



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“Um olhar sobre o fim da vida”

Relatório de Estágio apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos

por

Marta Inês Pereira Passos

sob orientação de
Professora Doutora Margarida Vieira

Porto, 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“Um olhar sobre o fim da vida”

Relatório de Estágio apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos

por

Marta Inês Pereira Passos

sob orientação de
Professora Doutora Margarida Vieira

Porto, 2013

“Razão e coração precisam de dialogar sabiamente como uma inteligência ética integrada, que supere o racionalismo e o emotivismo para humanizar a vida, pois *ser humano* e *viver humanamente* não são a mesma coisa, e justo esta última é a tarefa que nos foi confiada a todos nós que vivemos.” (José Carlos Bermejo)

RESUMO

A evolução da medicina e o progresso tecnológico do séc. XX, contribuíram para a longevidade crescente da população e, conseqüentemente para o aumento das doenças crónicas, algumas das quais sem resposta curativa e incapacitantes. Neste sentido, para dar resposta a este fenómeno surge a necessidade de investir nos cuidados paliativos, com a aspiração de proporcionar a maior qualidade de vida ao doente e à sua família.

Segundo a Organização Mundial da Saúde “os cuidados paliativos têm como objetivo central o bem-estar e a qualidade de vida do doente, pelo que se deve disponibilizar tudo aquilo que vá de encontro a essa finalidade, sem recorrer a medidas agressivas que não tenham esse objetivo em mente”. Promover a qualidade de vida do doente, proporcionar uma morte sem sofrimento atendendo a todas as dimensões da pessoa, a preocupação de abranger as necessidades da família e cuidadores durante a fase de doença, prolongando-se durante o período de luto são uma parte essencial no trabalho quotidiano de Enfermagem. E constituem argumentos para que eu tenha optado pela realização do estágio. São aspetos complexos de serem trabalhados, e considero um desafio a prestação holística dos cuidados ao doente paliativo e à sua família, que devem ser vistos como uma unidade inseparável.

O relatório de estágio tem como objetivo refletir sobre o estágio que foi realizado numa equipa de suporte em Cuidados Paliativos e, também com várias visitas a Unidades. Serve para expor a concretização dos objetivos que foram sendo traçados previamente ao estágio e ao longo deste, assim como, explicadas e fundamentadas todas as atividades que foram realizadas, as minhas dificuldades, as estratégias que seriam mais adequadas para ultrapassar essas dificuldades e a minha opinião relativamente a certos temas.

O relatório serve também como uma ferramenta para avaliar a conclusão do Mestrado em Cuidados Paliativos. Este está dividido pelos locais de estágio, e cada um com os objetivos, atividades e estratégias utilizadas para a concretização desses objetivos. As atividades desenvolvidas ao longo do estágio foram importantes para o meu crescimento e desenvolvimento enquanto profissional de Saúde, uma vez que, é feito em condições semelhantes às do exercício da profissão de Enfermagem e, por isso, permitiu colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante o período teórico, não só no que diz respeito aos conhecimentos técnico-científicos, mas também a nível interpessoal.

ABSTRACT

The evolution of medical and technological progress of sec. XX, contributed to the increasing longevity of the population and consequently to an increase in chronic diseases, some of which are unanswered curative and disabling. In this sense, to respond to this phenomenon arises the need to invest in palliative care, with the aspiration of providing the highest quality of life for the patient and his family.

According to the World Health Organization "palliative care has as its central objective the welfare and quality of life of the patient, so it should provide everything that goes against that purpose, without resort to aggressive measures that do not have that goal in mind". Promoting quality of life of patients, provide a painless death given all the dimensions of the person, the intention of covering the needs of families and caregivers during the illness, extending the period of mourning is an essential part daily work of Nursing. And pleads so I opted for the traineeship. Complex aspects are being worked out, and I consider it a challenge to provide holistic palliative care to the patient and his family, which should be seen as an inseparable unit.

The probation report aims to reflect on the stage that was carried out in a support team in palliative care, and also visits to various units. Serves to expose the achievement of goals that were outlined prior to and during this stage, as well as, explained and justified all the activities that were carried out, my problems and strategies that would be most appropriate for overcoming these difficulties and my opinion on certain topics.

The report also serves as a tool to assess the completion of the Master in Palliative Care. This is divided by the local stage, and each with the objectives, activities and strategies used to achieve these objectives. The activities developed along the stage were important to my growth and development as a professional Health, since it is done under conditions similar to those in the profession of nursing and therefore allowed to put into practice the knowledge acquired during the theoretical period, not only with regard to technical and scientific knowledge, but also the interpersonal level.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CP – Cuidados Paliativos

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ESCP – Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

SU – Serviço de Urgência

OBS – Observação

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

HCIS – Health Care Information System

SAM – Sistema de Apoio do Médico

SAPE – Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem

CVC – Catéter Venoso Central

RCC – Rede de Cuidados Continuados

ESAS – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

INDICE

0. INTRODUÇÃO	15
1. ESTÁGIO NO HOSPITAL PEDRO HISPANO – EQUIPA INTRAHOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	17
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	17
1.2. OBJETIVOS DELINEADOS PARA O ESTÁGIO E REFLEXÃO DASCOMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	20
1.3. ESTUDO DE CASO	39
2. ESTÁGIO NO CENTRO DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE DE SAN CAMILO.....	55
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	55
2.2. OBJECTIVOS DELINEADOS PARA O ESTÁGIO E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	56
3. CONCLUSÕES.....	63
4. BIBLIOGRAFIA.....	65

ANEXOS

Anexo I- Guia de Acolhimento ao doente e à família

Anexo II- Plano de formação do Centro de Humanización de la Salud de San Camilo

0. INTRODUÇÃO

A realização deste relatório está inserida no plano de estudos do Mestrado em Cuidados Paliativos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto e a realização deste decorreu no segundo semestre do ano letivo de 2011/2012. Ilustra a aprendizagem efetuada com objetivos traçados previamente ao estágio e moldados durante o mesmo, assim como, estratégias que foram desenvolvidas, salientando as competências adquiridas.

O estágio foi realizado no Hospital Pedro Hispano na Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos (215 horas), uma visita de estudo ao Centro Assistencial em San Camilo (15 horas).

A opção de realizar estágio veio do desejo de aprofundar/aplicar conhecimentos académicos previamente adquiridos na área dos Cuidados Paliativos, assim como, adquirir competências na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, proporcionando-lhe uma morte sem sofrimento, com dignidade. Essa opção iria ajudar-me a desenvolver competências na assistência de Enfermagem, não só competências técnicas, como também relacionais, comunicacionais e teóricas com o doente paliativo, a sua família e a equipa multidisciplinar. Após a aquisição de conhecimentos teóricos no primeiro ano do curso de Mestrado em Cuidados Paliativos senti a necessidade de aplicar esses conhecimentos e ajudar os doentes terminais a viverem o mais ativamente possível até à sua morte.

Promover a qualidade de vida do doente, proporcionar uma morte sem sofrimento atendendo a todas as dimensões da pessoa, a preocupação de abranger as necessidades da família e cuidadores durante a fase de doença, prolongando-se durante o período de luto são uma parte essencial no trabalho quotidiano de Enfermagem. E, constituem argumentos para que eu tenha optado pela realização do estágio. São aspetos complexos de serem trabalhados, e considero um desafio a prestação holística dos cuidados ao doente paliativo e à sua família, que devem ser vistos como uma unidade inseparável, necessitando esta também de cuidados individualizados.

