da sua competência.

Perante o caso exposto, procuramos falar com o doente, mostrando disponibilidade para o ouvir e compreender as suas necessidades, uma vez que já tinha manifestado a vontade de falar com a médica de modo a compreender a sua situação. No fundo, o doente queria saber a verdade sobre o seu estado de saúde. Por um lado, achava que a situação era grave, por outro a médica ia sempre tentando fazer mais alguma coisa. E, o doente nesta situação queria saber se «existia mais algum tratamento que se pudesse fazer, se podia ser transplantado de novo, em Portugal ou no estrangeiro». Perante esta situação, de perceber quais as dúvidas e expectativas combinamos com o doente que falaríamos com a médica no sentido de o esclarecer melhor.

Após os conhecimentos adquiridos nas várias Unidades Temáticas (análise do código deontológico do enfermeiro, relação de ajuda, ética de enfermagem e cuidados ao cliente em fim de vida) percebemos que tínhamos adquirido conhecimentos que nos levavam a analisar a situação e desencadear os meios para a sua resolução, e sentimos, também, que tínhamos a responsabilidade para actuar neste caso.

Neste caso mobilizamos a **competência k.1**³² – cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, tendo em conta a seguinte unidade de competência e os critérios de avaliação:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>K.1.6 gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica</p>	<p>K.1.6.1 inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transacções da relação</p> <p>K.1.6.2 reconhece o impacto das transacções da relação</p> <p>K.1.6.3 selecciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda</p> <p>K.1.6.4 avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa</p>

Após a conversa com o doente dirigimo-nos à médica, falamos-lhe da necessidade do doente «ouvir dela toda a verdade». Falámos das dúvidas em relação ao prognóstico, apesar de o doente ter bastantes conhecimentos, estes necessitavam de ser confirmados. A médica percebeu a necessidade do doente, mas referiu que não sabia como dizer ao doente que «não há mais nada fazer». Perante esta situação em que o transplante de órgãos é um tratamento de última linha, que provoca tantas expectativas nos profissionais e nas pessoas doentes, quando não tem o êxito desejado é visto como um fracasso e por vezes temos dificuldade em lidar com tudo isto.

³² Competências do Enfº Especialista Enfermagem Pessoa Situação Crítica – Reg. nº 124/2011

Perante esta situação argumentamos e disponibilizamo-nos para estarmos presentes no momento da conversa com o doente. A médica concordou e disse que o faríamos no dia em que estivesse de urgência interna. Assim foi, no dia seguinte, depois da passagem de turno (cerca das 17 horas) fomos falar com o doente. Refiro que apesar de termos terminado o turno achamos importante ficar mais algum tempo, pois tínhamo-nos comprometido com o doente e a médica, e este seria o momento ideal, ou poderíamos não ter outro. Mobilizamos a **competência K1**³³ - cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, tendo em conta a seguinte unidade de competência e os critérios de avaliação.

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>K.1.5 gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa /família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde</p>	<p>K.1.5.1 demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação</p> <p>K.1.5.2 demonstra conhecimento e estratégias facilitadoras da comunicação</p> <p>K.1.5.3 adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica</p>

Contudo, nesta situação, apesar do doente conhecer os riscos de rejeição do órgão, ele queria confirmar essa informação, se isso se estava a passar com ele. Por um lado, tinha a informação do que poderia ocorrer, por outro estava a vivê-lo, e necessitava de saber se isso correspondia ao que ele estava a pensar. Assim, esta conversa que ele tanto queria, pode ser considerada uma “má notícia”. Deste modo mobilizamos os conhecimentos da Unidade Temática – cuidados ao cliente em fim de vida, para falar com o doente.

³³ Competências do Enfº Especialista Enfermagem Pessoa Situação Crítica – Reg. nº 124/2011

Perante estas indicações de comunicação de más notícias, tivemos em consideração o ambiente, ou seja o doente encontrava-se sozinho num quarto, tivemos a preocupação de nos sentarmos e dizer que estávamos ali para falar com ele acerca do que ele bem entendesse. Tentamos perceber o que ele sabia, e o que queria saber. Depois fomos respondendo às perguntas concretas que ele ia fazendo. Estivemos atentas à reacção do doente mostrando que estávamos com ele, e que o ajudaríamos naquilo que ele precisasse e que estivesse ao nosso alcance.

O doente perguntou se haveria algum tratamento que pudesse travar a progressão da doença, em Portugal ou no estrangeiro, ao qual foi respondido que não. Fez várias perguntas, aparentemente já as tinha pensado, pois alguma delas já as tinha feito aos enfermeiros.

Posteriormente mencionou vontade de ir passar o fim-de-semana a casa, e que necessitava de transporte uma vez que se encontrava a fazer oxigénio e não tinha recursos para pagar uma ambulância. Foi-lhe dito que falaríamos com a Assistente Social para providenciar um transporte. No final da conversa mostramos disponibilidade para o ajudar naquilo que precisasse e que continuaria a ser seguido por nós, não era por não termos um tratamento para situação dele que deixaria de ser nosso doente. Continuaria a vir às consultas, a fazer a medicação, a ser acompanhado por nós como até ali, mas agora com outras necessidades (ele sorriu). O doente foi passar o fim-de-semana a casa e passados três dias foi reinternado. Perante o descrito, mobilizamos a **competência L6³⁴** – estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte, considerando as seguintes unidades de competência:

³⁴ Competências específicas do enfº especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, OE 2011

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>L.6.1 promove parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família</p>	<p>L.6.1.1 incentiva, activamente doente, cuidadores como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação dos cuidados</p> <p>L.6.1.2 identifica e defende, sistematicamente, objectivos de actuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, dentro do acordado</p>
<p>L.6.3 negocia objectivos/metasp de cuidados, mutuamente acordados dentro do ambiente terapêutico</p>	<p>L.6.3.1 suporta e consolida recursos pessoais, facilitando a tomada de decisão e realização de objectivos/metasp definidas em confronto com as necessidades de cuidados</p> <p>L.6.3.2 utilização de ferramentas de comunicação adequadas, de forma a promover uma comunicação honesta, esperança realista e ajuste de expectativas</p> <p>L.6.3.3 ajuda o doente a completar, gradualmente tarefas de desenvolvimento de fim de vida</p>

Após esta conversa podem ser muitos os sentimentos que emergem. O doente é confrontado com uma perda, e passará por um processo de luto. No caso do Sr. L. G. a perda reporta-se a uma expectativa, uma vez que ele depositava grande confiança no transplante pulmonar, e no caso dele a qualidade e esperança de vida estavam muito aquém do esperado e verificado noutros doentes transplantados com quem convivia no hospital. Neste caso, mobilizamos a **competência K1**³⁵ – cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, tendo em conta a seguinte unidade de competência e os critérios de avaliação.

³⁵ Competências do Enº Especialista Enfermagem Pessoa Situação Crítica – Reg. nº 124/2011

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>K.1.4 assiste a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e falência orgânica</p>	<p>K.1.4.1 demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo</p> <p>K.1.4.2 demonstra conhecimentos e habilidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto</p>

Nesta situação, também, mobilizamos a **competência A1**³⁶ – desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, considerando a unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>A.1.2 suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas</p>	<p>A.1.2.1 as situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão</p> <p>A.1.2.2 as decisões são guiadas pelo código deontológico</p> <p>A.1.2.3 incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem</p> <p>A.1.2.4 promove o exercício profissional de acordo com o código deontológico</p>

Bem como a **competência A2**³⁷ – promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, tendo em conta a seguinte unidade de competência:

³⁶ Competências comuns do Enfº Especialista – Regulamento nº 122/2011

³⁷ Ibidem

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>A.2.1 promove a protecção dos direitos humanos</p>	<p>A.2.1.1 assume a defesa dos direitos humanos</p> <p>A.2.1.2 promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação</p> <p>A.2.1.5 promove o respeito do cliente à escolha e autodeterminação</p> <p>A.2.1.6 promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais</p> <p>A.2.1.7 reconhece e aceita os direitos dos outros</p>

No caso do Sr. L.G. foram tidos em conta para além do art. 84 do Código Deontológico do enfermeiro – Do dever de informação, foram considerados também valores como a verdade e a liberdade responsável alínea c) e d) do art. 78º do Código Deontológico do Enfermeiro, bem como a alínea d) da BASE V, da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012:5120) “*ser informado sobre o seu estado clínico, se for essa a sua vontade*”.

Mobilizamos a **competência B3**³⁸ – cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, considerando a unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>B.3.1 promove um ambiente físico, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção</p>	<p>B.3.1.1 promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural e necessidades espirituais</p> <p>B.3.1.2 promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo</p> <p>B.3.1.3 envolve a família no sentido de assegurar que as necessidades culturais e espirituais são satisfeitas.</p>

³⁸ Competências comuns do Enfº Especialista – Regulamento nº 122/2011

Ao concluir esta análise e passado algum tempo sobre o vivido, pensamos que o modo de actuação foi o correcto. No entanto, reconhecemos que só foi possível com base nos conhecimentos adquiridos nas várias unidades curriculares. Aprendemos que a comunicação das más notícias é difícil de dar. Pensamos que o enfermeiro especialista tem um papel fundamental na equipa, deve ser proactivo, e estar presente quando o médico comunica uma notícia desta natureza. O que aprendemos é que em situações semelhantes falaremos com a médica e delineamos estratégias em conjunto tendo em conta o direito do doente à informação. Todavia, há outros aspectos que poderemos melhorar principalmente relacionados com a equipa. É necessário efectuar formação em serviço sobre o tema.

Neste contexto é necessário desenvolvermos a **competência L6**³⁹ - estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte, considerando a seguinte unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>L6.4 reconhece os efeitos da natureza do cuidar, em indivíduos, cuidadores, familiares, em si e outros membros da equipa</p>	<p>L6.4.1 responde de forma eficaz em que identifica factores de risco e situações problemáticas, associadas à exaustão física e emocional</p> <p>L6.4.3 aplica estratégias que apoiam os membros da equipa de saúde</p>

No entanto, no dia em que falámos com o doente, apesar de acharmos que estávamos a proceder correctamente, estávamos preocupadas pois não sabíamos como seria a reacção do doente após ser confrontado com a ausência de tratamento. Comunicamos aos enfermeiros que estavam de turno nesse dia que tínhamos falado com o doente, para eles estarem atentos. Mas em situações

³⁹ Competências do Enfº Especialista em Pessoa em Situação crónica e Paliativa – OE, 2011

futuras penso que poderemos falar com a equipa no sentido de não resolver só um problema mas que possamos todos crescer com as decisões que tomamos.

O Sr. faleceu cerca de um mês depois no hospital, no entanto consideramos que respeitamos o doente, e não quebramos a relação de confiança estabelecida, pois mobilizamos a **competência L6**⁴⁰ – estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte, considerando a seguinte unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>L.6.2 respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto</p>	<p>L.6.2.1 integra conhecimentos avançados a nível social, espiritual, cultural, contextos e vivências dos doentes, quando intervém em necessidades multidimensionais</p> <p>L.6.2.2 demonstra, também, resultados qualificados, individualizados e atempados de comunicação entre indivíduos, cuidadores e membros da equipa, salvaguardando necessidades individuais, desejos e respectivos cuidados</p> <p>L.6.2.3 apoia o doente, cuidadores, familiares, sistematicamente, nas perdas sucessivas e tarefas de resolução do luto</p>

As **competências de Mestre** que mobilizamos, neste caso, prendem-se com a concepção, gestão, e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem. Em que realizamos uma avaliação exaustiva do indivíduo, analisamos criticamente os dados para uma tomada de decisão segura. Efectuamos o diagnóstico, prescrevemos intervenções gerais e especializadas, referenciamos para outros profissionais, e avaliamos a prática, de modo a assegurar cuidados de qualidade.

⁴⁰ Ibidem

Podemos ver, também, a mobilização de outra competência de mestre, relacionada com o desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio que conduzem à construção da aplicação de argumentos rigorosos. Nomeadamente, a selecção de meios e estratégias de resolução de um problema, de forma fundamentada, e avaliação de resultados e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, e na perspectiva das repercussões éticas e deontológicas. Assim, com base neste caso específico, identificamos a necessidade do doente, relacionada com informação do seu estado clínico, e desencadeamos uma série de intervenções no sentido de resolvermos essa mesma necessidade/problema. Concomitantemente, a tomada de decisão tem em consideração aspectos éticos e deontológicos, nomeadamente a verdade e a justiça, bem como o dever de informação (art. 78º, e art. 84º do código deontológico do enfermeiro).

3.3. DIGNIDADE HUMANA

Sr. M.C., 62 anos de idade, com Neoplasia de Pulmão, recorre ao Serviço de Urgência por toracalgia, disfagia, dispneia e edema dos membros inferiores. Fica internado por Derrame Pleural. O Sr. vive sozinho num quarto alugado, é solteiro, não tem filhos, tem uma irmã e um sobrinho com os quais cortou relações e não demonstra interesse em reatar relações. Indica como pessoa de referência o patrão Sr. P. O doente é parcialmente dependente nas AVD devido à dispneia. Apresenta dor de grau 8 na região supraclavicular direita com irradiação para o crânio, que alivia na posição de decúbito lateral esquerdo. Apresenta marcada disfagia, pedindo com frequência iogurtes naturais às refeições.

O Sr. esteve internado na Unidade de Pneumologia de 4 de Fevereiro a 1 de Março de 2011, dia em que faleceu. Neste período estávamos a realizar estágio no serviço, e posteriormente ausentámo-nos no período de 18 de Fevereiro a 1 de Março para realizar o estágio na Unidade de Cuidados Paliativos. Pelo que o relato desta experiência se reporta às duas primeiras semanas de internamento e aos dias seguintes ao falecimento do doente.

No dia em que conhecemos o Sr. M. este encontrava-se deitado em decúbito lateral esquerdo e o tabuleiro do pequeno-almoço encontrava-se em cima da mesa. Apresentamo-nos ao doente e perguntamos se precisava de ajuda para tomar a refeição. Ele respondeu num tom um pouco agressivo que não. Tentamos saber porque se sentia assim, ao qual o doente respondeu que “não conseguia engolir, e que tinha pedido um iogurte natural”, responderam que só tinham iogurte de aroma de morango. E por esse motivo ele não queria comer. Pediu se podíamos ir comprar iogurtes naturais pois ele tinha dinheiro para pagar. Pedimos que aguardasse um pouco, pois iríamos providenciar um iogurte conforme o seu desejo. Contactamos o serviço de dietética e pedimos dois iogurtes naturais para o doente bem como o apoio da Dietista para vir personalizar a dieta do Sr. M. uma vez que este apresentava disfagia marcada.

Passados uns minutos a Assistente Operacional levou os dois iogurtes. Ajudamos o Sr. a levantar-se, sendo que nesse momento referiu que tinha muitas “dores na cabeça” principalmente quando se levantava, estas só aliviavam se permanecesse deitado para o lado esquerdo. Prometemos-lhe que iríamos ver que terapêutica tinha para as dores. O doente apresentava-se sub-medicado face à dor que apresentava (grau 8 na escala numérica) pelo que solicitamos ao médico assistente do doente que observa-se o Sr. Posteriormente optou-se por pedir apoio à Equipa de Cuidados Paliativos de CHLC, e esta dirigiu-se nesse mesmo dia ao serviço, tendo medicado o Sr. M. Também, foi providenciada uma televisão para o quarto, bem como o jornal como motivo de distração do doente.