Todas as intervenções de enfermagem devem basear-se na satisfação das necessidades fundamentais desta unidade indissociável (doente-família), tendo em conta que ao cuidar do doente, cuida-se também da sua família.

A equipa de suporte em Cuidados Paliativos foi a que seleccionei para realizar a maior parte do estágio, porque possui de um suporte domiciliário muito bem sucedido e alargado, permitindo ao doente permanecer no seu lar, que é geralmente onde a maioria dos doentes preferem estar e onde se sentem melhor, trabalhando na mesma as necessidades do doente/família.

Enquanto profissional de Enfermagem responsável, autónoma e ser dinâmico em constante desenvolvimento pessoal e profissional, centro de todo o processo educativo a que estou sujeita, propus-me a alcançar os diversos objetivos delineados para o estágio.

Deste modo, procurei desenvolver as minhas diversas capacidades, com a finalidade de aspirar a uma profissional de Enfermagem com especialização em Cuidados Paliativos, consolidando competências no saber - fazer, no saber - estar, no saber - ser e no saber - saber em Enfermagem e tendo em consideração a ética e a deontologia da profissão.

Este relatório permitiu-me realçar o que foi realizado durante o estágio através da introspeção crítico-reflexiva face aos objetivos gerais/específicos delineados, fazer evidência às atividades/estratégias desenvolvidas para a concretização desses objetivos e, ainda, expor problemas/dificuldades encontradas, assim como, as competências adquiridas.

Os objetivos do relatório de estágio são: demonstrar um espírito crítico-reflexivo face às situações observadas e aos problemas encontrados; dar a conhecer o percurso efetuado no estágio; comunicar estratégias/atividades utilizadas e obter Grau de Mestre em Cuidados Paliativos.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho baseia-se no método descritivo e analítico, com exposição das atividades realizadas e reflexão das mesmas.

De seguida é feita uma breve caracterização dos locais onde foram desenvolvidas as atividades, depois é apresentada a descrição e análise dos objetivos/atividades desenvolvidas e, por fim, uma conclusão do estágio.

1. ESTÁGIO NO HOSPITAL PEDRO HISPANO – EQUIPA INTRAHOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS

De seguida irá ser apresentada a caracterização do local de estágio, assim como, os objetivos que foram delineados para atingir nesse local, as atividades realizadas e a reflexão da concretização desses mesmos objetivos, assim como as dificuldades que surgiram.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A Equipa de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, é uma equipa multidisciplinar, que integra médicos e enfermeiros do ACES e hospital, com apoio de outros profissionais de saúde, nomeadamente psicólogo e assistente social. A sua área de influência respeita todo o concelho de Matosinhos (Leça da Palmeira, São Mamede Infesta, Senhora da Hora e Matosinhos).

Tem como missão promover os Cuidados Paliativos no concelho de Matosinhos, integrando recursos dos cuidados de saúde hospitalares e primários, de forma a promover a articulação entre os dois níveis de cuidados e melhorar a acessibilidade a Cuidados Paliativos.

É uma equipa transversal à Unidade Local de Saúde, exercendo atividade quer no hospital, quer no ACES e comunidade. Tem uma coordenação única e responsáveis da área médica e enfermagem exercidas por elementos pertencentes à Equipa, de modo a promover a articulação entre diferentes níveis e uma efetiva continuidade de cuidados.

A implementação na ULSM de uma equipa de suporte em Cuidados Paliativos que integra vertente de consultadoria intra-hospitalar e a de consultadoria e apoio domiciliário tem como objetivos:

- Otimizar os recursos existentes;
- Facilitar o acesso de toda a população residente em Matosinhos a Cuidados Paliativos de excelência, independentemente do contexto em que acedem aos cuidados de saúde;
- Assumir um papel dinamizador na implementação de um modelo de cuidados ao nível da ULSM que beneficie a dignidade e a qualidade de vida dos doentes com doença terminal;

- Disponibilizar uma ação de consultadoria e formação contínua a todos os profissionais, de acordo com o contexto de cuidados em que exercem, em particular na discussão de dilemas éticos e no apoio à tomada de decisão;
- Diminuir a distância entre os dois níveis de cuidados permitindo uma troca de experiências e aprendizagens;
- Permitir uma efetiva articulação entre os dois sectores de saúde, fator essencial para um funcionamento adequado não só dos Cuidados Paliativos, mas de toda a rede de Cuidados Continuados.

Pretende-se que a equipa de suporte em Cuidados Paliativos da ULSM tenha formação diferenciada, móvel, mas que não dispõe de estrutura de internamento, mas de espaço físico para sedear a sua atividade.

Esta equipa é constituída por dois médicos, cinco enfermeiros, uma assistente social e um psicólogo. A equipa está sediada no piso quatro do Hospital Pedro Hispano, dispondo de um apoio de assistente técnico.

A equipa dispõe de uma viatura própria para deslocação dos profissionais, entre hospital e centros de saúde e domicílio. Em alternativa usa a frota de viaturas da ULSM. Também dispõe de um gabinete, onde se efetuam as consultas externas e de um gabinete situado no Hospital de Dia para se efetuar possíveis procedimentos invasivos e atitudes terapêuticas.

A equipa dispõe de material básico para eventual intervenção urgente (medicamentos, incluindo opióides, compressas, agulhas, entre outros). O material básico disponível para a equipa deve sempre existir em stock próprio sob a responsabilidade desta.

A equipa de Cuidados Paliativos tem como áreas de trabalho:

- ✓ Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos (após solicitação pela equipa assistencial) prestando consultadoria a doentes internados, ao serviço de urgência, intervenções em hospital de dia e idealmente, dispondo de consulta aberta médica e de enfermagem.
- ✓ Consulta Externa Hospitalar de Cuidados Paliativos, em que são observados doentes referenciados do internamento, da consulta de grupo oncológica e doentes referenciados do serviço de Urgência.
- ✓ Consultadoria em Cuidados Paliativos em casa pelo centro de saúde da ULSM, articulando com as equipas assistenciais, através da integração de

enfermeiro da equipa de Cuidados Paliativos em equipa de cuidados do Centro de Saúde (Unidade de Cuidados na Comunidade/Equipa de Cuidados Continuados Integrados – UCC/ECCI).

- ✓ Apoio Domiciliário, após consultadoria com médico assistente, após internamento hospitalar, ou por referenciação de outras equipas de Cuidados Paliativos.
- ✓ Apoio Telefónico das 9h às 15h dias úteis, através da disponibilização do número do secretário, por enfermeiro/médico da equipa hospitalar.

Outras funções: articula-se com hospital e/ou rede de Cuidados Continuados Integrados quando necessário o internamento; manter reunião semanal interdisciplinar com discussão dos doentes em seguimento; programar ações de formação em Cuidados Paliativos nos Centros de Saúde e hospital; promover intercâmbio com outras equipas de Cuidados Paliativos; participar em estudos clínicos; facultar estágios práticos em Cuidados Paliativos.

A equipa é interdisciplinar, todavia com especificidades comuns a cada um dos grupos profissionais, no entanto só se irá abordar as funções do enfermeiro na equipa.

São funções do enfermeiro da equipa:

- Identificar as necessidades de saúde do doente e competências do cuidador;
- Estabelecer relação com o doente/cuidador de modo a ser o elo de ligação privilegiado para assegurar a prestação de cuidados;
- Elaborar um plano de cuidados para o doente/cuidador adaptado ao local de permanência;
- Estar atento a sinais de fadiga do cuidador;
- Ser o elo de ligação para a continuidade de cuidados entre hospital/domicílio devendo ser o consultor do enfermeiro de família.

Articulação:

O pedido de intervenção da equipa de Cuidados Paliativos poder ser efetuado quer a partir do hospital quer a partir do domicílio. Podem ainda ser referenciados diretamente à equipa, utentes/cuidadores em seguimento por outras equipas de Cuidados Paliativos.

A nível hospitalar, quando no internamento é identificada a necessidade de intervenção da equipa deve o pedido ser formalizado pelo médico responsável pelo doente, através do pedido de colaboração interna de Medicina Paliativa, no SAM.

Se o doente se encontra no serviço de Urgência, em “triagem”, “sala de tratamentos 2”, ou “OBS” deve o médico responsável pelo doente contactar telefonicamente o médico da equipa de Cuidados Paliativos, de modo a ser avaliada a disponibilidade da equipa intra-hospitalar. Se o doente se encontra em “OBS” mas com internamento formalizado no SAM, deve ser efetuado o pedido de colaboração interna de Medicina Paliativa. Pode também ser solicitada a consulta externa de Cuidados Paliativos através do HCIS.

Em consulta externa a colaboração é solicitada através do pedido de consulta externa de Cuidados Paliativos, se for previsível a necessidade de apoio domiciliário, tal deve ser referido no pedido de colaboração.

Quando no domicílio, o pedido de colaboração da equipa é efetuado pelo médico assistente de cuidados de saúde primários através de um impresso “Consultadoria de Cuidados Paliativos”. Esse pedido é entregue ao enfermeiro da equipa pertencente a esse centro de saúde. O pedido de consultadoria é analisado na reunião semanal de quarta-feira.

Em alternativa, e se a colaboração for considerada urgente, o médico assistente deve contactar telefonicamente os médicos hospitalares que integram a equipa em tempo completo.

A equipa de Cuidados Paliativos promove e colabora com outras equipas na realização de estudos, estabelecimento de protocolos de atuação e dinamização de cuidados. É promovida e incentivada a formação contínua dos elementos da equipa. Esta equipa tem também protocolos institucionais estabelecidos com várias faculdades para a possibilidade de estágios.

1.2. OBJETIVOS DELINEADOS PARA O ESTÁGIO E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Este relatório permitiu-me dar a conhecer os objetivos que delineeii, assim como, as atividades/estratégias que considerei importantes para o desenvolvimento progressivo das componentes técnico-científicas e das habilidades/aptidões, enquanto profissional de Saúde, para uma melhor prestação de cuidados de Enfermagem na área dos Cuidados

Paliativos. Por isso, passo a descrever de seguida os objetivos gerais e específicos, assim como as atividades realizadas para os atingir e dificuldades que surgiram.

Para o **Objetivo Geral: Integrar-me na equipa multidisciplinar onde realizarei estágio de Cuidados Paliativos** delineei quatro objetivos específicos que passo a apresentar em seguida, bem como as atividades desenvolvidas e sua análise.

Objetivo específico: Adquirir conhecimentos sobre o funcionamento da equipa.

Atividades desenvolvidas:

- Conhecimento da dinâmica da equipa;
- Compreensão do método definido pela equipa;
- Participação no trabalho da equipa segundo os seus métodos

Para atingir este objetivo observei e participei nas intervenções realizadas pela equipa. A equipa contribuiu muito para a minha chegada e mostraram-se disponíveis às dúvidas que me iam surgindo, possuindo de uma forma de comunicação bastante eficaz entre todos partilhando todo o tipo de experiências e informações para que a equipa pudesse alargar os seus conhecimentos e aprenderem uns com os outros. Pude interagir com vários elementos, uma vez que, semanalmente se realizava uma reunião de equipa e também pude realizar alguns turnos no hospital com os diferentes elementos que sempre me ajudaram a adquirir o máximo de experiências para poder desenvolver competências.

O método da equipa intra-hospitalar consistia em realizar visitas aos doentes que se encontravam distribuídos pelos vários serviços de internamento e as equipas domiciliárias deslocavam-se aos domicílios dos doentes consoante as necessidades destes. A integração dos doentes na equipa de Cuidados Paliativos era realizada de várias formas. O doente poderia estar no SU e ser necessário à equipa assistencial realizar um pedido de colaboração para a ESCP de forma que a equipa se deslocasse lá e auxiliar no controlo dos sintomas que levaram o doente a recorrer ao SU, nomeadamente a equipa pede colaboração aos CP visto estes terem mais experiência na manipulação de opióides e no controlo de dor aguda. Outra forma de integração dos doentes na equipa de Cuidados Paliativos era feita pela referenciação dos doentes que já estavam internados no hospital com doença que já não respondia a tratamentos curativos para um controlo de dor mais eficaz e de outros sintomas que pudessem

surgir. Também poderiam surgir doentes referenciados pelo centro de saúde da área de residência e que pertencessem a Matosinhos. Porém, existiam critérios de inclusão para que os pedidos de colaboração fossem aceites. Os critérios de inclusão dos doentes na ESCP eram: aceitação do doente/cuidador; doente sem perspectivas de tratamento curativo; rápida progressão da doença/expectativa de vida limitada; dificuldade no controlo sintomático/alívio do sofrimento; necessidade de tratamentos complexos e claudicação do cuidador.

Quando os doentes tinham alta havia a preocupação da continuidade de cuidados, estes ou eram transferidos para uma UCP, ou para Unidades de Curta/Média/Longa duração ou seguiam para os domicílios, onde eram acompanhados regularmente com visitas da equipa de Cuidados Paliativos frequentes.

Objetivo específico: Ser capaz de desenvolver competências relacionadas com a organização/gestão da equipa

Atividades desenvolvidas:

- Identificação dos recursos materiais/humanos existentes na equipa;
- Observação da estrutura física onde a equipa trabalha;
- Identificação da constituição da equipa;
- Colaboração na gestão dos recursos humanos da equipa;
- Observação dos diferentes papéis de cada elemento da equipa;
- Participação na gestão de recursos materiais de acordo com as necessidades dos doentes

A equipa era constituída por doze profissionais com especialização em Cuidados Paliativos. Cinco enfermeiros, dos quais quatro pertencem aos Centros de Saúde (Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede Infesta e Leça da Palmeira) e um enfermeiro permanece sempre no hospital. Tinha cinco médicos também repartidos pelos Centros de Saúde e hospital, um assistente social e um psicólogo. No meu ponto de vista a equipa era bastante coesa, com capacidade de comunicarem entre eles muito eficaz, sem conflitos. Cada profissional possuía um telefone portátil com números internos podendo-se contactar a qualquer momento. No entanto, o número de enfermeiros era escasso para a quantidade de doentes referenciados, não sendo possível em alguns casos realizar visitas domiciliárias semanalmente ao mesmo doente. A média de domicílios que realizava por dia era de quatro a cinco, e talvez fosse mais rentável se

houvessem mais elementos a deslocar-se aos domicílios e conseguia-se dar resposta a todas as necessidades dos doentes, que podem ser mais complexas de se trabalhar, visto não terem apenas necessidades físicas, como controlo da dor por exemplo. Existem os sintomas físicos, psicológicos, espirituais, sociais e culturais e, muitos deles, consomem mais tempo ao profissional para ajudar o doente a solucionar os problemas que vão surgindo do que os sintomas físicos (dor física, náuseas, vômitos...) que se pode controlar com a administração de um fármaco.