Neste contacto, salientamos a disponibilidade que é necessária para ouvir o doente, perceber quais são as suas necessidades e estabelecer uma relação empática. O enfermeiro tem em conta o ponto 1 do art. 78º do Código Deontológico do Enfermeiro, em que as intervenções de enfermagem são efectuadas com a preocupação da dignidade da pessoa humana. Mobilizamos a

competência k.1⁴¹ - cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, considerando a unidade de competência:

Unidade de competência	CrITÉRIOS de avaliação
K.1.6 gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica	<p>K.1.6.1 inicia a relação terapêutica reconhecendo as transacções da relação</p> <p>K.1.6.2 reconhece o impacto das transacções da relação</p> <p>K.1.6.3 selecciona e utiliza de forma adequada as habilidades de relação de ajuda</p> <p>K.1.6.4 avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa</p>

Mobilizamos, também, a **competência L.5**⁴² - identifica as necessidades das pessoas com doença crónica e incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares, tendo em conta as seguintes unidades de competência:

Unidade de competência	CrITÉRIOS de avaliação
L.5.1 identifica as necessidades das pessoas com doença crónica e incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares	<p>L.5.1.1 Avalia e diagnostica as necessidades de cuidados paliativos</p> <p>L.5.1.2 avalia e identifica os sintomas descontrolados segundo a intensidade e prioridade</p> <p>L.5.1.3 analisa e valoriza o peso das variáveis psico-emocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento.</p> <p>L.5.1.4 avalia o grau de dependência e necessidades, promovendo o máximo de satisfação do doente</p> <p>L.5.1.5 identifica situações de agudização, em tempo útil</p>

⁴¹ Competências do Enfº Especialista Enfermagem Pessoa Situação Crítica – Reg. nº 124/2011

⁴² Competências do Enfº Especialista em Pessoa em Situação crónica e Paliativa – OE, 2011

Unidade de competência	Critérios de avaliação
L.5.2 Promove intervenções junto da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares	<p>L.5.2.1 objectiva os cuidados na preservação da dignidade da pessoa, maximizando a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento</p> <p>L.5.2.2 estabelece um plano individualizado</p> <p>L.5.2.3 adopta medidas farmacológicas</p> <p>L.5.2.4 adopta medidas não farmacológicas</p> <p>L.5.2.5 actua em tempo útil nas situações de agudização</p>

Nesta relação mobilizamos a **competência D.1**⁴³ – desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, considerando a unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
D.1.1 detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	<p>D.1.1.1 desenvolve o autoconhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa e/ou a equipa</p> <p>D.1.1.2 gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda</p> <p>D.1.1.3 reconhece os seus limites pessoais e profissionais</p> <p>D.1.1.4 consciencializa a influência pessoal na relação profissional</p>

Mobilizamos a **competência C.1**⁴⁴ - gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, tendo em conta a unidade de competência:

⁴³ Competências comuns do Enfº Especialista – Regulamento nº 122/2011

⁴⁴ Ibidem

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>C.1.1 otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão</p>	<p>C.1.1.1 disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa</p> <p>C.1.1.2 colabora nas decisões da equipa multiprofissional</p> <p>C.1.1.3 intervêm de forma a melhorar a informação para o processo de cuidar</p> <p>C.1.1.4 reconhece quando negociar ou referenciar para outros prestadores de saúde</p>

Concomitantemente, também, mobilizamos a **competência a K.1**⁴⁵ - cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, considerando as unidades de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>K.1.3 faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas</p>	<p>K.1.3.1 identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar</p> <p>K.1.3.2 demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psico-social e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica.</p> <p>K.1.3.3 garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor</p> <p>K.1.3.4 demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor</p>

⁴⁵ Competências do Enfº Especialista Enfermagem Pessoa Situação Crítica – Reg. nº 124/2011

Unidade de competência	Critérios de avaliação
K.1.2 gere a administração de protocolos terapêuticos complexos	<p>K.1.2.1 diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos</p> <p>K.1.2.2 implementa resposta de enfermagem apropriada às complicações</p> <p>K.1.2.3 monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados</p>

No caso do Sr. M. os sintomas que se evidenciavam era a dor e a dispneia, e onde foram planeadas intervenções para minimizar o impacto sobre a qualidade de vida do doente.

Envolvemos a equipa de enfermagem, a equipa médica, equipa de cuidados paliativos e dietética de forma a adequar os cuidados de forma mais eficaz. Mobilizamos a **competência L.5**⁴⁶ - identifica as necessidades das pessoas com doença crónica e incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares, tendo em conta a seguinte unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
L5.4 colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio	<p>L.5.4.1 utiliza estratégias baseadas na evidência para o desenvolvimento do auto-conhecimento, e das capacidades da pessoa, cuidadores e familiares</p> <p>L.5.4.2 utiliza estratégias de comunicação, de trabalho em equipa, conhecimentos relacionados com a ética, para tomar decisões adequadas, evitando terapêuticas causadoras de sofrimento</p>

⁴⁶ Competências do Enfº Especialista em Pessoa em Situação crónica e Paliativa – OE, 2011

Mobilizamos, também, a **competência C.1**⁴⁷ - gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, tendo em conta a unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>C.1.2 orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</p>	<p>C.1.2.1 orienta a decisão relativa às tarefas a delegar</p> <p>C.1.2.3 utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas que delega</p> <p>C.1.2.4 supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação</p>

Neste caso a colaboração dos Assistentes Operacionais na satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais.

No período em que estivemos ausentes o Sr. M. faleceu, na presença de uma colega que o acompanhou durante todo o turno da manhã. De acordo com a informação dela o estado do Sr. degradou-se muito nessa semana, no entanto a dor estava mais controlada (passou de 8 para 3/4 na escala numérica) estando o doente mais tranquilo. Teve algumas vezes a visita do Patrão, o Sr. P., sendo que este telefona com frequência para saber do seu estado. Contudo, no início ainda abordamos o SR. M., no sentido de perceber se gostaria que contactássemos a sua irmã e sobrinho, ao qual ele respondeu negativamente, tendo em consideração a alínea a) do art. 87º do Código Deontológico do Enfermeiro – o enfermeiro ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, deve defender e promover o direito da pessoa à escolha do local, e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida. Após o falecimento do Sr. M. foi contactado o patrão, no sentido de dar conhecimento da situação. O Sr. P. prontificou-se a ir ao Hospital. Mencionou disponibilidade para levantar o espólio do doente e proceder ao funeral.

⁴⁷ Competências comuns do Enfº Especialista – Regulamento nº 122/2011

Assim, mobilizamos a **competência L.5**⁴⁸ identifica as necessidades das pessoas com doença crónica e incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares, tendo em conta a unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
L.5.3 envolve cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades	L.5.3.2 constrói e actualizando o plano de intervenção em parceria com os cuidadores L.5.3.1 reúne, periodicamente com os cuidadores

No entanto, e de acordo com o Procedimento Multissectorial do Hospital e Legislação Portuguesa o espólio só pode ser entregue a pessoas que sejam familiares directos ou que tenham uma procuração. Neste sentido, o Sr. P. foi encaminhado para a Assistente Social, sendo que o corpo só poderia ser levantado após um mês, se nenhum familiar entretanto reclamasse o corpo. Neste ponto tem em consideração a aliena c) do art. 87º do Código Deontológico do enfermeiro – em que respeita e faz respeitar o corpo após a morte. Um mês após a morte de Sr. M., contactamos o Serviço Social, apesar da família já ter conhecimento ainda não tinha ido «levantar o corpo».

Neste caso temos em consideração a **competência A1**⁴⁹ – desenvolve de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, considerando a unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
A.1.2 suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas	A.1.2.3 incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem

⁴⁸ Competências do Enfº Especialista em Pessoa em Situação crónica e Paliativa – OE, 2011

⁴⁹ Competências comuns do Enfº Especialista – Regulamento nº 122/2011

Mobilizamos, também **competência D1**⁵⁰ - desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, considerando a unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>D.1.2 gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional</p>	<p>D.1.2.1 desenvolve a congruência entre o auto e a hetero-percepção</p> <p>D.1.2.2 gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente</p> <p>D.1.2.3 actua eficazmente sob pressão</p> <p>D.1.2.4 reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade</p> <p>D.1.2.5 utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos</p>

Perante o caso do Sr. M. mobilizamos a **competência A1**⁵¹ – desenvolve de uma pratica profissional e ética no seu campo de intervenção, considerando a unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>A.1.1 demonstra tomada de decisão numa variedade de situações da prática especializada</p>	<p>A.1.1.1 as estratégias de resolução de problemas são desenvolvidos em parceria com o cliente</p> <p>A.1.1.2 o juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão</p> <p>A.1.1.3 a autonomia de julgamento fundamentado reflecte-se na tomada de decisão em situações da prática</p> <p>A.1.1.4 participa na tomada de decisão em equipa</p> <p>A.1.1.5 as respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções</p>

⁵⁰ Ibidem

⁵¹ Competências comuns do Enfº Especialista – Regulamento nº 122/2011

Consideramos, também o ponto 2 da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos 2012:5120), que menciona que os cuidados paliativos “*devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana*”.

A **competência de Mestre**, que mobilizamos neste caso prende-se com a integração do enfermeiro, de forma proactiva, em equipas de desenvolvimento multidisciplinar. Nesta área aplicamos os conhecimentos, capacidade de compreensão e resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, ou seja, consideramos as necessidades/problemas da pessoa, planeamos intervenções com base nos conceitos, fundamentos, teorias da enfermagem, e encaminhamos para outros técnicos, quando necessário, e trabalhamos em colaboração com eles.

3.4. PLANO DE EMERGÊNCIA DA UNIDADE

O Hospital de Santa Marta desde há algum tempo (cerca de 10 anos), sob coordenação do Gabinete de Gestão do Risco, implementou um plano de emergência interno. Este gabinete tem desenvolvido várias estratégias, nomeadamente identificação de riscos e proposta de alterações, formação dos profissionais, simulacros em caso de incêndio, elaboração de procedimentos multissectoriais, e criação de um sistema de relato/registo de incidentes.

Anualmente, o Hospital disponibiliza formação em suporte básico de vida, e segurança contra incêndios, a todos os profissionais do Hospital, e suporte avançado a um número mais restrito. As iniciativas desenvolvidas prendem-se, também, com a afixação de cartazes com indicações simples e precisas do modo de actuação em caso de emergência. Para além disso, existe na intranet do Hospital um portal do gabinete onde são divulgados os procedimentos multissectoriais da área da gestão do risco.

O plano de emergência interno contempla uma planta da Unidade e do Hospital, com o circuito que devemos seguir para pontos de encontro. Este encontra-se afixado à entrada da Unidade. Existem cartazes com informação específica para profissionais e doentes/familiares ou outros que se encontrem no

local. Estão afixados em pontos estratégicos extintores de incêndio, que são revistos periodicamente, bem como uma boca-de-incêndio tipo carretel. As portas de saída de emergência estão identificadas e têm barra anti-pânico.

Em cada serviço estão nomeados interlocutores de ligação com o gabinete de gestão do risco, que têm como principal função identificar e avaliar os riscos da unidade de acordo com metodologia de identificação do risco; planejar, implementar e monitorizar estratégias de prevenção e/ou eliminação dos riscos; divulgação e formação na unidade no âmbito da gestão do risco.

Na Unidade de Pneumologia, desempenhamos a função de interlocutora da unidade com o Gabinete de Gestão do Risco. Temos participado em diversas iniciativas de identificação dos riscos da Unidade e formação à equipa de enfermagem. Neste sentido, mobilizamos a **competência B3**⁵² – cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, considerando a seguinte unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>B.3.2 gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais</p>	<p>B.3.2.1 colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros</p> <p>B.3.2.5 desenvolve sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro</p> <p>B.3.2.6 cria mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos de gestão de risco</p> <p>B.3.2.7 colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais, e equipamentos</p> <p>B.3.2.9 colabora na elaboração de planos de emergência</p>

⁵² Competências comuns do Enfº Especialista – Regulamento nº 122/2011

Contudo, reconhecemos que a partir deste momento devemos ter um papel mais dinâmico nesta área. Da experiência que temos tido na Unidade tem-se verificado que muitos dos profissionais desconhecem o procedimento de actuação em caso de incêndio. Apesar de já ter sido efectuado um simulacro no serviço em 2010, esta área ainda não é muito valorizada.

Deste modo, torna-se importante desempenharmos um papel mais proactivo e crítico no seio da equipa, na divulgação dos procedimentos, formação aos profissionais da Unidade, no sentido de dar resposta à **competência K.2**⁵³ – em que o enfermeiro especialista dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção, tendo em conta as unidades de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>K.2.2 planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência e ou catástrofe</p>	<p>K.2.2.1 demonstra conhecimentos dos planos e os princípios de actuação em situações de catástrofe</p> <p>K.2.2.2 identifica os vários tipos de catástrofe e implicações para a saúde</p> <p>K.2.2.3 atribui graus de urgência e decidir a sequência de actuação</p> <p>K.2.2.4 sistematiza as acções a desenvolver em situação de catástrofe ou emergência</p>
<p>K.2.3 gere os cuidados em situações de emergência ou catástrofe</p>	<p>K.2.3.1 lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa</p> <p>K.2.3.2 avalia em contínuo a articulação e eficácia da equipa</p> <p>K.2.3.3 introduz medidas correctivas das inconformidades de actuação</p>

⁵³ Competências do Enfº Especialista Enfermagem Pessoa Situação Crítica – Regulamento nº 124/2011

Bem como **competência K1**⁵⁴ - cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, considerando as unidades de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>K.1.1 presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica</p>	<p>K.1.1.1 identifica focos de instabilidade K.1.1.2 responde pronta e antecipadamente a esses focos de instabilidade K.1.1.3 executa cuidados e técnicas de alta complexidade K.1.1.4 demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida</p>

Uma vez que já existe um plano de emergência interno, deveremos procurar conhecê-lo na totalidade e disponibilizamo-nos para contribuir com sugestões e/ou alterações de melhoria dando resposta à unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>K.2.1 concebe, em articulação com o plano estratégico, os planos de catástrofe ou emergência</p>	<p>K.2.1.1 Demonstrar conhecimento do plano distrital e nacional para a catástrofe K.2.1.1 colaborar na elaboração do plano de emergência e catástrofe da instituição/serviço</p>

⁵⁴ Competências do Enfº Especialista Enfermagem Pessoa Situação Crítica – Reg. nº 124/2011

3.5. NOVAS RESPONSABILIDADES

Nesta reflexão debruçamo-nos sobre as funções/papel que temos desempenhado na Unidade, e que novas responsabilidades advém a partir do momento que em que adquirimos mais formação, no âmbito do Curso de Pós Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica e Mestrado.

Desde 1999 que somos o elemento de Ligação da Unidade de Pneumologia à Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar. Desde essa altura temos participado em diversas iniciativas da Comissão, nomeadamente:

- Reuniões;
- Formação organizada pela Comissão e em serviço, sobre: Triagem de Resíduos, Equipamento de Protecção Individual, Prevenção da Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
- Campanha de higienização das mãos – auditoria/observação da higienização das mãos nos cinco momentos preconizados pela OMS, de todos os profissionais de saúde da Unidade, e divulgação dos resultados, na Unidade e no Hospital;
- Vigilância Epidemiológica;
- Divulgação de normas e procedimentos da Comissão a Enfermeiros e Assistentes Operacionais;
- Colaborar na elaboração de procedimentos sectoriais na prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde.

Acreditamos que a responsabilidade, a partir deste momento, deverá ser mais interventiva, não só no grupo de elementos de ligação à Comissão como também na Unidade de Pneumologia.

Sabemos que as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) afectam imensas pessoas, provocando não só consequências graves na vida dos doentes, como também gasto acrescido de medicamentos e dias de internamento. O principal veículo de transmissão das IACS é as mãos dos profissionais. Neste sentido, devemos assumir a nossa responsabilidade e estar atentos para mantermos a regras de higienização das mãos, bem como o uso correcto dos equipamentos de protecção individual e o respeito da técnica asséptica nos procedimentos justificáveis. Neste âmbito, temos participado na elaboração e

divulgação de procedimentos com vista ao uso das melhores práticas, mobilizando a **competência D2**⁵⁵ – baseia a sua praxis clínica em sólidos e validos padrões do conhecimento, considerando a unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>D2.3 provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho</p>	<p>D.2.3.1 tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada</p> <p>D.2.3.2 demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes</p> <p>D.2.3.3 rentabiliza oportunidades de aprendizagens e toma a iniciativa na análise de situações</p> <p>D.2.3.4 usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados</p> <p>D.2.3.5 toma a iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada</p>

A Unidade de Pneumologia é constituída pelos sectores de: Internamento, Hospital de Dia, Consultas Externas e Laboratório de Técnicas de função respiratória, Endoscópicas e Pleurais. Em qualquer destes sectores deve existir uma preocupação dos profissionais na prevenção da infecção. No entanto, no sector do internamento e das técnicas endoscópicas este deve ter especial atenção. Uma vez que no internamento estão pessoas com várias patologias, e por vezes infectadas com microrganismos facilmente transmissíveis, por exemplo bacilo da tuberculose, estafilococos aureus resistentes à meticilina, entre outros, sendo que o serviço não possui unidades de isolamento. O mesmo acontece no sector de técnicas onde são efectuadas exames invasivos (broncofibroscopia).

⁵⁵ Competências comuns do Enfº Especialista – Regulamento nº 122/2011

Apesar de ser uma técnica limpa é necessário ter controle sobre o material a ser utilizado e à execução da técnica.

Outro aspecto que devemos ter em consideração, em relação à prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde, nomeadamente a **competência A.2**⁵⁶ – promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, considerando a seguinte unidade de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>A.2.2 gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente</p>	<p>A.2.2.1 reconhece a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco</p> <p>A.2.2.2 adopta e promove a adopção de medidas apropriadas, com recurso às competências especializadas</p> <p>A.2.2.3 tem uma conduta preventiva e antecipatória</p> <p>A.2.2.4 recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica</p> <p>A.2.2.5 identifica as acções a serem tomadas em circunstâncias específicas</p> <p>A.2.2.6 segue incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência</p>

No papel desempenhado temos em consideração a **competência B3**⁵⁷ – cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, em que o enfermeiro especialista considera a unidade de competência seguinte;

⁵⁶ Competências comuns do Enfº Especialista – Regulamento nº 122/2011

⁵⁷ Competências comuns do Enfº Especialista – Regulamento nº 122/2011

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>B.3.2 gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais</p>	<p>B.3.2.2 envolve os colaboradores na gestão do risco</p> <p>B.3.2.3 previne os riscos ambientais B.3.2.4 desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa B.3.2.8 coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção</p>

Entendemos que apesar de desempenharmos algumas actividades de formação da equipa e sensibilização desta problemática, devemos ter um papel mais activo na equipa, e considerar a **competência específica K.3**⁵⁸ em que o enfermeiro especialista – maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. Neste sentido, deveremos ter em conta as unidades de competência:

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>K.3.1 concebe um plano de prevenção e controlo da infecção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica</p>	<p>K.3.1.1 demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infecção e das directivas das Comissões do Controlo da Infecção</p> <p>K.3.1.2 diagnostica as necessidades do serviço na prevenção e controlo da infecção</p> <p>K.3.1.3 estabelece estratégias pro-activas a implementar no serviço visando o controlo da infecção no serviço</p> <p>K.3.1.4 actualiza o plano de prevenção e controlo do serviço com base na evidência</p>

⁵⁸ Competências do Enfo Especialista Enfermagem Pessoa Situação Crítica – Regulamento nº 124/2011

Unidade de competência	Critérios de avaliação
<p>K.3.2 lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infecção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infecções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica</p>	<p>K.3.2.1 demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica</p> <p>K.3.2.2 estabelece os procedimentos e circuitos requeridos face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica</p> <p>K.3.2.3 faz cumprir os procedimentos na prevenção e controlo da infecção</p> <p>K.3.2.3 monitoriza, regista e avalia medidas implementadas</p>

Considerando as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, o aprendido e o reflectido sobre as actividades desempenhadas até então, reconhecemos que a partir deste momento temos novas responsabilidades. Uma das razões prende-se com o aumento de conhecimentos que sustentam a tomada de decisão. Por um lado, aprendemos a questionar as nossas práticas, com vista à melhoria dos cuidados que prestamos. Por outro lado, a necessidade de procurar a evidência científica que demonstre as melhores práticas, e aplicá-la no contexto. Este é seguramente é um dos aspectos que trouxe esta formação especializada. Muitas vezes na prática diária não nos questionamos acerca de actividades que «sempre foram feitas assim». Deste modo, reconhecemos que o papel do especialista, para além de procurar estar sempre actualizado, com base na evidência científica, deve ter um papel dinamizador na equipa, identificar práticas de risco, planear e implementar medidas na prevenção e controlo de infecção associada aos cuidados de saúde. Concomitantemente, identificar necessidades de formação, e servir como uma referência na prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde.

4. CONCLUSÃO

A utilização da via subcutânea para hidratação e administração de terapêutica, na pessoa com patologia crónica e/ou paliativa, como Plano de Intervenção no Serviço, dentro da área Especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, surgiu após algum tempo de reflexão. Por um lado, gostaríamos de aprofundar conhecimentos nesta área, e por outro lado, queríamos identificar algo que fosse útil e, sentido como uma necessidade pela equipa de enfermagem quando cuida da pessoa em fim de vida. Esta escolha deve-se, em parte, ao facto de estarmos bastante sensibilizados para esta área, termos investido nos últimos anos em formação neste âmbito e, também, porque na Unidade de Pneumologia são frequentemente internadas pessoas em estado terminal. Após conversa com a Orientadora do Local de Estágio, optámos por alargar o projecto também à pessoa com patologia crónica. Inicialmente muito virado para o doente em fim de vida, como uma alternativa para a hidratação e o controlo sintomático. Contudo e dado que a Unidade tem um projecto de acompanhamento do doente crónico pelo enfermeiro de referência, achou-se conveniente e útil alargar o campo de acção.

Daí que o enquadramento teórico englobe o cuidado de enfermagem ao doente crónico e paliativo. Concomitantemente e sendo este um projecto de melhoria dos cuidados no âmbito da enfermagem especializada, desenvolvemos estes temas. A teoria do conforto de Kolcaba surge como um ponto de ancoragem no cuidado destas pessoas/famílias.

Fomentamos pormenorizadamente a técnica da hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC, com evidência das indicações, contra-indicações, vantagens e desvantagens, o procedimento técnico, bem como os cuidados essenciais na execução e manutenção.

No diagnóstico de situação, efectuamos um questionário aos enfermeiros, onde se destaca que apesar da maioria dos enfermeiros já ter ouvido falar da técnica, nunca a executou e desconhece os cuidados a ter. Contudo evidenciam que será útil para a melhoria dos cuidados. Para complementar o diagnóstico, e dado que a técnica se insere no âmbito das intervenções interdependentes, optamos por fazer uma análise SWOT, no sentido de identificar todas as

necessidades e assim podermos planear um projecto exequível, de modo a melhorar os cuidados aos doentes que recorrem à Unidade.

No Plano de Intervenção, apesar de sabermos o que pretendíamos fazer, surgiram algumas dificuldades no planeamento, uma vez que esta metodologia era desconhecida, e só tomámos conhecimento dela durante a frequência do Curso Pós licenciatura de Especialização em Enfermagem Medico -cirúrgica.

Em relação aos objectivos planeados, tivemos oportunidade de executar algumas actividades. Apesar dos colegas perguntarem frequentemente: *quando é que nos ensinas a técnica? Quando começamos a utilizar?* Deste modo, o projecto é para dar continuidade, apesar dos vários constrangimentos que foram surgindo.

O desenvolvimento do projecto, bem como as reflexões acerca de situações vivenciadas em estágio permitiram-nos mobilizar e integrar as competências do enfermeiro especialista e mestre. Apesar deste projecto estar muito virado para o cuidado à pessoa com doença crónica e paliativa, a mobilização das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica tornaram-se um desafio. Contudo e dado que no serviço colaboramos com a comissão de infecção hospitalar, apercebemo-nos da necessidade de termos um olhar mais atento e critico nesta área. Relativamente à competência em situação de catástrofe, seguramente teremos de desenvolver aprendizagens para podermos dar resposta conforme o pretendido de um especialista. Na sensibilização da equipa para esta problemática, relacionada com o plano de emergência interno, seguramente poderemos ter um papel mais activo.

Dado que o presente relatório se destina a obter o grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, evidenciamos como notas conclusivas, que conseguimos apreender e mobilizar as competências de Mestre, neste projecto. Verificamos, neste relatório, que existe uma preocupação com a aquisição de conhecimentos e competências ao longo do percurso, complementando as adquiridas, com recurso a estágios, pesquisas bibliográficas e desenvolvimento do projecto. Este projecto mostra, também, a mobilização da competência relacionada com a concepção, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, onde se observa a avaliação da pessoa, identificam-se necessidades, prescrevem-se e executam-se intervenções, tendo em conta princípios éticos,

deontológicos e conhecimento científico baseado na evidência, que permite avaliação de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

É notório, também, a integração do enfermeiro especialista e mestre, de forma proactiva, em equipas multidisciplinares, como relatam as aprendizagens efectuadas em estágio. E, por último, a participação na formação de colegas e colaboradores.

Consideramos este, o início de um longo caminho. Primeiro o desafio de implementarmos o projecto na Unidade, depois a consciencialização das funções acrescidas do Enfermeiro Especialista e Mestre. Ganhar espaço na equipa e ser uma referência nos cuidados especializados na área da pessoa em situação crítica, e situação crónica/paliativa.

5. REFERÊNCIAS

5.1. BIBLIOGRÁFICAS

- ABIVEN, Maurice (2001) – *Para uma Morte mais Humana: Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos*. Loures. 2ª Edição. Lusociência. ISBN: 972-8383-25-8
- BARBOSA, A. NETO, I. (2006) - *Manual de Cuidados Paliativos*, 1ª edição, Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8
- BERNARDO, Ana, *et al* (2006) – Trabalho em equipa in BARBOSA, António, NETO, Isabel G., *Manual de Cuidados Paliativos*, 1ª edição, Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8
- BENNER, P.(2001) – De Iniciado a Perito. Coimbra, Quarteto Editora.
- BISHOP, S.(2004) – Historia e Filosofia da Ciência, in Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Ed. Loures. Lusociência.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. DIÁRIO DA REPÚBLICA—I SÉRIE-A n.º 109—6 de Junho de 2006 (3856, 3865) in <http://www.rncci.min-saude.pt/Paginas/Legislacao> 10:41 10/06/11
- Decreto-Lei 117/2008 de 25 de Junho. DIÁRIO DA REPÚBLICA—I SÉRIE nº 121 de 25 de Junho de 2008 (3825, 3853).
- DIRECÇÃO GERAL DA SAUDE (2004) – Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Circular Normativa nº 14 DGCG de 13/07/2004.
- Despacho n.º 28941/2007 *Diário da República*, 2.ª série — N.º 245 — 20 de Dezembro de 2007.
- DOWD, Thérèse (2004) - Teoria do conforto KOLCABA, K, in TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. – Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias da enfermagem. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.
- HESBEEN, Walter (2000) – Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures. Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8

- HESBEEN, Walter (2001) – *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures. Lusociência. ISBN: 972-8383-20-7
- KUBLER-ROSS. E. (2002) – *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo. Livraria Martins Fontes.
- Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª série — N.º 180 de 16 de Setembro de 2009.
- Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos – Diário da República, 1.ª série — N.º 172 — 5 de Setembro de 2012.
- LEITE, Lúcia (2007) – *Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados: perspectiva de conselho de enfermagem*. Revista OE nº 24 pág. 27/32.
- NETO, I. G. (2006) - *Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos* in BARBOSA, António, NETO, Isabel G., *Manual de Cuidados Paliativos*, 1ª edição, Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8
- NETO, I. G. (2006) – *Modelos de controlo sintomático* in BARBOSA, António, NETO, Isabel G., *Manual de Cuidados Paliativos*, 1ª edição, Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8
- NUNES, L. – *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures. Lusociência. 2011 ISBN 978-972-8930-67-7
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual Enunciados Descritivos*. Conselho de Enfermagem.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – *servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Edição Portuguesa Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISBN: 978-989-96021-9-9.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – *Regulamento de Competências Específicas do enfermeiro especialista e Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – *Dor Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos da OE. Série I nº 1. Lisboa.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Cuidados Paliativos para uma Morte Digna.
Catálogo de classificação Internacional para a prática de Enfermagem.
Lisboa. 2010
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos
Cuidados em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica. 2011
- PACHECO, S. – Cuidar a Pessoa em fase terminal: perspectiva ética. Loures.
Lusociência. 2002. ISBN: 972-8383-30-4
- PEREIRA, M. A. – Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra.
Formasau. 2008. ISBN: 978-972-8485-92-4
- POTTER, Patrícia A., PERRY, Anne G., *Fundamentos de Enfermagem –
Conceitos e Procedimentos*, 5ª edição. Loures. Lusociência. 2006. ISBN
972-8930-24-0
- QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena; NETO, Isabel, G. - Comunicação in
BARBOSA, António, NETO, Isabel G., *Manual de Cuidados Paliativos*, 1ª
edição, Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade
de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9349-21-8
- QUERIDO, A.; GUARDA, H. – Hidratação em Fim de Vida in BARBOSA, António,
NETO, Isabel G., *Manual de Cuidados Paliativos*, 1ª edição, Lisboa, Núcleo
de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa,
2006. ISBN 978-972-9349-21-8
- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (REPE)
– Dec. Lei nº 161/96 de 4 de Setembro
- REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA – Regulamento n.º 122/2011, DR, 2.ª série, N.º 35 de 18 de
Fevereiro de 2011
- REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
– Regulamento nº 124/2011, DR, 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de
2011
- SANTOS, F. S. – Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São
Paulo. Editora Atheneu. 2009. ISBN: 978-85-388-0055-2

- SAPETA, Paula; LOPES, Manuel – *Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente*. Revista Referência. IIª Série, nº 4. (2007). Pág.35/57
- SEELEY, R.; STEPHENS, T.; TATE, P. – Anatomia e Fisiologia. 1ª ed. Lisboa. Lusodidacta. 1997. ISBN 972-96610-5-7
- TOMEY, A., ALLIGOOD, M. (2004) – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Ed. Loures. Lusociência.
- TWYLCROSS, Robert – *Cuidados Paliativos*. 2ª ed. Lisboa. Climepsi Editores. 2003. ISBN972-796-093-6
- WATSON, Jean – Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures. Lusociência. 2002. ISBN: 972-8383-33-9

5.2. ELECTRÓNICAS

- APÓSTOLO, J., GAMEIRO, M., (2005) – Referências Onto-Epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise crítica, *in* http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=59&id_rev=4&id_edicao=12. Acedido em 22/08/2012 às 14:47.
- APÓSTOLO, J.L. (2009) – O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência. IIª Série, nº 9. Pág.61/77 *in* http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?idwebsite=3&d=1&target=detalhesArtigo&id_artigo=2133&id_rev=4&id_edicao=26. Acedido a 15/05/2011 às 10:39.
- ANDRADE, B.B., et al (2008) – Ontologia e Epistemologia do Cuidado de Enfermagem, *in* <http://sumarios.org/sites/default/files/pdfs/2232-7885-1-pb.pdf>. Acedido em 22/08/2012 às 14:14
- AZEVEDO, E; BARBOSA, M. – hipodermoclise: um método alternativo para administração de fluidos e medicamentos pela via subcutânea, *in* Manual de Cuidados Paliativos ANCP *in* <http://www.paliativo.org.br/noticias/2009/11/manual-de-cuidados-paliativos-ancp-esta-na-biblioteca-virtual/>. Acedido 06/06/2010 às 19:05.