A equipa realizava as reuniões numa sala que se situava no piso quatro do Hospital Pedro Hispano, onde eram discutidos os casos dos doentes mais problemáticos (descontrolo sintomático, dor descontrolada, conflitos existências...) e onde eram realizados os registos. Os enfermeiros de apoio domiciliário possuíam, também, um gabinete nos centros de saúde respetivos e que eram partilhados com os elementos das ECCI. Para a deslocação aos domicílios era fornecido um automóvel de acordo com a disponibilidade do mesmo.

De acordo com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006) os fatores intervenientes na qualidade do trabalho em equipa são: “os sistemas de trabalho em equipa; o cuidado e o suporte da própria equipa; formação contínua e investigação; e coordenação entre diferentes níveis de unidades e outros serviços de apoio”. Todos estes fatores, pude verificar na equipa onde estive inserida, havia um funcionamento coordenado, com base numa atuação interdisciplinar, com um gestor que articulava os diferentes recursos. Eram realizadas reuniões semanais com todos os membros da equipa onde se efetuava a avaliação das necessidades, a discussão de objetivos/planos terapêuticos, avaliação dos resultados e a promoção de suporte entre a própria equipa. A formação contínua era um aspeto que a equipa mostrava preocupação e interesse por se manterem atualizados, com base na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O último fator na qualidade da equipa também pude constatar que era uma fator fulcral para dar continuidade aos cuidados nos doentes/família, havendo uma articulação dos recursos existentes na área geográfica, como por exemplo, a RCC e as equipas domiciliárias que garantiam a possibilidade de acesso do doente a serviços de urgência e a internamento.

Objetivo específico: Demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada com a equipa

Atividades desenvolvidas:

- Compreensão do método de trabalho da equipa;
- Participação no trabalho da equipa de acordo com o seu método aplicando conhecimentos já adquiridos;
- Desenvolvimento das atividades tendo por base o espírito de equipa

Como já referi anteriormente a minha integração na equipa foi bastante eficaz, sentia-me à vontade para dialogar sobre várias situações, dúvidas e discutir casos. Este objetivo foi atingido através do trabalho que desenvolvi com a enfermeira tutora, que sempre proporcionou oportunidades para adquirir competências e disponível para me esclarecer dúvidas e inquietações. Relativamente ao método de trabalho da equipa, sobre o qual já falei consegui adaptar-me, estando inicialmente presente em vários turnos com a equipa intra-hospitalar e depois comecei a realizar domicílios. Observei as várias formas de trabalho dos diferentes elementos da equipa e tentei adaptar-me a cada um deles. No início para mim era difícil realizar domicílios e conseguir que o doente depositasse confiança em mim, pois já estavam habituados às mesmas pessoas, aos mesmos rostos e a comunicar com a mesma pessoa. Ver alguém novo invadir a sua casa não era fácil de confiarem em mim logo nos primeiros contactos. Mas com o tempo fui tentando aproximar-me, comunicar com os doentes e suas famílias e estabelecer relações. Relembro o caso de uma doente que me marcou bastante pela sua forma de lidar com a vida e com a doença, que nos primeiros contactos eu notava que não confiava em mim, nem do meu nome se lembrava. No entanto, houve um dia que eu sei que uma atitude que eu tive com ela quebrou essa distância que foi um abraço que lhe dei, talvez lhe tenha transmitido calma e segurança. Mas só o fiz porque durante os vários contactos fui mostrando compreensão da sua situação, dos seus medos, escutando os assuntos que sabia que para ela eram importantes e esse envolvimento que tive com o caso dela levou-me a dar um passo para que pudesse transmitir-lhe apoio e que poderia confiar em mim. A partir daí sei que também fiz parte da caminhada que fez contra a sua doença. Às vezes, nem é preciso falar, basta um forte abraço ou o tocar na mão do doente, um gesto ou uma expressão bastava para obter a resposta, tal como refere Schwartz (2006, p.68) “um sorriso encorajador a alguém que esteja a ter um dia mau pode fazer de si uma fonte de inspiração” que pode concluir o meu raciocínio.

Um dos métodos que a equipa também utilizava era entrar em contacto com os doentes via telefónica e saber se se encontrava tudo estabilizado e se necessitavam da nossa intervenção. Caso fossem doentes que frequentemente estavam descontrolados,

emocionalmente afetados, os domicílios eram feitos regularmente, uma a duas vezes por semana, salvo os casos que eram diários pela perda da via oral que necessitavam de administração de terapêutica por CVC ou subcutânea. O facto de os doentes/família terem acesso aos contactos da equipa permite diminuir o sentimento de insegurança, visto que, sempre que tinham alguma dificuldade, dúvida ou necessidade de auxílio, sabiam que têm alguém que podia ajudá-los e lhes fornecer soluções/alternativas para a resolução do problema e, conseqüentemente diminuir a ansiedade e a insegurança que daí adveio.

Durante os domicílios era utilizada grande parte do tempo a comunicar com os doentes/famílias ou cuidadores, porque muitos se sentiam sós e gostavam de partilhar as suas preocupações e aquilo que sentiam. Através da comunicação pode-se alcançar aspetos importantes para atender com dignidade a todas as dimensões dos doentes. Comunicar eficazmente no contexto de cuidados paliativos é simultaneamente importante e difícil, e constitui um desafio, porque implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre o técnico de saúde, a pessoa doente e família (Gask, 2000). Com esta citação pode-se concluir que comunicar permite às pessoas transmitirem informações sobre si e sobre aquilo que os rodeia, parecendo-me a mim um aspeto bom na equipa de CP, pois dão importância à comunicação com os doentes/famílias para que pudessem apresentar os seus problemas e preocupações.

Ainda nos domicílios era verificado se os doentes tinham dor controlada ou se haveria surgido outro tipo de sintoma físico e, caso fosse necessário, realizar algum ajuste era contactado o médico da equipa para avaliar e realizar o ajuste terapêutico.

A observação e a colaboração no trabalho da equipa contribuiu para o desenvolvimento profissional e para a aquisição de competências de modo a zelar pela qualidade dos cuidados prestados, por assegurar e promover a qualidade de vida dos doentes em fim de vida.