- CARPER, B. – Fundamental patterns of knowing in nursing, *in* http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Citation/1978/10000/Fundamental_Patterns_of_Knowing_in_Nursing.4.aspx. Acedido em 26/08/2012 às 10:44.
- DEPARTAMENTO QUALIDADE EM SAUDE – *in* <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>. Acedido em 18/11/12 às 12:09.
- DESPACHO 14223/2009 *in* <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/17393/Desp142232009QualidSaude1.pdf>. Acedido em 18/11/12 às 11:55.
- FERREIRA, K; SANTOS, A. – Hipodermoclise e administração de medicamentos por via subcutânea: uma técnica do passado com futuro, *in* http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/hipodermoclise_artigo.pdf. Acedido em 10/01/2011 às 19:54.
- GOMES, V. et al (2007) – Evolução conhecimento científico em enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias, *in* <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v25n2/v25n2a10.pdf>. Acedido em 22/08/2012 às 14:34.
- GUIDELINES FOR THE USE OF SUBCUTANEOUS MEDICATIONS IN PALLIATIVE CARE *in* http://www.nhslanarkshire.org.uk/Services/Palliative_Care/Documents/Guidelines%20for%20the%20use%20of%20Subcutaneous%20Medications%20in%20Palliative%20Care%20-%20Dec_09.pdf. Acedido em 12/05/2011 às 12:45.
- INSTITUTO NACIONAL DO CANCER - Terapia Subcutânea no câncer avançado Série Cuidados Paliativos *in* http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Terapia_subcutanea.pdf. Acedido 10/01/2011 às 19:57.
- KOLCABA, K – *in* <http://www.thecomfortline.com/home/intro.html>. Acedido em 20/07/2012 às 17:01.
- LOBO, F. – Papel da via subcutânea nos cuidados paliativos domiciliários. Revista Portuguesa Clínica Geral. nº 6 Nov./Dez. 2007 *in* http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33568&artId=182.
- MARQUES, C. et al – Terapêutica subcutânea em cuidados paliativos. Revista Portuguesa Clínica Geral. nº 6 Nov./Dez. 2005 *in*

http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33568&artId=382.
Acedido em 06/07/2010 às 18:17.

NETO, I.G - *Utilização da via subcutânea na pratica clínica artigos de revisão in*
http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf. Publicação
Trimestral. Vol 15 nº 4 out./dez. 2008. Acedido 06/07/2010 às 18:19.

PLANO NACIONAL QUALIDADE <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Q2.pdf>. Acedido 18/11/12 às 11:51.

PLANO NACIONAL DE SAUDE 12/16 http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Qualidade_em_Sa%C3%BAde1.pdf. Acedido 18/11/12 às 12:06.

POLICY FOR THE ADMINISTRATION OF SUBCUTANEOUS FLUIDS
(HYPODERMOCLYSIS) TO ADULT PATIENTS *in*
http://www.dorsetpct.nhs.uk/documents/publications/policies/clinical_policies/full_policies/subcutaneous%20fluids%20apr08.pdf. Acedido em 10/01/2011
às 19:20.

PROTOCOL HYPODERMOCLYSIS ADMINISTRATION FOR PALLIATIVE CARE
in <http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/Clinical%20Practice%20Guidelines/PDF%20files/3A7%20Hypodermoclysis%20Admin%20Protocol%20for%20PC%20Patients.pdf>. Acedido a 10/01/2011 às 19:19.

RUIVO, A.; FERRITO. C.; NUNES, L. – Metodologia de Projecto: colectânea
descritiva de etapas *in* Revista Percursos, nº 15. 2010. Acedido em
http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

SOUSA SANTOS, B., (1987) – Um Discurso sobre as Ciências, *in* <http://pt.scribd.com/doc/16663995/Boaventura-de-Sousa-Santos-um-discurso-sobre-as-ciencias>. Acedido a 22/08/2012 às 13:48.

Volume and Site Preferences for Hypodermoclysis: A Review of Clinical Practice
Guidelines, October 2010 *in* http://www.cadth.ca/media/pdf/L0223_Hypodermoclysis_Final.pdf. Acedido em 10/01/2011 às 19:35.

ANEXOS

ANEXO I

Date _____

Code # _____

Comfort with End of Life Planning

Thank you VERY MUCH for helping me in our study of the concept COMFORT. Below are statements that may describe your comfort right now. Six numbers are provided for each question; please circle the number you think most closely matches your feeling. This is about your comfort at the moment you are answering the questions.

	Strongly Disagree			Strongly Agree		
1. There are those I can depend on when I need help	1	2	3	4	5	6
2. I don't want to think about planning for end of life care.	1	2	3	4	5	6
3. My condition gets me down	1	2	3	4	5	6
4. I feel confident	1	2	3	4	5	6
5. I feel my life is worthwhile right now	1	2	3	4	5	6
6. I am inspired by knowing that I am loved	1	2	3	4	5	6
7. I trust my doctor to make the right decisions	1	2	3	4	5	6
8. No one understands me	1	2	3	4	5	6
9. My anxiety is difficult to endure	1	2	3	4	5	6
10. I am scared when I am alone	1	2	3	4	5	6
11. My body is relaxed right now	1	2	3	4	5	6
12. I feel agitated right now	1	2	3	4	5	6
13. I do not feel healthy right now	1	2	3	4	5	6
14. Advance directives makes me feel scared	1	2	3	4	5	6
15. I am afraid of what is next	1	2	3	4	5	6
16. I am very tired	1	2	3	4	5	6

(Continue on back)

	Strongly Disagree			Strongly Agree		
17. I am content	1	2	3	4	5	6
18. I feel dependent on others to make decisions for me.	1	2	3	4	5	6
19. My faith helps me be strong	1	2	3	4	5	6
20. I feel out of control	1	2	3	4	5	6
21. I have experienced changes that make me feel uneasy	1	2	3	4	5	6
22. My family is aware of my wishes regarding care at the end of my life	1	2	3	4	5	6
23. I need to be better informed about my health	1	2	3	4	5	6
24. I don't have many choices about end of life care.	1	2	3	4	5	6
25. It helps to get information about end of life care.	1	2	3	4	5	6
26. I feel peaceful	1	2	3	4	5	6
27. I am depressed	1	2	3	4	5	6
28. I have found meaning in my life	1	2	3	4	5	6

ANEXO II

Definição do Problema

Estudante: Delmira Maria Morais Pombo – 2145
Instituição: Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de Santa Marta
Serviço: Pneumologia
Título do Projecto: A utilização da Via Subcutânea para hidratação e administração de terapêutica, na Pessoa com patologia crónica e/ou paliativa.
<p>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):</p> <p>A <u>área de intervenção</u> do projecto insere-se na implementação da via de administração subcutânea (SC) para hidratação e administração de terapêutica em perfusão, em doentes com patologia crónica e/ou paliativa, internados na Unidade de Pneumologia, ou que necessitem desta técnica no domicílio. Nesta Unidade encontram-se, frequentemente, internadas pessoas com patologia crónica e oncológica em fim de vida, onde muitas vezes a hidratação oral ou a administração de terapêutica é difícil. Os doentes apresentam dificuldade na deglutição, náuseas, vômitos ou outros sintomas, e a utilização/manutenção de uma via endovenosa devido aos poucos acessos venosos viáveis (por quimioterapia e/ou terapêutica endovenosa por longos períodos) torna-se quase impossível.</p> <p>Considerando o controlo sintomático como uma das premissas fundamentais no cuidado a estes doentes, é fundamental que a equipa disponha de várias estratégias para adequar os cuidados consoante as necessidades de cada pessoa.</p> <p>As <u>razões</u> que me levaram a optar por esta área prendem-se, essencialmente, com os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maior conforto para o doente, uma vez que a via endovenosa é mais dolorosa e mais difícil manter; ✓ Em caso de necessidade esta via pode ser mantida no domicílio pela pessoa significativa/cuidador com menor riscos; ✓ A equipa consultora de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) quando é chamada à Unidade, para observar os doentes indica esta possibilidade em caso de necessidade; ✓ A falta de experiência da equipa de enfermagem, na técnica de administração de terapêutica em perfusão e hidratação por via SC.
Diagnóstico de situação
<p>Definição geral do problema</p> <p>Na Unidade de Pneumologia são internadas com frequência pessoas com patologia crónica e/ou em fim de vida. Apesar desta unidade de internamento estar preparada para atender as necessidades dos doentes que a ela recorrem, entende-se que podemos melhorar alguns aspectos no cuidado aos doentes com patologia crónica e/ou em fase terminal.</p> <p>Todavia, a equipa de enfermagem tem revelado bastante sensibilidade para cuidar da pessoa e família nesta fase. No entanto, reconhece algumas limitações, por vezes relacionadas com a falta de experiência, e que são debatidas em conversas informais. Um dos aspectos que, habitualmente causa algum desconforto na equipa prende-se com a dificuldade em cateterizar uma veia periférica, para administração de soro ou medicação para controlo sintomático. Surgem assim alguns dilemas éticos. Por um lado, existe a necessidade de controlar os sintomas com a administração da terapêutica e por outro lado, a dificuldade em puncionar uma veia periférica. Perante esta situação podem ocorrer várias tentativas sem êxito, o que nos causa algum mal-estar. Concomitantemente, a família também manifesta <i>maior conforto</i> quando verifica que o seu familiar “tem um soro”, aceitando o fim de vida com dignidade. Recentemente, também, surgiu a necessidade/opportunidade de uma doente com patologia crónica (Fibrose Quística), acompanhada por nós, efectuar hidratação para além da efectuada por via oral.</p> <p>Deste modo, este projecto pretende ser uma alternativa vantajosa, quer para o doente/família, quer para os profissionais.</p>
<p>Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)</p> <p>A Unidade de Pneumologia está inserida no CHLC, no Hospital de Santa Marta, é composta pelos sectores de Internamento, Consultas Externas da Especialidade, Hospital de Dia e Técnicas Endoscópicas, Pleurais e de Função respiratória. No sector do Internamento, são internadas com frequência pessoas com patologia crónica ou em fim de vida.</p>

Curso Pós Licenciatura Enfermagem Médico-Cirúrgica Ano Lectivo 2010/2011

Após reunião com a Sr.^a Enf^a Chefe da Unidade, onde foi debatido a pertinência do projecto para esta unidade, este foi considerado útil não só para os doentes internados, mas também para doentes acompanhados pela equipa e que necessitem desta técnica no domicílio.

Como ferramenta diagnóstica optei por efectuar um questionário (Anexo I) e uma análise SWOT (Anexo II).

O questionário foi aplicado nos dias 3 e 4 de Fevereiro de 2011, sendo a amostra de 13 enfermeiros.

Da análise das respostas evidencia-se que:

- ✓ 62% dos enfermeiros não conhece a técnica da Hipodermoclise, e 38% conhece;
- ✓ 69% nunca administrou soros por via SC, e 31% já administrou; os que responderam afirmativamente 1 referiu que utilizou a técnica em contexto domiciliário, 3 em doentes em fase terminal, por prescrição da equipa de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar;
- ✓ 62% nunca administrou terapêutica em por via SC, e 38% já administrou; os que responderam afirmativamente 3 referiram em doentes em fase terminal, e 2 sob prescrição da equipa de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar;
- ✓ 100% considera útil o desenvolvimento da técnica na Unidade;
- ✓ Nos comentários/sugestões, 4 mencionaram que considera útil; 2 referiram por cateterização periférica difícil; 2 para controlo de sintomas; 1 para minimizar a dor no doente terminal; 1 refere que técnica tem inúmeras vantagens; 1 refere que a equipa não tem destreza suficiente.

No entanto, e dado que a Hipodermoclise e a terapêutica é uma intervenção interdependente, decidi efectuar uma análise SWOT para complementar o diagnóstico, da análise dos dados evidencia-se que as actividades de:

- ✓ Sensibilização da equipa médica;
- ✓ Formação da equipa de enfermagem para a utilização da técnica;
- ✓ Apresentação do material adequado e dos fármacos mais utilizados;
- ✓ Elaboração de um protocolo interdisciplinar, e de uma norma de procedimento de enfermagem da técnica;

Contribuem para a capacidade de realização e potencial de sucesso, deste projecto, no cuidado a pessoas com patologia crónica e/ou em fim de vida que recorrem à Unidade de Pneumologia.

Atendendo aos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, podemos considerar que este projecto tem em conta:

1. Satisfação do cliente;
2. Bem-estar e autocuidado;
3. Prevenção de complicações;

Em relação às competências específicas da Enf^a Especialista em EMC:

1. Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos;
2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

Os problemas parcelares identificados prendem-se, essencialmente, com:

- ✓ O desconhecimento da equipa de enfermagem na utilização da via SC, para hidratação e administração de terapêutica, em doentes em fase terminal;
- ✓ A inexperiência da equipa de enfermagem utilização da via SC, para hidratação e administração de terapêutica, em doentes com patologia crónica e/ou paliativa;
- ✓ A inexistência de uma norma de procedimento de enfermagem;
- ✓ A inexperiência da equipa médica em relação à técnica;
- ✓ A inexistência de um protocolo interdisciplinar;
- ✓ A inexistência de um guia para a Pessoa Significativa/cuidador;

Determinação de prioridades

- ✓ Formação à equipa de enfermagem;
- ✓ Sensibilização da Equipa Médica para prescrever esta via em situações justificáveis;
- ✓ Elaboração de uma norma de procedimento;
- ✓ Criar protocolo interdisciplinar;

Objectivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

OBJECTIVO GERAL:

- ✓ Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com patologia crónica e/ou paliativa;

OBJECTIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Aprofundar conhecimentos na área da Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC;
- ✓ Elaborar norma de procedimento de enfermagem Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC;
- ✓ Elaborar folheto de informação para a Pessoa significativa/cuidadora;
- ✓ Colaborar na elaboração de um protocolo clínico sobre a Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC;
- ✓ Efectuar formação à equipa de enfermagem;
- ✓ Planear a implementação e avaliação do projecto;

Referências:

Bibliográficas (Norma da ESS)

- ✓ LEITE, E.; MALPIQUE, M. *Trabalho de Projecto. 2. Leituras comentadas*. Porto: Afrontamento. 1990.
- ✓ BARBOSA, A.; NETO, Isabel G., *Manual de Cuidados Paliativos*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. 2006
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento conceptual Enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem. 2001.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Proposta de Projecto de Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crítica*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2010.
- ✓ RUIVO, M^a A.; FERRITO, C. ; NUNES, L., *et al Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas*: Revista Percursos, nº 15. 2010.
- ✓ SFAP, Colégio de Cuidados de Enfermagem, *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos – «cuidar»: ética e praticas*. Lusociência. Loures. 2000
- ✓ TWYGCROSS, Robert, *Cuidados Paliativos*, 2^a edição, Climpesi Editores. Lisboa. 2003

Electrónicas

- ✓ NETO, I.G; *Utilização da via subcutânea na pratica clínica artigos de revisão*, http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf acedido 06/07/2010 às 18:19.
- ✓ Instituto Nacional de Câncer. *Terapia Subcutânea no câncer avançado Série Cuidados Paliativos* http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Terapia_subcutanea.pdf acedido 10/01/2011 às 19:57
- ✓ Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de Cuidados Paliativos*, acedido 06/07/2010 às 19:05
- ✓ POLICY FOR THE ADMINISTRATION OF SUBCUTANEOUS FLUIDS (HYPODERMOCLYSIS) TO ADULT PATIENTS http://www.dorsetpct.nhs.uk/documents/publications/policies/clinical_policies/full_policies/subcutaneous%20fluids%20apr08.pdf acedido em 10/01/2011 às 19:20

ANEXO III

Caro Colega,

Como é do seu conhecimento, estou a frequentar o Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. Assim, um dos objectivos e método de avaliação do estágio é a realização de um Projecto de Intervenção no local de trabalho (onde se realiza a maioria do estágio). Por esse motivo, optei por efectuar o meu Projecto na Área de utilização da via subcutânea (SC) para administração de terapêutica e soros (Hipodermoclise).

De modo, a poder adequar melhor o Projecto de Intervenção, gostaria que respondesse às seguintes questões.

1. Conhece a Técnica de Hipodermoclise?

Sim Não

2. Alguma vez administrou soros por via SC?

Sim Não

Se Sim, em que contexto? _____

3. Alguma vez administrou terapêutica em perfusão por via SC?

Sim Não

Se Sim, em que contexto? _____

4. Considera útil o desenvolvimento da técnica nesta Unidade?

Sim Não

5. Comentários / Sugestões

Obrigada pela sua colaboração

ANEXO IV

Análise SWOT

<p style="text-align: center;">Pontos Fortes</p> <ol style="list-style-type: none">1. Receptividade da equipa de enfermagem a novos projectos2. Alternativa às vias EV e IM3. Existência de material adequado para a realização da técnica4. Via SC menos dolorosa e com maior durabilidade	<p style="text-align: center;">Pontos Fracos</p> <ol style="list-style-type: none">1. Falta de conhecimento da equipa multidisciplinar acerca da técnica2. Inexperiência dos enfermeiros na execução do procedimento3. Leque de fármacos que não pode ser administrado por esta via
<p style="text-align: center;">Oportunidades</p> <ol style="list-style-type: none">1. Melhorar o conforto do doente em fase terminal2. Alternativa às vias EV e IM3. Existência de um grande número de doentes em fase terminal4. Recomendação da via SC pela equipa de CP do CHLC	<p style="text-align: center;">Ameaças</p> <ol style="list-style-type: none">1. Técnica não utilizada em situações agudas em meio hospitalar2. Intervenção interdependente3. Falta de experiência da equipa Médica em relação à técnica

Através da ferramenta utilizada podemos salientar os factores dominantes e determinantes, tanto internamente como externamente á técnica proposta, que poderão influenciar o sucesso do projecto, e produzir orientações estratégicas relevantes, aliando o projecto ao seu contexto específico.

Assim, deve-se construir o plano de actividades centrando a atenção sobre as forças e tentar reduzir ou mesmo eliminar as fraquezas, com o intuito de maximizar as oportunidades e minimizar as ameaças.

Matriz Swot

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Oportunidades	S- O	W-O
Ameaças	S - T	W-T

Estratégias S-O: perseguem oportunidades que são boas para fortalecer os pontos fortes.

Estratégias W-O: ultrapassam as fraquezas para atingirem oportunidades

Estratégias S-T: usar os pontos fortes para reduzir a vulnerabilidade às ameaças externas.

Estratégias W-T: estabelecer um plano defensivo para prevenir que os pontos fracos sejam susceptíveis às ameaças externas.

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização da equipa multidisciplinar. • Apresentação do material adequado e dos fármacos mais utilizados. • Potenciar os cuidados de enfermagem a todas as pessoas em fim de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação a equipa de enfermagem. • Demonstração da técnica a utilizar • Supervisão/Acompanhamento da equipa na execução da técnica • Consultar a equipa de cuidados paliativos do CHLC
Ameaças	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de uma norma de procedimento de enfermagem para a técnica a utilizar 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a equipa de enfermagem para a utilização da técnica. • Criar protocolo interdisciplinar

ANEXO V

Planeamento do Projecto

Estudante: Delmira Pombo – 2145	Orientador: Sra. Enfª Armandina Antunes
Instituição: CHLC – H. S. Marta	Serviço: Pneumologia
Título do Projecto: A utilização da Via SC para hidratação e administração de terapêutica, na Pessoa com patologia crónica e/ou paliativa.	
<p>Objectivos (geral, específicos, centrados na resolução do problema. Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p>OBJECTIVO GERAL: Melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa com patologia crónica e/ou paliativa.</p> <p>OBJECTIVOS Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Aprofundar conhecimentos na área da Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC; 2 - Elaborar norma de procedimento de enfermagem Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC; 3 - Elaborar folheto de informação para a Pessoa significativa/cuidadora; 4 - Colaborar na elaboração de um protocolo clínico sobre a Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC; 5 – Efectuar formação à equipa de enfermagem; 6 - Planear a implementação e a avaliação do projecto; 	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<p>Responsável Clínico da Unidade – Divulgação do projecto e colaboração de protocolo clínico;</p> <p>Enfermeira Chefe – Divulgação / Orientação da implementação do projecto;</p> <p>Enfermeiros da Unidade – Divulgação/colaboração no projecto;</p> <p>Equipa de Cuidados Paliativos do CHLC – Pedir colaboração na revisão da norma de procedimento de enfermagem;</p>	

Curso Pós Licenciatura Enfermagem Médico Cirúrgica

Objectivos Específicos	Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1 - Aprofundar conhecimentos na área da Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC;	<p>a) Efectua pesquisa bibliográfica em livros e bases de dados electrónicas credenciadas;</p> <p>b) Pesquisa normas/protocolos internacionais;</p> <p>c) Realiza Estágio de observação na Unidade de Cuidados Paliativos da Idanha;</p>		<p>Computador</p> <p>Computador</p>	<p>10 H.</p> <p>4 H.</p> <p>40 H.</p>	<p>1 – Apresenta síntese sobre a técnica;</p> <p>2 - Efectua Estágio na Casa de Saúde da Idanha – Unidade de Cuidados Paliativos;</p> <p>3 – Apresenta reflexão decorrente do estágio;</p>
2 - Elaborar norma de procedimento de enfermagem da técnica Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC;	<p>a) Constrói protótipo de norma de procedimento de enfermagem;</p> <p>b) Distribui protótipo à equipa de enfermagem;</p> <p>c) Recolhe sugestões dos enfermeiros da Unidade;</p> <p>d) Recolhe sugestões dos Enfermeiros da Equipa de CP do CHLC;</p> <p>e) Recolhe sugestões de Enf^a Chefe;</p> <p>f) Elabora versão final da norma.</p>	<p>Equipa de enfermagem da Unidade</p> <p>Enfermeiros da Equipa de CP do CHLC</p>	<p>Computador</p> <p>Papel A4</p> <p>Papel A4</p>		<p>1 – Apresenta norma de procedimento de enfermagem;</p>

Curso Pós Licenciatura Enfermagem Médico Cirúrgica

<p>5 – Efectuar formação sobre a técnica de Hipodermoclise à equipa de enfermagem;</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Planeia a sessão; b) Divulga sessão de formação; c) Realiza a sessão; d) Entrega questionário de avaliação da sessão. 	<p>Equipa de enfermagem da Unidade</p>	<p>Computador</p> <p>Papel A4</p> <p>Material para demonstração da técnica</p>	<p>3 Sessões de 1 H.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Realiza acção de formação 80% Equipa de enfermagem; 2 - Apresenta documentos de divulgação da sessão e plano de formação; 3 – Avalia conhecimentos adquiridos.
<p>6 - Planear implementação e avaliação do projecto;</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Divulga os resultados dos questionários e análise SWOT, nas passagens de turno. b) Apresentar o projecto à equipa; c) Apresenta suporte teórico do projecto; d) Apresenta documentos elaborados; 	<p>Equipa de enfermagem da Unidade</p>	<p>Computador</p>	<p>4 Sessões de 15 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Divulga Projecto a 80% Equipa de Enfermagem; 2 – Apresenta cronograma de actividades; 3 – Implementa Projecto conforme cronograma; 4- Avalia a implementação do projecto.

Cronograma: Principais Actividades

Data \ Actividades	Janeiro 2011	Fevereiro 2011	Março 2011	Abril 2011	Mai 2011	Junho 2011	Julho 2011	Agosto 2011	Setembro 2011	Outubro 2011	Novembro 2011	Dezembro 2011
Pesquisa bibliográfica												
Estágio Observação U. C. P Idanha												
Elaborar norma de enfermagem												
Elaborar folheto informação P. S.												
Colaborar na elaboração do protocolo clínico												
Apresentação resultados dos questionários												
Apresentar o projecto à equipa;												
Formação equipa de Enfermagem												
Implementação do projecto												
Avaliação do projecto												

Orçamento:

Recursos Humanos: os recursos humanos para a execução deste projecto estão todos afectos ao CHLC.

Recursos Materiais: os recursos materiais existem no CHLC e são utilizados nas técnicas de cateterização venosa (abocth); e a agulha epicraneana também está disponível no serviço de internamento. Todo o outro material nomeadamente: sistemas de soros, adesivo, antisséptico estão disponíveis, não acrescenta por esse motivo custos acrescidos na sua aquisição.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Como constrangimentos possíveis a este projecto posso prever que e dado que a Unidade de Pneumologia está vocacionada para tratamento de situações agudas, e a via subcutânea não ser utilizada nesse âmbito, poderá ocorrer pouca adesão da parte dos Médicos à sua prescrição. No entanto, gostaria de frisar que como o serviço tem muitos doentes crónicos e em fim de vida, este

Curso Pós Licenciatura Enfermagem Médico Cirúrgica


projecto contribui em muito a qualidade de vida destas pessoas. E, é neste sentido que penso persuadir os profissionais.

Data: 01 / 03/ 2011

Assinatura: Delmira Pombo

Docente: Professora Doutora Alice Ruivo

ANEXO VI

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000 (ou)
	Utilização da via Subcutânea para Hipodermoclise	

APROVAÇÃO

1 OBJECTIVO

- Melhorar os cuidados à Pessoa com patologia crónica e/ou paliativa, utilizando a via subcutânea para Hipodermoclise e administração de terapêutica.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

O procedimento aplica-se a todos os Enfermeiros que prestam cuidados na Unidade de Pneumologia do H. S. Marta do CHLC.


3 RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do Procedimento: Enfermeiros da Unidade de Pneumologia.

3.2 Pela revisão do procedimento: Enf^a Chefe ou quem ela delegar.

ELABORAÇÃO	
Delmira Pombo (Enf ^a)	_____
VERIFICAÇÃO	
CQSD	_____

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	1/7

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000 (ou)
	A utilização da via Subcutânea para Hipodermoclise	

4 DEFINIÇÕES

Hipodermoclise – É a infusão de fluidos isotónicos por via subcutânea. Tem como finalidade a reposição hidroelectrolitica e/ou terapia medicamentosa.

5 SIGLAS E ABREVIATURAS

H. S. Marta – Hospital de Santa Marta

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

Enf^a – Enfermeira

SC – Subcutânea

6 REFERÊNCIAS

- BARBOSA, A; NETO, I. G. – Manual de Cuidados Paliativos. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. 2006
- NETO, I. G. – Utilização da via subcutânea na prática clínica. Revista Portuguesa de Medicina Interna. Vol. 15 | nº4 | Out./Nov. 2008.
- NHS, Guidelines for the Use of Subcutaneous Medications in Palliative Care. *in* <http://www.nhslanarkshire.org.uk/Services/PalliativeCare/Documents/Guidelines> acedido a 12/05/2011 às 12:45.


- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS

7 DESCRIÇÃO

A Hipodermoclise é uma técnica que permite a administração de injectáveis de grande volume (soros) e medicação, em pessoas com patologia crónica e/ou paliativa. Atendendo a que nesta fase a qualidade de vida e o conforto são uma prioridade, os enfermeiros devem ter conhecer várias alternativas, neste caso para hidratação e administração de terapêutica no controlo sintomático.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	2/7

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000 (ou)
	A utilização da via Subcutânea para Hipodermoclise	

Algumas **considerações**:

- Os fluidos são absorvidos por difusão capilar (velocidade de absorção depende da vascularização do tecido e solubilidade do fármaco);
- As soluções com pH próximo à neutralidade e soluções isotónicas são mais bem toleradas (cloreto de sódio 0,9%, Glucose 4%);
- O volume total recomendado é de 1500 cc/ 24 h;
- Para perfusão de 1500 cc/24 h: 21 gotas por minuto
(Nº gotas por minuto = $\frac{\text{volume liquido total (ml)} \times \text{nº de gotas por ml (1ml=20gts)}}{\text{Duração prescrição da infusão (minutos)}}$)
- Pode ser administrada terapêutica compatível com a via SC (Anexo I).
- Não administrar mais que três fármacos em simultâneo.

Deste modo, as **indicações** para a administração de fluidos e/ou terapêutica por via SC são:

- Impossibilidade de ingestão por via oral (náuseas, vômitos, disfagia, obstrução do trato gastrointestinal, nível de consciência reduzido (...));
- Impossibilidade de acesso venoso;
- Possibilidade de permanência da pessoa no domicílio, se esse for o seu desejo;
- Prevenção ou tratamento da desidratação moderada.


As **Contra – indicações** são:

- Distúrbios da coagulação;
- Edema / Anasarca;
- Pele não íntegra;
- Proeminências ósseas e articulações;
- Áreas com pouco tecido subcutâneo;
- Local com massa tumoral.

Salientam-se como **Vantagens**:

- Técnica cómoda e simples na manutenção;

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	3/7

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000 (ou)
	A utilização da via Subcutânea para Hipodermoclise	

- Índice de absorção semelhante à via intramuscular;
- Menor risco de complicações no local ou sistémicas;
- Menor necessidade de punções frequentes;
- Pode ser utilizada em ambulatório.

E, como **Desvantagens:**

- Reposição de grandes volumes de líquidos;
- Situações onde haja necessidade de infusão rápida.


Material necessário:

- Agulha epicraneana de baixo calibre (23G) ou cateter de teflon (*abocath 24*);
- Solução anti-septica;
- Compressas;
- Luvas limpas;
- Seringa com cloreto de sódio 0,9%;
- Penso transparente (*tipo tegaderm*).

Procedimento Técnico:

- Explicar o procedimento à pessoa/convivente significativo, e pedir a sua colaboração (caso seja possível);
- Reunir o material adequado à técnica;
- Higienização das mãos;
- Expurgar a agulha epicraneana com NaCl;
- Escolher o local a puncionar (recomenda-se região escapular, subclavicular, periumbilical para a hipodermoclise, uma vez que são zonas em que existe mais tecido adiposo, tolerando melhor a infusão de injectáveis de grande volume, e não deve interferir nos movimentos da pessoa);
- Desinfectar o local escolhido;
- Efectuar prega da pele;
- Introduzir num ângulo de 45º a agulha com o bisel para cima e no final rodar o bisel para baixo (de modo a facilitar a absorção);

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	4/7

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000 (ou)
	A utilização da via Subcutânea para Hipodermoclise	

- Fixar a agulha com adesivo transparente (observar facilmente local).
- Vigiar o local de modo a despistar complicações.