Objetivo específico: Participar ativamente na formação da equipa (realização de um folheto)

Atividades desenvolvidas:

- Diálogo com a diretora da equipa para recolha de informação sobre as necessidades da equipa;
- Identificação das necessidades da equipa;

- Participação na formação em serviço/elaboração de documentos de auxílio;
- Elaboração de um guia de acolhimento

Durante o estágio pude verificar que a equipa participa ativamente em formações, mantendo-se atualizados sobre os Cuidados Paliativos e, nomeadamente, sobre novos fármacos e métodos de controlar os diversos sintomas. Da reunião que tive com a responsável da equipa pude discutir acerca de documentos de auxílio à equipa já existentes (por exemplo o guia de tratamento) e sobre o que poderia ser realizado para ajudar a equipa. Verifiquei que haviam doentes/famílias que não possuíam conhecimentos sobre o significado de Cuidados Paliativos e sobre aquilo que a equipa lhes poderia oferecer. Daí discutir com a responsável sobre a realização de um folheto que funcionava como guia de acolhimento ao doente/família e que foi aprovado com agrado, pois a equipa já tinha sentido que poderia ser útil algum documento que os apresentasse.

O guia de acolhimento (ver anexo I) teve como objetivos: dar a conhecer ao doente/família a constituição e os objetivos da equipa; auxiliar a equipa na sua apresentação/conhecimento ao doente/família e informar o doente/família de qual a filosofia dos cuidados paliativos.

Adquiri competências no âmbito da elaboração de documentos de auxílio para a equipa, levantando e detetando necessidades através da observação, junto da equipa, com a pessoa responsável pela mesma e através da reflexão crítico-reflexiva do trabalho da equipa e das necessidades desta. Surgiram algumas dificuldades na construção do guia de acolhimento, no que diz respeito à seleção da informação mais importante para estar presente no folheto, pois a informação existente é vasta e, também surgiu um obstáculo relativamente à estética do guia que não deveria ser muito carregado de informação e bem explicado para que todas as pessoas, independentemente do nível de escolaridade, pudessem interpretar.

Para o **Objetivo Geral: Desenvolver competências na assistência de Enfermagem ao doente/família** delineeii três objetivos específicos que passo a apresentar em seguida, bem como as atividades desenvolvidas e sua análise reflexiva.

Objetivo específico: Ser capaz de comunicar eficazmente com o doente paliativo/família, estabelecendo relações interpessoais.

Atividades desenvolvidas:

- Estabelecimento de contacto com o doente/família;
- Respeito pelos direitos do doente no acesso à informação e à qualidade de todos os cuidados prestados;
- Interação com o doente para que seja possível criar um ambiente de confiança/segurança, transmitindo sentimentos de ajuda, compreensão e afeto;
- Valorização da comunicação verbal/não verbal;
- Envolvimento da família/cuidador nos cuidados ao doente

Durante o estágio contactei com doentes onde a importância da comunicação prevalecia em todos os contactos. Para uma boa prestação de cuidados é importante a capacidade de comunicar eficazmente, não só com o doente mas também com a família sendo esta o elo entre a equipa e o doente. A família constitui um pilar fundamental para fornecer apoio aos doentes com doenças crónicas e em fim de via. Quando alguém muito querido sofre, esse sofrimento afeta todo o seio familiar. Portanto, é essencial estar atento às necessidades da família, identificando quem é o cuidador principal, quais são as suas dificuldades, qual é o tipo de relação com o familiar doente e quais os recursos que possuem para prestar cuidados ao seu familiar. Estes aspetos eram analisados quando o doente estava internado para que pudesse ter alta com os cuidados assegurados, assim como, pude verificar com doentes que permaneceram sempre no domicílio. Da minha experiência ao longo deste período considero que se tem mais contacto com a família no domicílio do que a nível hospitalar e são abordagens diferentes. No hospital sentia que as pessoas se resguardavam mais, não se expunham tanto com a equipa, sentiam aquele medo de aproximação da morte do seu ente querido e não expressavam tanto os seus sentimentos e preocupações. Um doente em fase terminal fica dependente para realizar a maioria das atividades diárias e, a família, é a primeira responsável pelos cuidados prestados a essa pessoa dependente. As repercussões da doença afetam não só o doente como a família, e esta, tenta ao máximo reunir forças e recursos no sentido de ajudar o familiar. “Cuidar não é uma tarefa fácil, impõe uma mudança radical na vida de quem cuida, exigindo a execução de tarefas complexas, delicadas e sofredoras “(Leal, 2000), exigindo por isso, o máximo de esforço do cuidador, devendo ser também alvo da

atenção da equipa, uma vez que sofre com tantas alterações na sua vida. O cuidador informal ao ter uma visão global da pessoa, como um ser único, tendo em conta as diferentes dimensões, física, mental, social e espiritual, coloca-se a favor da assistência às necessidades globais da pessoa. A minha preocupação relativamente à comunicação com as pessoas era sempre centrada na família, tinha mais receio em comunicar com familiares do que com os doentes. No entanto, essa preocupação foi desaparecendo ao longo dos meus contactos e à medida que ia ganhando a confiança da família e do doente.

As principais necessidades da família são: informação honesta e realista sobre a doença e terapêutica; respeito pelas suas crenças e valores; disponibilidade de apoio emocional por parte da equipa; participar nos cuidados, com possibilidade de estar com o doente em ambiente de intimidade; expressar sentimentos e reparar relações se necessário e certificar que os são prestados os devidos cuidados (Neto,2003). Analisando estas necessidades dos familiares consegue-se entender a igual atenção que deve ser dada quer à família quer ao doente, esta deve ser integrada na prestação de cuidados de forma a estimular a comunicação com o doente e com a equipa. Assim como verifiquei no estágio, as famílias sentiam-se menos ansiosas ao serem estimuladas a participarem nos cuidados ao doente. Isto porque iam treinando as rotinas a serem realizadas, contactando com as adversidades que surgiam, tirando dúvidas de possíveis complicações que pudessem aparecer, comunicando com a equipa que se mostrou sempre disponível para a qualquer momento poderem recorrer à sua ajuda e, assim, criarem estratégias de coping para que as tarefas que no início pareciam complicadas para a família se tornassem menos pesadas e para que não provocassem tanto medo e ansiedade. Os períodos de raiva, agressividade e angústia que observei foram entendidos como a forma de expressarem o desespero perante a incapacidade de ajudar a pessoa que amam.

Através da comunicação é possível conhecer a pessoa e prestar cuidados humanizados.

A comunicação permitiu-me interagir com o doente/famílias, contribuindo positivamente para o processo de cuidar, esclarecendo dúvidas da doença, desmitificando conceitos antigos no que respeita a medicação, nomeadamente aos opióides, ajudando a pessoa a encontrar soluções para aquilo que lhe causa angústia e ansiedade. As situações de angústia e revolta contra eles próprios e contra um ser superior eram difíceis de contornar e levavam o seu tempo, eram realizadas visitas nas

quais apenas se dialogava sobre crenças espirituais, sobre problemas não resolvidos e que os deixava ansiosos e a sofrer. Estas consultas e as consultas de luto foram um desafio para a minha capacidade de comunicar e de estabelecer uma relação. As consultas de luto não eram realizadas logo após a perda, deixava-se passar algum tempo para que a pessoa pudesse iniciar o processo de luto.