Notas:


- Sempre que possível utilizar cateter de teflon, é mais cómodo e mais seguro;
- Após administração de terapêutica deve sempre administrar NaCl, evitando assim que fique medicação na tubuladura;
- Não administrar mais que 4cc/por toma;
- Perfusão contínua não deve ser superior a 2cc/hora;
- O tempo de permanência do cateter não deve ser superior a 5 dias.
- Pode ser administrado NaCl 20%, diluído no soro;
- Pode ser administrado KCl 40 mEq/l, diluído no soro;

8 ANEXOS

8.1 Anexo I – Quadro de compatibilidade de medicamentos.

8.2 Anexo II – Informação para a pessoa significativa/cuidador no domicílio.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	5/7


 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000 (ou)
	A utilização da via Subcutânea para Hipodermoclise	

Anexo I

Fármaco	Compatível com:
Butilescopolamina	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido, NaCl 0,9%
Dexametasona	Não deve ser misturada com outros fármacos em perfusão, excepto se for em doses muito baixas (1mg/24h), NaCl 0,9% ou água injectável
Diclofenac	Não é compatível com nenhum outro fármaco em perfusão, administrar isoladamente, NaCl 0,9%
Haloperidol	Morfina, Tramadol, Butilescopolamina, Metoclopramida, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido, água injectável
Levomepromazina	Morfina, Haloperidol, Metoclopramida, Butilescopolamina, Midazolam, Octreotido
Metoclopramida	Morfina, Haloperidol, Tramadol, Midazolam, Octreotido
Metadona	Midazolam
Midazolam	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Metoclopramida, Butilescopolamina, Octreotido, NaCl 0,9%, água injectável
Morfina	Levomepromazina, Metoclopramida, Butilescopolamina, Haloperidol, Midazolam, Octreotido, NaCl 0,9%, água inj.
Octreotido	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Metoclopramida, Butilescopolamina, Midazolam, NaCl 0,9%
Tramadol	Haloperidol, Metoclopramida, NaCl 0,9%
Furosemida	NaCl 0,9%

Adaptado de NETO, 2008

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	6/7

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Sectorial		COD.0000 (ou)
	A utilização da via Subcutânea para Hipodermoclise		

Anexo II

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	7/7

ANEXO VII

O ritmo da perfusão deve ser lento para ser absorvido.

A Hipodermoclise é segura?

Este método de reposição de líquidos é usado há muito tempo.

É uma maneira fácil, segura e confortável para administrar líquidos (*soros*).



Quando deve contactar a Equipa de Saúde?

Sinais de alerta

- O soro parar de correr;
- Aparecer a pele vermelha, dor e edema, no local de inserção da agulha;
- A pessoa começar com dificuldade em respirar;
- A agulha sair do local de inserção;
- Aparecer sangue no local de inserção da agulha ou tubo de plástico.



Hidratação por via SC (Hipodermoclise)

Informação para o Cuidador informal da Pessoa com doença Crónica e/ou Paliativa

NOTAS:

Vigiar o local de inserção. Qualquer dúvida contacte o seu enfermeiro

O que é a Hipodermoclise?

É um modo de repor os líquidos no organismo. Utiliza-se quando a pessoa não consegue beber a quantidade de água suficiente, para manter o corpo com os líquidos necessários.

Com esta técnica pode-se, também, administrar medicamentos.



Como repor líquidos a uma pessoa que não consegue beber o suficiente?

O corpo necessita de água e alimentos para se manter, uma vez que se perdem líquidos diariamente, na urina, transpiração, vômitos, diarreia, dificuldade em deglutir, etc....

Existem dois modos de administrar o soro para a hidratação, através da: via endovenosa (veia) ou através da via subcutânea.

A via endovenosa requer vigilância de profissionais.

A via subcutânea pode ser utilizada pelo cuidador informal, no domicílio, desde que devidamente informado pelos profissionais de saúde.

Como funciona a Hipodermoclise?

Conecta-se à agulha (*tipo butterfly*) um sistema próprio ligado ao frasco de soro.

Esta agulha é colocada, por um profissional, debaixo da pele, no tecido subcutâneo. Pode ser aplicada no abdómen, no peito ou na coxa.



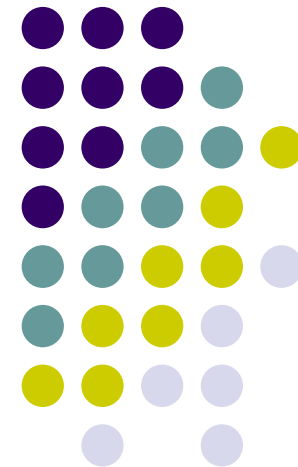
A quantidade de soro é indicada pelo profissional de saúde. Não deve exceder 1500 ml/dia.

Pode ser, também, administrada terapêutica, de acordo com as indicações dos profissionais de saúde.

Poderá obter informações através do telefone da Unidade: _____

ANEXO VIII

A Utilização da Via SC para hidratação e administração de terapêutica





Objectivo Geral

- Melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa com patologia crónica e/ou paliativa

Objectivos específicos

- Aprofundar **conhecimentos** na área da Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC;
- Elaborar **norma** de procedimento de enfermagem Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC;
- Elaborar **folheto** de informação para a Pessoa significativa/cuidadora;
- Colaborar na elaboração de um **protocolo clínico** sobre a Hipodermoclise e administração de terapêutica por via SC;
- Efectuar **formação** à equipa de enfermagem;
- **Planear, implementar e avaliar** o projecto;

Enunciados Descritivos dos PQCE

1. Satisfação do cliente;
2. Bem-estar e autocuidado;
3. Prevenção de complicações;



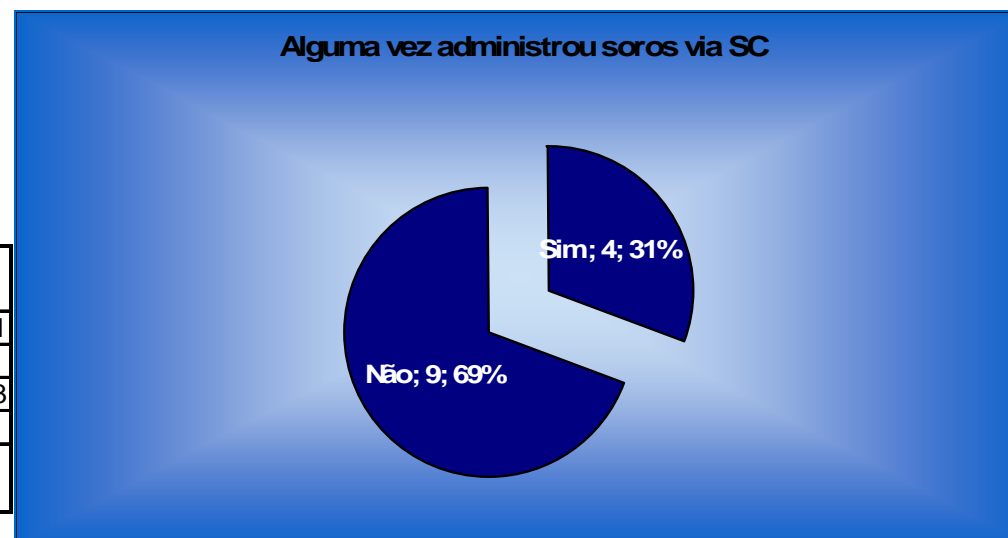
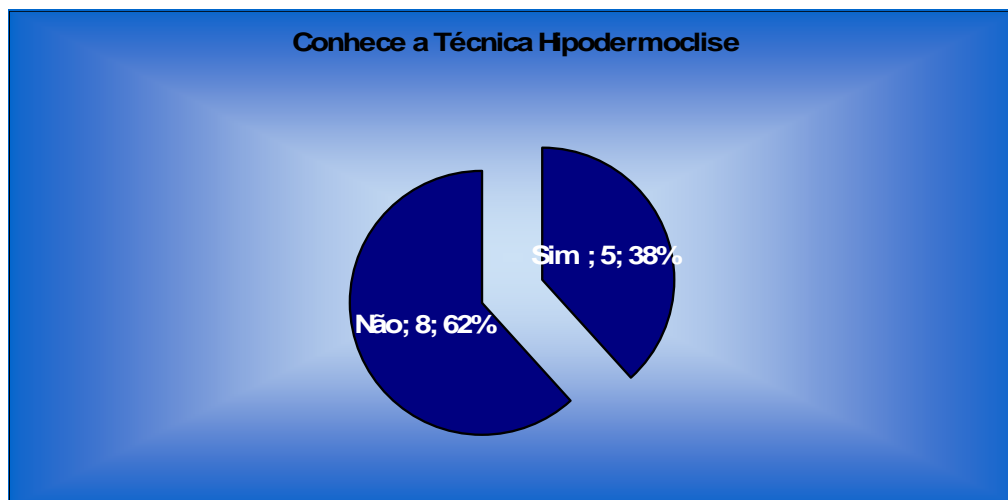
Competências da Enf^a Especialista em EMC

- A1 – desenvolve uma prática profissional e ética
- A2 – promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais
- B2 – concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade
- B3 – cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro
- C1 – gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa profissional
- D2- baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

- K1 – cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença critica e/ou falência orgânica
 - K.1.2 - Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos;
 - K.1.3 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação critica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.



Divulgação dos resultados do questionário / análise SOWT

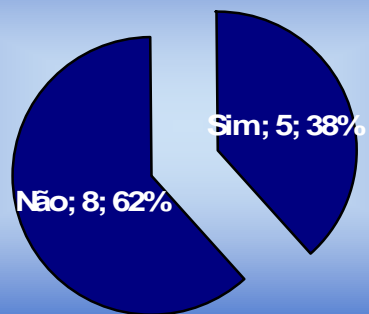


Contexto	
1. Domiciliário	1
2. Doente em fase terminal	3
3. Acompanhamento/Orientação/supervisão/prescrição equipa CP CH	3

Divulgação dos resultados do questionário / análise SOWT

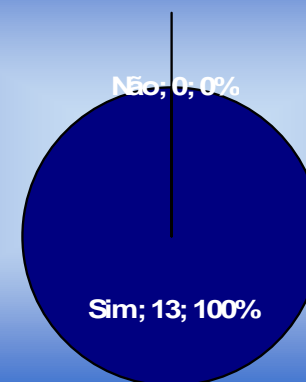


Alguma vez administrou terapêutica em perfusão via SC



Contexto	
2. Doente em fase terminal	3
3. Acompanhamento/Orientação/supervisão/prescrição equipa CP CH	
	2

Considera útil desenvolvimento da Técnica na Unidade



Divulgação dos resultados do questionário / análise SOWT



Unidade de Registo	Unidade de Enumeração
considera útil	4
Cateterização periférica difícil	2
Controlar sintomas doente fase terminal	2
Minimizar dor no Doente Terminal	1
Técnica com inúmeras vantagens	1
Equipa sem destreza Suficiente	1



Hipodermoclise

“Infusão de fluidos e/ou medicamentos por via SC” (INCA,2009)

Contra – indicações

- Distúrbios da coagulação;
- Edema / Anasarca;
- Pele não íntegra, pregas cutâneas, cicatrizes;
- Proeminências ósseas e articulações;
- Áreas com pouco tecido subcutâneo;
- Local com massa tumoral.

Indicações



- Intolerância à via oral, por vômitos constantes ou oclusão intestinal;
- Incapacidade de deglutir (lesões na boca, faringe, esófago, ou laringe);
- Má absorção intestinal;
- Quadros de confusão, agitação, ou delírio;
- Debilidade grave do seu estado, fase de agonia;
- Doentes sem resposta terapêutica aos medicamentos administrados por via oral;
- Necessidades de ingestão de grandes doses de medicação;
- Impossibilidade de acesso venoso;
- Possibilidade de permanência do doente no domicílio;
- Sinais de desidratação;
- Pessoas incapazes de ingerir quantidade suficiente de líquidos.

Vantagens



- Técnica simples, mais cómoda;
- Menor risco de complicações locais ou sistémicas;
- Índice da absorção semelhante ao da via intramuscular;
- Biodisponibilidade sobreponível à da via endovenosa (com menor risco de complicações, e custos associados);
- Locais de punção podem permanecer até vários dias;
- Permite a permanência da pessoa no domicílio, se esse for o seu desejo;
- Facilidade de manipulação no domicílio;
- Promove a participação do convivente significativo, pode ser utilizada por este, desde que devidamente ensinado;
- Redução de hospitalizações para controlo sintomático.



Desvantagens

- Reposição de grandes volumes de líquidos;
- Situações onde haja necessidade de infusão rápida.
- Nem todos os fármacos se podem administrar por esta via



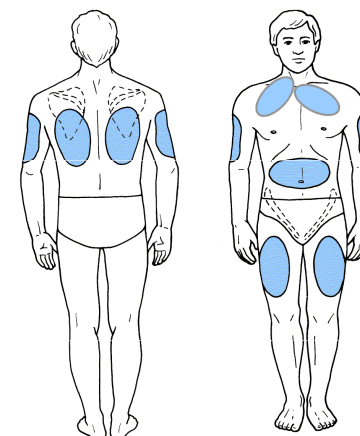
Material necessário

- Agulha epicraneana de baixo calibre (23G) ou cateter de teflon (*abocath 24*);
- Solução anti-septica;
- Compressas;
- Luvas limpas;
- Seringa com cloreto de sódio 0,9%;
- Penso transparente (*tipo tegaderm*).

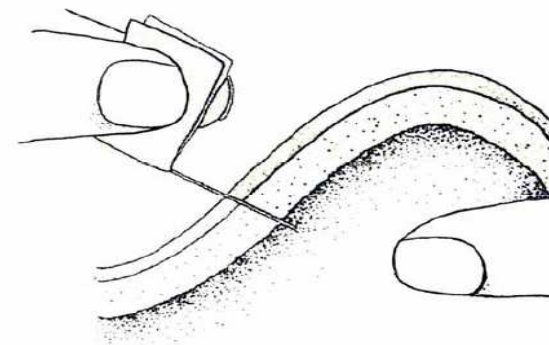
Procedimento Técnico



- Explicar o procedimento à pessoa/convivente significativo, e pedir a sua colaboração (caso seja possível);
- Reunir o material adequado à técnica;
- Higienizar as mãos;
- Expurgar a agulha epicraneana com NaCl
- Escolher o local a puncionar



Procedimento Técnico (cont.)



- Desinfectar o local escolhido;
- Efectuar prega da pele;
- Introduzir num ângulo de 45° a agulha com o bisel para cima e no final rodar o bisel para baixo (de modo a facilitar a absorção);
- Fixar a agulha com adesivo transparente (observar facilmente local).
- Vigiar o local de modo a despistar complicações.



Algumas considerações

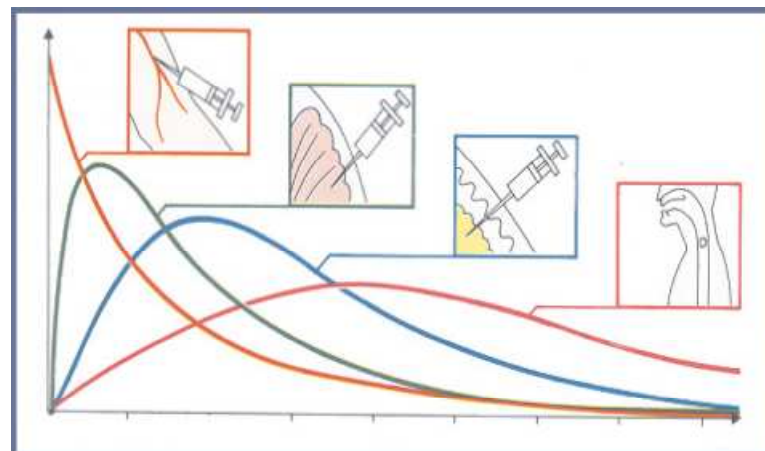
- Os fluidos são absorvidos por difusão capilar (velocidade de absorção depende da vascularização do tecido e solubilidade do fármaco);
 - As soluções com pH próximo à neutralidade e soluções isotónicas são mais bem toleradas (cloreto de sódio 0,9%, Glucose 4%);
 - O volume total recomendado é de 1500 cc/ 24 h;
 - Para perfusão de 1500 cc/24 h: 21 gotas por minuto
 - Cada punção pode ir de 5 a 8 dias
 - Pode interromper-se a qualquer momento
-
- $(N^{\circ} \text{ gotas por minuto} = \frac{\text{volume liquido total (ml)} \times n^{\circ} \text{ de gotas por ml (1ml=20gts)}}{\text{Duração prescrição da infusão (minutos)}}$

Administração de Terapêutica por via SC

(bólus/infusão contínua)



- Pode ser administrada terapêutica compatível com a via SC
- Não administrar mais que três fármacos em simultâneo.
- KCl deve ser diluído em pelo menos 100 ml de NaCl 0,9% (60 a 125 ml/h)
- Após administração do fármaco, administrar 1 ml de NaCl 0,9%
- Monitorizar complicações locais e sistémicas.



Fármaco	Compatível com:
Butilescopolamina	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido, <u>NaCl 0,9%</u>
Dexametasona	Não deve ser misturada com outros fármacos em perfusão, excepto se for em doses muito baixas (1mg/24h), <u>NaCl 0,9%</u> ou água injectável
Diclofenac	Não é compatível com nenhum outro fármaco em perfusão, administrar isoladamente, <u>NaCl 0,9%</u>
Haloperidol	Morfina, Tramadol, Butilescopolamina, Metoclopramida, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido, água injectável
Levomepromazina	Morfina, Haloperidol, Metoclopramida, Butilescopolamina, Midazolam, Octreotido
Metoclopramida	Morfina, Haloperidol, Tramadol, Midazolam, Octreotido
Metadona	Midazolam
Midazolam	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Metoclopramida, Butilescopolamina, Octreotido, <u>NaCl 0,9%</u> , água injectável
Morfina	Levomepromazina, Metoclopramida, Butilescopolamina, Haloperidol, Midazolam, Octreotido, <u>NaCl 0,9%</u> , água inj.
Octreotido	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Metoclopramida, Butilescopolamina, Midazolam, <u>NaCl 0,9%</u>
Tramadol	Haloperidol, Metoclopramida, <u>NaCl 0,9%</u>
Furosemida	<u>NaCl 0,9%</u>

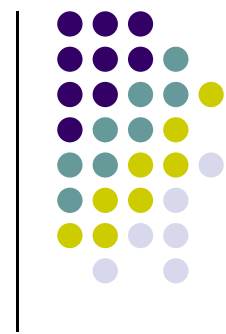
Quadro 1 - Compatibilidade de fármacos; adaptado de NETO (2008).

Tabela de Compatibilidades



	CLORPROMAZINA	DEXAMETASONA	FENOBARBITAL	FUROSEMIDA	HALOPERIDOL	HIOSCINA	INSULINA	KETAMINA	METADONA	METOCLOPRAMIDA	MIDAZOLAM	MORFINA	OCTREOTIDE	ONDANSETRONA	RANITIDINA	TRAMADOL
COMPATÍVEL																
INCOMPATÍVEL																
NÃO TESTADO																
CLORPROMAZINA	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL
DEXAMETASONA	COMPATÍVEL	NÃO TESTADO	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL
FENOBARBITAL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	NÃO TESTADO	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL
FUROSEMIDA	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	NÃO TESTADO	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL
HALOPERIDOL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	NÃO TESTADO	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL
HIOSCINA	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	NÃO TESTADO	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL
INSULINA	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	NÃO TESTADO	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL
KETAMINA	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	NÃO TESTADO	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL
METADONA	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	NÃO TESTADO	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL
METOCLOPRAMIDA	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	NÃO TESTADO	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL
MIDAZOLAM	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	NÃO TESTADO	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL
MORFINA	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	NÃO TESTADO	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL
OCTREOTIDE	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	NÃO TESTADO	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL
ONDANSETRONA	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	NÃO TESTADO	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL
RANITIDINA	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	NÃO TESTADO	COMPATÍVEL
TRAMADOL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	INCOMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	COMPATÍVEL	NÃO TESTADO

Figura 3 – Quadro de compatibilidade de medicamentos para administração por via subcutânea



Obrigada
Conto convosco

ANEXO IX

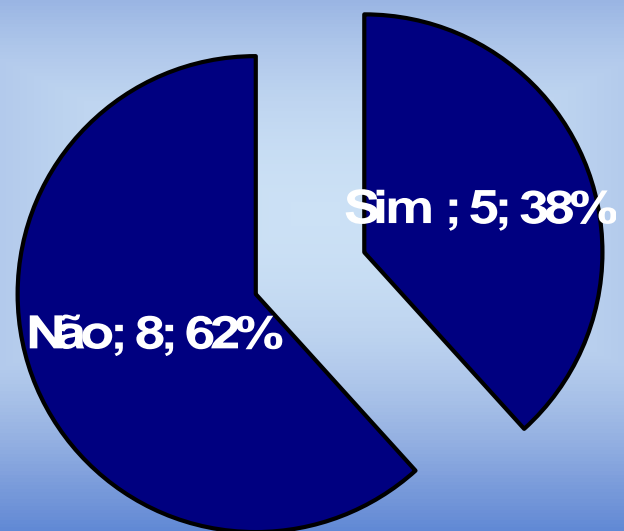
A utilização da Via Subcutânea para hidratação e administração de terapêutica à Pessoa com patologia crónica e/ou paliativa.

Resultados dos Questionários

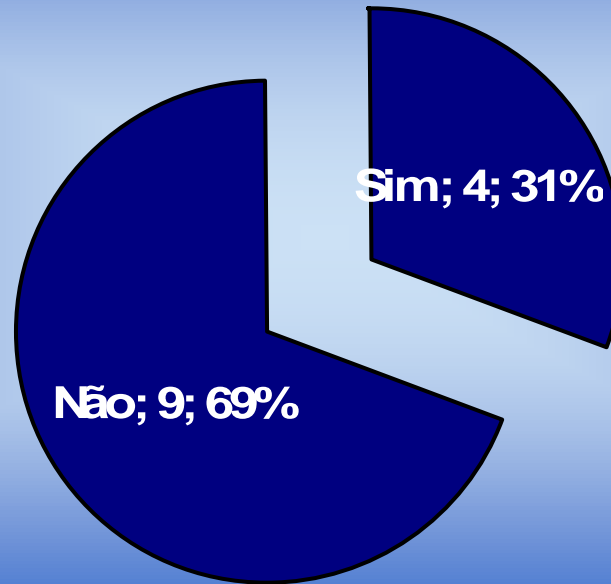
Objectivo:

- Divulgação dos resultados do questionário.

Conhece a Técnica Hipodermoclise



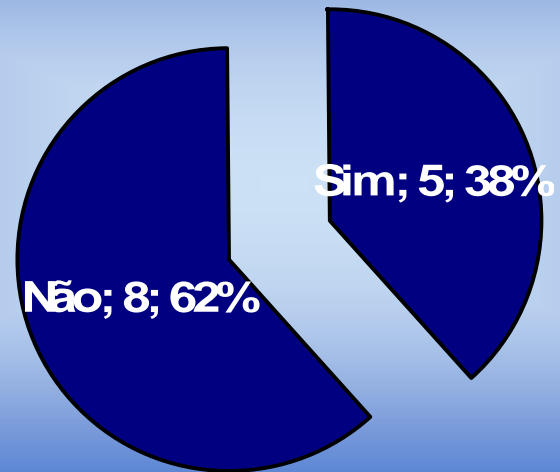
Alguma vez administrou soros via SC



Contexto

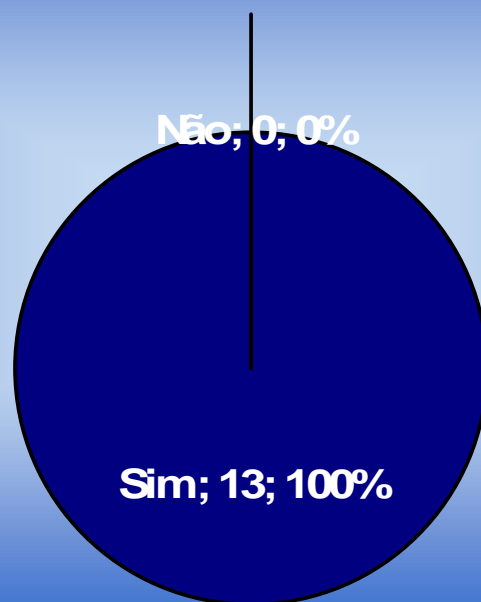
1. Domiciliário	1
2. Doente em fase terminal	3
3. Acompanhamento/Orientação/supervisão/prescrição equipa CP CH	3

Alguma vez administrou terapêutica em perfusão via SC




Contexto	
2. Doente em fase terminal	3
3. Acompanhamento/Orientação/supervisão/prescrição equipa CP CH	
	2

Considera útil desenvolvimento da Técnica na Unidade



Comentários / Sugestões

Unidade de Registo	Unidade de Enumeração
considera útil	4
Cateterização periférica difícil	2
Controlar sintomas doente fase terminal	2
Minimizar dor no Doente Terminal	1
Técnica com inúmeras vantagens	1
Equipa sem destreza Suficiente	1



Obrigada
Conto convosco

ANEXO X

A VIA SUBCUTÂNEA PARA HIDRATAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA, EM CUIDADOS PALIATIVOS

Revisão da Literatura

POMBO, Delmira¹

MARTINS, Lurdes²

RESUMO

As pessoas com patologia crónica e paliativa representam, actualmente, um número significativo da população que necessita de cuidados de saúde diferenciados. Neste âmbito, os Cuidados Paliativos são encarados como uma intervenção técnica, e rigorosa no controlo do sofrimento da pessoa e família, maximizando o conforto e promovendo a qualidade de vida. Neste sentido, a via subcutânea para administração de terapêutica ou hidratação evidencia-se como uma opção no controlo sintomático. Embora esta técnica seja conhecida há várias décadas, o seu uso não é sistemático. O objectivo deste artigo é efectuar uma revisão da literatura, acerca da utilização da via subcutânea para hidratação, e administração de terapêutica em cuidados paliativos. A pesquisa foi efectuada nas bases de dados Ebsco, B-on, Scielo, repositório de teses de mestrado em Portugal, sem limite temporal, disponíveis em texto integral, em língua portuguesa e inglesa. A hidratação de doentes em fim de vida pode ser controversa, há que considerar os riscos e benefícios. No entanto, a via subcutânea apresenta-se como um alternativa credível para administração de terapêutica, para controlo sintomático da pessoa em fim de vida.

PALAVRAS-CHAVE: hipodermoclise, medicação subcutânea, enfermagem, cuidados paliativos.

¹ Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestranda do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica ESS-IPS

² Professora Doutora ESS-IPS

ABSTRACT

Individuals with chronic disease in palliative care represent a significant number of people who need hospital care. In this context, palliative care is seen as an intervention adequate in controlling patient and family suffering, maximizing comfort and promoting quality of life. So the use of subcutaneous route for medication administration or hydration is an evident option in symptom control. Although this technique has been known for decades, its use is not systematic. The purpose of this article is to conduct a literature review on the use of subcutaneous route for hydration and medication administration in palliative care. The search was carried out in the following databases Ebsco, B-on, Scielo and repository of master theses in Portugal, without time frame, in Portuguese and English with available full text. The hydration of patients at end of life may be controversial, risks and benefits must be weighed out. However the subcutaneous route presents itself as a credible alternative for medication administration for symptomatic control in the person at end of life.

KEYWORDS: hypodermoclysis, subcutaneous medication, nursing, palliative care.

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança de vida e conseqüentemente o aumento da prevalência de patologia crónica, leva-nos a repensar os cuidados que prestamos e a desenvolver e adequar esses cuidados face às necessidades da população. Neste sentido, os cuidados paliativos surgem com a finalidade de promover o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas com doença incurável e das suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. Neste âmbito, e sendo uma das premissas o alívio do sofrimento físico, nomeadamente a dor e/ou outros sintomas decorrentes da patologia, torna-se necessário desenvolver estratégias para minimizar o impacto que provocam na qualidade de vida da pessoa. Deste modo, a utilização da via subcutânea surge como uma alternativa para hidratação e administração de terapêutica na pessoa em fim de vida. Naturalmente, e, sempre que possível, a via de administração de terapêutica eleita é a via oral, por ser simples e não implicar um método invasivo.¹ Todavia, a presença de náuseas, vômitos e má absorção, impedem a sua utilização.²

Os primeiros registos da utilização da via subcutânea datam de 1914 em pediatria.³ Contudo, é na década de 70 que aparecem registos da utilização desta via em cuidados paliativos.³ Desde então verifica-se a divulgação de vários estudos, artigos de revisão, teses, protocolos e guidelines relacionadas com a utilização da via subcutânea, para hidratação e administração de terapêutica em pessoas em fim de vida.

Com base nesta perspectiva, efectuámos uma pesquisa alargada da literatura com o objectivo de incorporar a evidência da eficácia, desta via, na prática clínica, para hidratação e administração de terapêutica em cuidados paliativos.

METODOLOGIA

O método utilizado tem por base uma revisão alargada da literatura, sobre a temática da utilização da via subcutânea para hidratação e administração de terapêutica em cuidados paliativos.

O objectivo definido para esta revisão da literatura, é identificar os locais apropriados para a hidratação subcutânea, bem como indicações, contra-indicações, descrição da técnica e os fármacos administrados por via subcutânea em cuidados paliativos.

A pesquisa foi efectuada nas bases de dados electrónicas EBSCO, B-on, Scielo, repositório de teses de mestrado e guidelines internacionais sobre o tema, sem limite temporal em língua portuguesa e inglesa. As palavras-chave utilizadas para a pesquisa foram: hypodermoclysis / subcutaneous medication / palliative care. A escolha dos artigos foi feita tendo em conta a sua disponibilidade em texto integral, o título relacionado com a temática em questão, e o resumo.

Assim, foram encontrados 13 artigos, uma tese de mestrado, e três guidelines. Procedeu-se, posteriormente, à análise dos textos seleccionados, e foram considerados 13 documentos como importantes, para a revisão da literatura, onde se evidencia a descrição da técnica, indicações, contra-indicações, eficácia, e terapêutica utilizada em cuidados paliativos e que podem ser administrados pela via subcutânea.

RESULTADOS

Hidratação subcutânea

A Hidratação subcutânea designada por hipodermoclise é a administração de fluidos no tecido subcutâneo, cuja vascularização é semelhante à dos músculos, a taxa de

absorção é uniforme e lenta⁴. É um método simples e seguro que poderá, também, ser utilizado no domicílio, desde que o cuidador esteja informado, pelos profissionais de saúde, dos cuidados necessários com o procedimento^{1,3,4}.

Está indicado nas situações de inviabilidade da via oral, nomeadamente náuseas, vômitos, disfagia, intolerância gástrica, obstrução intestinal, e diarreia^{1,3,4}. Em situações em que a pessoa apresente confusão mental, que esteja sedada, ou na fase de agonia¹. É indicada, também em situações em que é difícil ou impossível a punção de acessos venosos^{1,3,4} ou em casos de desidratação leve ou moderada^{1,4}. A hipodermoclise é contra-indicada em situações de emergência, de choque, insuficiência circulatória, desidratação grave, distúrbios de coagulação, sobrecarga hídrica, edema⁴.