O processo de luto envolve fases como: Choque/Negação que se caracteriza por sentimentos de embotamento cognitivo e de irrealidade e esta fase pode durar horas ou dias; Saudade/Languidez onde existem sentimentos de pena, ansiedade, raiva, baixa autoestima e pode durar algumas semanas; Desespero/Desorganização onde se produzem pensamentos repetitivos sobre a perda, caracteriza-se pelo desespero, apatia, e ausência de visão do futuro e pode durar cerca de quatro meses; Reorganização/Recuperação onde se verifica uma construção do mundo com um novo significado, uma maior preocupação com a imagem e a própria pessoa reconhece a sua recuperação do luto (Arranz, 2003) Por isso, a intervenção da equipa não se iniciava logo na primeira semana após a morte. Quando realizava visitas de luto, tinha sempre algumas dificuldades sobre o que falar e sobre o que responder aos familiares de modo a facilitar o processo de luto e de não causar ainda mais angústia. Mas com a frequência das visitas fui trabalhando a minha comunicação, era discutido com o doente sobre o que estava a sentir, de modo a que exprimisse os seus sentimentos e as preocupações para identificar se o luto estava a ser normal ou complicado, havendo certos casos em que era necessária a intervenção de psicologia. Nesta fase era importante estimular o doente a falar sobre o ente querido, sobre a sua relação com ele, sobre o passado, sobre o que fez com os pertences da pessoa como, fotos, roupa, objetos, questionar sobre as visitas ao cemitério, sobre o dia do funeral e, assim conseguia-se identificar o tipo de luto que a pessoa estava a realizar e em que fase se encontrava. Verifiquei o quanto é importante saber comunicar nestes casos para ajudar a pessoa a encontrar estratégias para diminuir o sofrimento que está a sentir, para exprimir sentimentos tão íntimos e para motivar a pessoa a adaptar-se nesta nova fase da sua vida sem alguém que lhe era muito querido.

Comunicar para mim é um constante desafio, pois nunca se sabe o que vem do outro lado, a resposta da outra pessoa. Aprendi a dar mais valor à linguagem não-verbal como gestos, expressão facial, postura, olhar, o tom de voz, pois em certos casos davam-me sinais daquilo que a pessoa estava a sentir e também a linguagem não-verbal de minha parte, um toque na mão, um acenar com a cabeça, o olhar também

transmitiam ao doente sentimentos de aceitação, confiança e empatia. As situações mais problemáticas na comunicação em Cuidados Paliativos são: a comunicação do diagnóstico; a comunicação do prognóstico e o dar más notícias (Neto, et al. 2010), eu também considero que para mim foram as mais complicadas, o facto de identificar quando informar e como informar deixava-me sempre com algumas dúvidas. No entanto conseguia-se sempre seguir o modelo de comunicação de más notícias de Buckman para facilitar a transmissão da notícia e o profissional se sentir mais à vontade e seguro.

Durante este estágio cresci muito a nível pessoal e no que diz respeito à capacidade de comunicação com os doentes/família, é muito importante como se dizem as coisas e a capacidade de escutar também é fulcral para a eficácia da comunicação. Os doentes paliativos e a sua família sentem a necessidade de serem compreendidos, esclarecidos, apoiados e não rejeitados, e para isto foi necessário desenvolver competências comunicacionais, treinando a minha capacidade de escuta ativa, a compreensão empática e a transmissão de más notícias, neste processo para mim complexo onde há partilha mútua de informação, emoções e atitudes.

Objetivo específico: Prestar cuidados de Enfermagem ao doente/família que demonstrem a existência de conhecimentos

Atividades desenvolvidas:

- Prestação de cuidados de Enfermagem em parceria com o enfermeiro tutor;
- Revisão de conhecimentos adquiridos nas aulas de Cuidados Paliativos;
- Formulação de um plano de cuidados para cada doente (identificação do problema, formulação do diagnóstico, intervenções a desenvolver e avaliação das mesmas);
- Pesquisa bibliográfica de dúvidas que surgissem.

Fui realizando várias pesquisas ao longo do estágio, sempre que me surgiam dúvidas tentava dialogar com a enfermeira tutora e depois pesquisar. Essa pesquisa era feita em livros ou através de documentos pesquisados na Internet. A farmacologia foi o que me suscitou mais dúvidas e que me fez rever alguns conhecimentos e realizar algumas pesquisas. Por exemplo o controlo dos vómitos num determinado caso foi

interessante para a minha aprendizagem. Para controlar náuseas e vômitos tenho que primeiro distinguir se o doente tem náuseas (espasmos, enjoos, vômitos secos) ou se tem vômitos (expulsar líquidos/sólidos) e inicialmente confundia muito os dois devido à descrição que era feita pelo doente. O fato de existirem várias alternativas de controlo de vômitos e náuseas surgiam-me alguma confusão, e que para prestar cuidados de excelência aos doentes era uma falha que sentia, visto que quando um fármaco não está a surtir efeito saber que existem outras alternativas. Estes casos mais complicados estimulavam a minha pesquisa em casa, depois concluí que realizar um esquema mental dos vários tipos de ação dos fármacos para controlo de vômitos (ação central, ação periférica e ação mista) me ajudou a identificar a etiologia, relacionar com outros sintomas e com a história clínica do doente para depois verificar qual o fármaco mais adequado para este sintoma. Assim como, o controlo da dor me inquietou algumas vezes. Neste tempo que contactei com doente com dor crónica pude articular com conhecimentos teóricos que já possuía, verifiquei o quanto é importante a identificação do tipo de dor, a aplicação da escalas ESAS, uma vez que outros sintomas não controlados podem levar a dor, adaptar o tipo de dor ao degrau da escada analgésica da OMS e gerir o plano terapêutico de acordo com as necessidades e com o estado do doente.

Conseguí prestar cuidados com conhecimentos, e aprofundá-los cada vez que sentia dúvidas. Segundo Susana Pacheco (2004, p.33) “o verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência e a técnica mas, pelo contrário, utilizá-las para prestar cuidados globais à pessoa, não menosprezando nunca nenhuma das necessidades do doente...há que ter a preocupação de nos mantermos atualizados no que diz respeito a conhecimentos técnico-científicos, sem subestimar a tarefa específica do enfermeiro”. Neste percurso aprendi muita coisa, não só a nível de técnicas e conhecimentos, para cuidar não posso apenas pensar no cuidar físico, proporcionando conforto, realizando um tipo de técnica com todos os procedimentos corretos, nem pensar que cuidar significa curar ou tratar da doença. Agora perceciono que o cuidar vai mais para além do físico, a presença humana, o escutar, ajudar, compreender, o confiar são formar de cuidar e, quando a cura já não é possível deve-se cuidar até ao fim, ajudar o outro a viver melhor.

Para todos os doentes era realizado um plano de cuidados que no hospital que no centro de saúde, através do programa SAPE, e que me ajudou a conseguir identificar diagnósticos e a discutir com o enfermeiro tutor quais os diagnósticos mais adequados e

Objetivo específico: Integrar conhecimentos de ética na prática dos cuidados em Enfermagem

Atividades desenvolvidas:

- Atuação tendo em conta o respeito pelos princípios éticos, bioéticos e deontológicos do enfermeiro;
- Prestação de cuidados tendo em conta os direitos e deveres do doente.