Todavia a necessidade de hidratação no fim de vida é controversa^{5,6}. Alguns autores evidenciam bons resultados quando a finalidade é a hidratação. No estudo realizado por PINO et al (2011) em 257 doentes, 22 deles sofriam de doença terminal, em 13 destes foi utilizada a via subcutânea para administração de terapêutica e/ou hidratação³. PERERA et al (2011) num estudo realizado com 10 doentes com cancro e desidratação ligeira, em fim de vida, evidenciam que o volume administrado para hidratação foi em média de 1000^{ml}/dia, com um ritmo de infusão que variou entre 20/80^{ml}/h. O local da punção foi mudado a cada 2/4 dias, por se verificar absorção insuficiente e desconforto no local. Não se verificaram outras complicações⁹.

No entanto, BAVIN (2007) e LANUKE et al (2004) mencionam que a hidratação artificial poderá ter efeitos prejudiciais. A rehidratação poderá aumentar as secreções pulmonares e gástricas, originando uma maior probabilidade de congestão, náuseas e vômitos. Poder-se-á verificar um aumento do edema cerebral, edema periférico e aumento da eliminação urinária^{5,6}. Poderá provocar uma sensação artificial de esperança na família⁵, com a negação da gravidade da situação⁵. Para além de ser um procedimento invasivo com possíveis riscos associados à infecção no local de inserção da cânula⁵, pode ser desconfortável e limita a mobilidade da pessoa⁶.

Concomitantemente, os argumentos mencionados a favor referem que a desidratação conduz à falência renal, o que pode levar à acumulação de metabolitos resultantes dos opióides, que podem provocar confusão e agitação⁶. Assim, os estudos sugerem que, em doentes em fase terminal, se consegue uma hidratação

adequada com menor quantidade de líquidos⁴. Esta deve ser, portanto considerada em situações que promovem o conforto da pessoa⁴.

Os fluidos indicados para infusão são o cloreto de sódio 0,9% ou 0,45%, e a glucose 5%^{1,4,6}. Pode infundir-se o volume diário de 500^{cc} a 1500^{cc} numa só via subcutânea, ou 3000^{cc} em duas vias, nas 24 horas^{1,4,6}.

Os locais adequados para a hipodermoclise são o abdómen, o tórax superior abaixo da clavícula, tórax posterior na zona escapular, coxas e membros superiores na região do músculo deltoide^{1,2,4,7}, privilegiando-se aqueles com maior quantidade de tecido adiposo¹. Os locais do corpo com cicatriz, pele não integra, irradiada por radioterapia, mastectomia, tecido mamário, com edema, linfedema, ascite, proeminências ósseas, articulações, e perto de estomas devem ser evitados^{1,2,4}. O local de inserção do cateter deve ser vigiado com frequência. Quando se inicia a perfusão, a verificação do local deve ser feita após 30 minutos⁴. Posteriormente deve ser vigiado pelo menos uma vez por dia^{1,4}. Apesar de não haver evidência clínica da alteração do local, este deverá ser mudado após 48/72 horas, ou não exceder o recomendado pelo fabricante do cateter⁴. Os problemas potenciais que podem ocorrer prendem-se com edema local, vermelhidão, inflamação, celulite, dor ou desconforto, punção de vasos sanguíneos, edema pulmonar^{1,4}.

REMYNGTON (2007) efectuou uma revisão da literatura com a finalidade de conhecer a segurança e eficácia da hipodermoclise versus hidratação por via intravenosa em pessoas idosas com desidratação leve e moderada. Neste estudo evidencia-se que em termos de segurança, a hipodermoclise é comparável à administração intravenosa. Os efeitos sistémicos, como a insuficiência cardíaca e a hiponatremia são pouco frequentes. O número de doentes com efeitos adversos locais, como o edema, eritema e celulite, verificaram-se nas duas vias de administração. Todavia estes efeitos adversos ocorrem mais frequentemente na via intravenosa⁸.

Em termos de eficácia, avaliada por controlo laboratorial, ambos os métodos se revelam eficazes. A mudança do local na hipodermoclise foi de 2/2 dias e na perfusão intravenosa foi de 2,8 dias. Todavia os doentes que realizam hipodermoclise mostram-se menos ansiosos com a perfusão⁸. Em termos de viabilidade a hipodermoclise mostra-se um procedimento mais rápido de executar, ou seja, o enfermeiro demora menos tempo face à punção intravenosa⁸, consumindo menos tempo em cuidados de enfermagem. O estudo revela, ainda, que os custos

associados aos gastos com as cânulas, na hipodermoclise são menores, e a sua manutenção é mais fácil⁸.

Terapêutica subcutânea em bólus / perfusão

A via subcutânea pode ser utilizada para administração de fármacos, em bólus ou perfusão contínua, em doentes em fim de vida. Esta via é utilizada principalmente quando a administração de fármacos para controlo de sintomas pela via oral^{2,10} não é possível. Os locais habituais são idênticos aos referidos para a hipodermoclise². A cânula pode permanecer por um período de 72 horas, ou mais, se não se verificar dor, edema ou eritema no local, poderão ficar até 7 dias². Os fármacos mais utilizados são os hidrossolúveis¹.

Fármaco	Compatível com:
Butilescopolamina	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido, NaCl 0,9%
Dexametasona	Não deve ser misturada com outros fármacos em perfusão, excepto se for em doses muito baixas (1mg/24h), NaCl 0,9% ou água injectável
Diclofenac	Não é compatível com nenhum outro fármaco em perfusão, administrar isoladamente, NaCl 0,9%
Haloperidol	Morfina, Tramadol, Butilescopolamina, Metoclopramida, Levomepromazina, Midazolam, Octreotido, água injectável
Levomepromazina	Morfina, Haloperidol, Metoclopramida, Butilescopolamina, Midazolam, Octreotido
Metoclopramida	Morfina, Haloperidol, Tramadol, Midazolam, Octreotido
Metadona	Midazolam
Midazolam	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Metoclopramida, Butilescopolamina, Octreotido, NaCl 0,9%, água injectável
Morfina	Levomepromazina, Metoclopramida, Butilescopolamina, Haloperidol, Midazolam, Octreotido, NaCl 0,9%, água inj.
Octreotido	Morfina, Haloperidol, Levomepromazina, Metoclopramida, Butilescopolamina, Midazolam, NaCl 0,9%
Tramadol	Haloperidol, Metoclopramida, NaCl 0,9%
Furosemida	NaCl 0,9%

Quadro 1 – Compatibilidade dos fármacos usados habitualmente em Cuidados Paliativos^{2,7}

Destacam-se a morfina, metoclopramida, butilescopolamina, haloperidol, midazolam, dexametasona, ondansetron, tramadol, e furosemida^{1,2,10}. São descritos a administração de alguns antibióticos, tal como o ceftriaxone, entre outros^{1,10}.

Contudo, muitos não se apresentam licenciados para a utilização pela via subcutânea¹ necessitando deste modo de mais estudos¹¹. Os fármacos descritos como contra-indicados são o diazepam, fenitoína e a clorpromazina¹. Na administração de medicamentos, pela via subcutânea, é necessário ter em atenção a compatibilidade dos mesmos^{1,2}. O máximo recomendado, em cada administração de terapêutica em bólus, é de 1 ml². Poder-se-á colocar mais que uma via, no caso de incompatibilidade de fármacos, ou administração de mais, no mesmo horário^{1,2}.

Segundo um estudo desenvolvido por FONZO-CHRISTE et (2005) e uma revisão sistemática dos fármacos licenciados e administrados pela via subcutânea (na Suíça, Alemanha, França e Reino Unido), esta é usada diariamente em 83% dos doentes em cuidados paliativos e, em 54% é usada para hidratação. Evidencia que 34 dos medicamentos utilizados apenas 13 são licenciados. Os medicamentos mais utilizados são a morfina, haloperidol, furosemida e o cloreto de sódio 0,9% para hidratação. Os locais mais utilizados são a coxa, o braço e a parede abdominal. Utilizam a butterfly ou cateter de teflon durante 3/5 dias. As complicações mais frequentes foram a dor, edema, inflamação e infecção¹⁰. Todavia, a informação sobre a medicação a utilizar na via subcutânea é ainda muito escassa e necessita de maior nível de evidência¹⁰.

A infusão contínua de medicamentos por via subcutânea através de seringa infusora proporciona a administração de uma dosagem constante. Esta infusão é usada no controlo de sintomas em cuidados paliativos². Os fármacos mais utilizados são os opiáceos, analgésicos, antieméticos, sedativos, anticolinérgicos, e corticosteróides². Os registos indicam que não devem ser administrados mais que 2 a 3 medicamentos na mesma infusão¹. A perfusão deve ter em conta a compatibilidade entre os fármacos, e a estabilidade à temperatura ambiente^{2,11}.

MOREIRA (2010) no estudo efectuado (n=106), no âmbito da tese de Mestrado, sobre o uso da via subcutânea para hidratação e administração de terapêutica no domicílio, evidencia que 38,7%, dos profissionais usa a via subcutânea. 42,5% por desidratação e 35% na fase agónica. A terapêutica mais administrada é a metoclopramida, morfina, furosemida, e butilescopolamina, e o cloreto de sódio 0,9% para a hidratação. Recorrem à parede abdominal (42,5%) e à face externa da coxa

(15%) para o efeito. Refere, também, que os motivos pelos quais os profissionais não utilizam mais esta via, são por falta de prescrição (76,5%) e por desconhecimento (39,7%)¹².

Material necessário e procedimento

O material necessário para o procedimento é composto por: luvas limpas; compressas; solução anti-sética; agulha epicraneana (*tipo butterfly*) calibre 21, 23, 25 ou cateter de teflon; adesivo transparente; seringa com cloreto de sódio 0,9% para expurgar o sistema^{1,2,4}.

Após verificar a prescrição, esclarecer a pessoa e obter o consentimento, reunir o material, e lavar as mãos². Posicionar o doente de forma confortável. Realizar a limpeza do local a puncionar, e efectuar prega cutânea. Com a agulha já expurgada introduzir com um ângulo de 45°, com o bisel para cima², no final roda a agulha de modo a ficar com o bisel para baixo⁷. Colocar o adesivo transparente. Efectuar os registos². Alguns estudos apontam para a utilização de cateteres de teflon calibre 22 ou 24, como sendo mais confortáveis que as agulhas metálicas^{1,7,13}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais sintomas da pessoa em fim de vida são a dor, as náuseas, os vómitos, a dispneia, a agitação, o delírio e a respiração ruidosa. Como tal, é necessário apresentar estratégias para controlo destes sintomas, proporcionando maior conforto à pessoa.

A via subcutânea para hidratação e administração de terapêutica, na pessoa em fim de vida é descrita como uma alternativa às outras vias de administração de medicamentos, principalmente quando a via oral é inexecutável. Face à via intravenosa demonstra a mesma eficácia e segurança, com menor número de complicações, para além disso possibilita que o doente permaneça no domicílio, caso seja essa a sua vontade, desde que o cuidador esteja capacitado para efectuar a administração e vigilância.

Apesar da hidratação ser controversa na pessoa em fim de vida, há que ponderar os riscos/benefícios. Os estudos descrevem a administração de 1000^{CC} por dia de cloreto de sódio 0,9%, na desidratação moderada.

Um factor que poderá condicionar a utilização desta via é a indisponibilidade de mais fármacos a serem utilizados na via subcutânea. Os utilizados são os hidrossolúveis,

como a morfina, metoclopramida, haloperidol, midazolam, butilescopolamina, e furosemida administrados por bólus ou infusão contínua, considerando a compatibilidade e a estabilidade dos fármacos. A permanência da butterfly ou cateter de teflon pode variar, entre 2 a 7 dias. Os estudos apontam para uma maior durabilidade do cateter de teflon e maior conforto.

Os locais mais adequados para a administração de terapêutica subcutânea são aqueles que têm mais tecido adiposo, nomeadamente tórax anterior e posterior, abdómen, e coxas. Está contra-indicado a aplicação em pele não integra, irradiada por radioterapia, mastectomia, cicatriz, e edema. As principais complicações no local prendem-se com o desconforto, edema, inflamação e infecção.

Outro aspecto apontado é a falta de conhecimento e experiência dos profissionais na utilização sistemática deste procedimento. Deste modo, é necessário uma maior divulgação desta via, maior evidência científica, de modo a que esta se torne uma alternativa para a administração de terapêutica, tendo em conta o conforto e a qualidade de vida da pessoa em cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. PONTALTI, G. et al – (2012) via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos - <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/26270/19181> (acedido a 23/06/2012 às 19:30)
2. NHS – (2011) Guidelines for the use of subcutaneous medications in palliative care – <http://www.nhslanarkshire.org.uk/Services/PalliativeCare/Documents/Guidelines%20for%20the%20use%20of%20Subcutaneous%20Medications%20in%20Palliative%20Care.pdf> (acedido a 16/06/12 às 15:50)
3. PINO, et al (2011) - Uso de la vía subcutánea en cuidados del final de la vida en el Centro Geriátrico Naval - <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=11&sid=b846a64d-8fba-4c6f-96fe-fce76b949774%40sessionmgr4> (acedido a 16/06/12 às 15:55)
4. NHS – (2010) clinical guidelines for subcutaneous infusion (hypodermoclysis) - <http://www.sglos->

- pct.nhs.uk/clinical/SubcutaneousInfusionv1.3July2010.pdf (acedido a 16/06/12 às 17:20)
5. BAVIN, L. – (2007) Artificial rehydration in the last days of life: is it beneficial? <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=11&sid=b846a64d-8fba-4c6f-96fe-fce76b949774%40sessionmgr4> (acedido a 16/06/12 às 16:13)
 6. LANUKE, et al - Hydration Management at the End of Life - <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=11&sid=b846a64d-8fba-4c6f-96fe-fce76b949774%40sessionmgr4> (acedido a 16/06/12 às 16:)
 7. QUEENSLAND HEALTH (2010) – Guidelines for subcutaneous infusion device management in palliative care in <http://www.health.qld.gov.au/cpcrc/subcutaneous/documents/guidelines.pdf> (acedido a 23/06/12 às 19:15)
 8. REMINGTON, R; HULTMAN T. – Hypodermoclysis to treat dehydration: review of the evidence - in <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=9&hid=112&sid=9b1e65bf-f2d1-4c2b-9511-d4b09f8966ca%40sessionmgr111&bdata=Jmxxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=27727581> (acedido em 24/10/12 às 12:05)
 9. PERERA, A. et al – (2011) Hipodermoclysis en pacientes con cáncer terminal - in <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=11&sid=b846a64d-8fba-4c6f-96fe-fce76b949774%40sessionmgr4> (acedido a 16/06/12 às 16:04)
 10. FONZO-CHRISTE, C. et al (2005) – Subcutaneous administration of drugs in the elderly: survey of practice and systematic literature review – in <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d25d0f60-7ff4-4087-9759-2b68e48aae31%40sessionmgr11&vid=2&hid=17> (acedido a 16/06/12 às 16:16)
 11. ROSE, M. CURROW , D. (2009) – The need for chemical compatibility studies of subcutaneous medication combinations used in palliative care - in <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=11&sid=b846>

a64d-8fba-4c6f-96fe-fce76b949774%40sessionmgr4 (acedido a 16/06/12 às 16:53)

12. MOREIRA, L. (2010) – Hipodermoclise uma forma de dignificar a “vida” na prestação de cuidados de saúde no domicilio in <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3319> (acedido a 12/05/12 às 20:49)
13. ROSS, et al (2002) – A prospective, within-patient comparison between metal butterfly needles and teflon cannulae in subcutaneous infusion of drugs to terminally ill hospice patient - <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&hid=11&sid=b846a64d-8fba-4c6f-96fe-fce76b949774%40sessionmgr4&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=eed&AN=NHSEED-22002000713> (acedido a 16/06/12 às 17:10)