A prestação de cuidados de saúde deve sempre salvaguardar os princípios éticos, e existiram várias questões éticas na tomada de decisão ao longo do meu estágio que me levaram a refletir sobre a ética, sobre as decisões que eram tomadas e as que eu achava melhor para os doentes poderia não ser o mais correto nem o que era desejado pelo doente/família. Ou seja, aconteceram várias situações que no meu ponto de vista não entendi como estava a ser o melhor para o doente, no entanto aquilo que para mim seria o mais correto poderia não ser na opinião do doente aquilo que lhe dava mais conforto e bem-estar. Os princípios éticos são a autonomia, a beneficência, a não-maleficência, e a justiça. Os doentes têm o direito de serem cuidados respeitando estes princípios, assim como, respeitando a dignidade da pessoa em fim de vida. Durante o estágio deparei-me com várias questões éticas, onde irei salientar algumas. Um caso de um doente que não aceitava a administração de opióides por ter mitos relativamente à morfina e a outros fármacos com medo de que adiantassem a morte. A equipa decidiu não utilizar opióides nesse doente, mas foi complicado aceitar que o doente permanecesse com dor havendo meios mais eficazes para a controlar. Neste caso penso que será o princípio da autonomia versus não maleficência, uma vez que ao respeitar a vontade do doente em não querer realizar tratamento com opióides, poder-se-ia colocar em causa o bem-estar do doente. O respeito pela autonomia confere à pessoa o direito de dispor deliberadamente sobre a sua pessoa, o direito de decidir sobre aquilo que quer para si próprio. “A liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afeta a vida de cada um” (Savater, 1999 p.209), reflete o significado de autonomia. Desde que o doente esteja devidamente informado sobre o tratamento, desmistificando os mitos relativamente aos opióides e que tenha noção das consequências da suspensão do tratamento, este pode decidir sobre o plano terapêutico e sobre as decisões a serem tomadas pela equipa. Os princípios da liberdade e da dignidade humana prendem-se com a autonomia, e deverá ser da responsabilidade do profissional de saúde reconhecer e respeitar cada doente como ser único e preservar a dignidade de cada um. “Ser tratado

como pessoa até ao momento da sua morte, o que implica a prestação de cuidados individualizados, tendo em conta que o doente é uma pessoa, única em carácter, personalidade, passado, cultura, hábitos, valores e convicções que devem ser respeitados” (Pacheco, 2004, p. 91), com isto pode-se afirmar que a visão sobre cada doente deve ser única, perceber quais as ideias, sentimentos e valores que o doente tem para poder prestar cuidados de acordo com as suas necessidades. Neste caso que referi, o doente deve ter autonomia de decidir se quer ou não cumprir o plano terapêutico. Para os profissionais, poderá ser difícil aceitar isso, uma vez que, reconhecem a existência de meios que poderiam diminuir o sofrimento deste doente, mas se o doente recusar os profissionais devem respeitá-lo. No entanto, devem-se garantir que o doente está informado sobre o regime terapêutico e sobre as consequências que irá ter aquando da sua suspensão. Tal como vem referido no Código Deontológico do Enfermeiro, “O princípio do respeito pela autonomia diz respeito à liberdade de ação com que cada pessoa escolhe [...] significa o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesma-livre e autónoma, capaz de se autogovernar, de decidir por si mesma. E é por isso que a informação antecede as escolhas, de forma a que possam ser livres e esclarecidas.” (Nunes, et al. 2005, p. 91).

Este doente tinha a crença de que os opioides iriam acelerar a sua morte e a preocupação de que ia ser complicado para as pessoas que o rodeavam aceitar, pois achava que poderia ficar “viciado”, por isso cumprir o plano terapêutico seria para ele um fator que iria colocar em causa a sua qualidade de vida e a sua dignidade. Então, o doente pode recusar o tratamento sempre que ache que o mesmo possa reduzir a sua qualidade de vida a um grau incompatível com a sua dignidade, ou ainda por convicções culturais e religiosas (Pacheco, 2004).

A reflexão deste caso também me leva a refletir sobre o consentimento informado, pois está relacionado com a autonomia do doente em decidir aquilo que quer ou não para ele próprio. Esse consentimento ressalva a autonomia do doente e o respeito pela sua decisão, pois deve-se sempre ter em conta as preferências que o doente exprime relativamente ao tratamento, garantir se o doente foi informado, se compreendeu e se deu o seu consentimento ou não. O doente que é respeitado é aquele que o profissional reconhece e promove a sua capacidade para decidir e agir, e este é aquele que é considerado um ser livre e autónomo (Neto, et al, 2010), portanto o doente é que deve decidir se tal intervenção é ou não realizada através do seu consentimento informado, e que deverá ser livre e esclarecido. O consentimento informado tem as

seguintes condições: deve ser voluntário, livre de qualquer manipulação externa: deve ser baseado em informação correta e que o doente compreenda; deve ser o ato de uma pessoa competente para tomar decisões e com capacidade para comunicar o seu desejo (Nunes, et al. Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Outra situação que me marcou bastante foi o caso de um doente, ao qual lhe foi diagnosticado uma neoplasia no pâncreas com metastização hepática, e no dia em que a equipa planeou dar a notícia ao doente, a família pediu à médica que não o fizesse. Houve então, uma situação de conspiração de silêncio, é definido como um acordo implícito e explícito de alterar a informação ao doente, por parte dos familiares ou amigos, com o objetivo de ocultar o diagnóstico/prognóstico/gravidade da situação (*in* apontamentos das aulas do Mestrado em CP). Existem dois tipos de conspiração de silêncio, a adaptativa (o doente evita a informação ou nega-a) e a desadaptativa (o doente quer conhecer a informação mas a família não permite), neste caso verifica-se que foi uma conspiração de silêncio desadaptativa, visto que o doente questionou a equipa e a filha pediu à médica sem o doente escutar para não o fazer, alegando que o pai iria mais abaixo psicologicamente e que não iria “suportar a dor” (*sic*). Mas aqui surge uma questão ética, não é o doente portador do direito de acesso à informação? Segundo a Carta dos Direitos do Doente Internado, “o doente tem direito a ser informado sobre o seu diagnóstico, prognóstico e tratamentos a efetuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos” (Código Deontológico dos enfermeiros, 2005). Primeiro deve-se questionar o doente sobre o desejo de querer saber ou não, e deve-se dialogar com a família sobre os medos sentidos relativamente ao pai ter acesso à notícia, para que exprimissem sentimentos e preocupações e lhe fossem transmitidas as consequências em ocultar a informação ao familiar doente. Sem informação o doente não tem o poder de exercer o consentimento informado, de participar nas decisões terapêuticas, e pode muitas vezes a mentira e o engano causar isolamento e desconfiança do doente para com os profissionais de saúde. Por isso, a informação deve ser dada sempre que o doente demonstrar vontade de a receber, no entanto estas situações de conspiração do silêncio por parte dos familiares deixam sempre a equipa desconfortável, havendo necessidade de reunir com todos os elementos de modo a discutir a melhor forma de como lidar com os familiares e contornar a situação.

Também faz parte da ética aceitar crenças espirituais dos doentes, e, falando da minha prática clínica até à realização deste estágio, posso afirmar que não dei tanta importância às necessidades espirituais como aos restantes sintomas, mas através da

experiência que ganhei com doentes paliativos possui um olhar mais atento para o sofrimento/dor espiritual, que pode afetar ou desenvolver outro tipo de sintomas. A dor pode surgir não só de sintomas físicos e psicológicos mas também do sofrimento espiritual. O sofrimento espiritual reporta-se essencialmente à desarmonia consigo próprio e com os outros, a uma vida sem sentido, e com sentimento de não realização de algo e não confiança na transcendência. As principais preocupações existenciais podem-se reportar a vários eixos, perda de controlo/posse da vida, desejo de viver/inevitabilidade da morte, liberdade de escolha, necessidade de pertença/isolamento, sentido da vida (Neto, et al, 2010), ou seja este sofrimento espiritual pode conduzir a um desespero e à perda da dignidade do doente por sentir que lhe falta paz interior. Faz parte dos cuidados ter em atenção a este tipo de necessidades (espirituais), para que se possa promover o bem-estar do doente ajudando-o a pensar sobre os seus sentimentos e desejos, de modo a que ele possa identificar soluções para o seu conflito interior e encontrar a paz espiritual.

Segundo Léo Pessini (2006, p.15) “O ritmo dos avanços científicos e tecnológicos é muito mais rápido do que a reflexão ética, e isso faz crescer em nós a inquietude e angústia da busca por segurança de verdades vitais”, com esta citação pode-se verificar a importância da reflexão ética em cuidados paliativos, e com essa reflexão pretende-se definir condições para uma prática de cuidados numa abordagem respeitadora das pessoas em fim de vida. Posso afirmar que a ética é uma reflexão de várias questões que vão surgindo quando a uma situação de cuidados é problemática.

Ao longo do estágio consegui refletir sobre todas as questões éticas, prestando cuidados de enfermagem preservando os princípios da justiça, beneficência, não maleficência, autonomia, salvaguardando a privacidade do doente e aceitando os valores da pessoa, crenças espirituais e costumes.

Para o **Objetivo Geral: Desenvolver espírito crítico-reflexivo em relação aos cuidados prestados e ao meu desempenho** delineei dois objetivos específicos que passo a apresentar em seguida, bem como as atividades desenvolvidas e sua análise reflexiva.

Objetivo específico: Ser capaz de demonstrar uma atitude crítico-reflexiva em relação aos cuidados prestados ao doente, no sentido de proporcionar uma melhoria contínua dos mesmos

Atividades desenvolvidas:

- Observação dos cuidados prestados;
- Revisão bibliográfica sobre temas pertinentes que surgiram no decorrer do estágio;
- Análise de forma crítico-reflexiva de todos os procedimentos realizados.

Com o decorrer do estágio desenvolvi ma atitude crítica face a diferentes intervenções e tive oportunidade de observar e constatar os aspetos positivos e negativos relativamente aos cuidados prestados. Como já referi este aspeto anteriormente mas foi aquilo que senti mais dificuldades, no que diz respeito ao controlo da dor pude verificar que o ajuste da dose era efetuado consoante o estipulado para cada fármaco e para cada tipo de dor e, por vezes, pensava no porquê de não aumentar ou de não se utilizar um determinado tipo de fármaco mas ao discuti-lo com o enfermeiro tutor e ao refletir através de pesquisas ficava esclarecida. Outro aspeto que realço entre os muitos que me levaram a refletir foi sobre a manipulação de CVC com os quais nunca tinha trabalhado, e com a adjuvante dessa manipulação ter que ser realizada em ambiente domiciliário. Realizei pesquisas sobre o prazo que se deveria trocar a agulha, assim como sobre a sua manipulação no geral. Então, o que me levou a refletir foi se o manuseamento do cateter era realizado de forma asséptica, o processo de desinfeção e mesmo a utilização de um campo que era o invólucro das luvas esterilizadas. A avaliação da qualidade deste tipo de cuidados não pretende avaliar o desempenho dos profissionais mas sim verificar e refletir se as normas são ou não respeitadas e, quando não o são, o porquê disso acontecer de modo a desenvolver o espírito crítico- reflexivo. Nestes casos do domicílio a lavagem das mãos antes e após algum tratamento algumas vezes não era possível, devido as condições ambientais ou pelo fato do doente sentir que se estava a invadir demasiado o lar. No entanto era utilizada solução alcoólica antes e após, apesar desta não substituir a lavagem das mãos.

Em todo este percurso consegui realizar uma análise crítica e reflexiva sobre os cuidados no geral e não só nas técnicas, uma vez que, também foram surgindo bastantes problemas éticos, onde se tinha que refletir nas decisões a tomar, respeitando a dignidade do doente como um ser autónomo e por vezes optar pelo não internamento do doente, pois esta não era a vontade dele apesar da equipa saber que seria o melhor para o seu bem-estar físico poderia não ser o melhor na perspetiva do doente. A ética desenvolve o espírito reflexivo. Certos casos ajudaram-se a desenvolver este espírito de

refletir sobre as decisões e muitas vezes não compreendia porquê que certos doentes não aceitavam determinados tratamentos quando era o melhor para ele, porém aquilo que para mim era o melhor para o doente poderia não ser o melhor segundo os seus pontos de vista, segundo os seus desejos e vontades. E a equipa sempre respeitou a vontade do doente. Posso considerar que aprendi muito no que diz respeito a reflexões críticas, pois na fase final de vida surgem muitas questões sobre os cuidados ao doente/família e onde se dá muita importância aos valores das pessoas, sendo estes “elementos que indicam a forma como uma pessoa decidiu fazer uso da sua vida e que o ajudam a escolher livremente, após reflexão amadurecida. [...] A ética clínica pratica-se nas situações de incerteza, onde várias vozes se devem fazer ouvir antes da tomada de decisão” (Ahya, et al, 2000,p. 10). O processo de decisão envolve não só o doente, mas também, a família e a equipa e aqui surgem muitas questões que permitem realizar uma reflexão sobre a ética, sobre os seus princípios e sobre os deveres dos profissionais para que se possam prestar cuidados de excelência sem violar nenhum princípio, preservando sobretudo a dignidade do doente.

Objetivo específico: Refletir sobre o meu processo evolutivo e sobre a minha aprendizagem ao longo do estágio

Atividades desenvolvidas:

- Revisão bibliográfica sobre temas pertinentes que surgiram no decorrer do estágio;
- Diálogo com a enfermeira responsável;
- Produção de um desempenho como futura Mestre em Cuidados Paliativos.

Foram desenvolvidas novas competências, atitudes e saberes permitindo atingir os objetivos estabelecidos e ser ativa no meu processo de aprendizagem identificando aquilo que achava que num dia tinha sido menos bom para no dia seguinte poder melhorar. Consegui colocar em prática muitos conteúdos aprendidos na teoria com uma atitude crítico-reflexiva para problemas da prática profissional. Comuniquei várias vezes com a enfermeira responsável no sentido de identificar o que sentia que devia de evoluir mais e, todos os dias mentalmente, refletia sobre aquilo que fazia. Ver aquilo que está mal através do sentido crítico para poder evoluir e por em prática os conhecimentos. Houveram situações que ao longo do meu desempenho me

incomodavam, como ver doentes a desesperar de dor, que acontecia mais vezes naqueles que recorriam ao SU, e os doentes deprimidos com problemas familiares e existenciais. Vi que através do auxílio de toda a equipa foi possível ajudá-los em casos de sintomas físicos a controlá-los e a tratá-los, em casos de sintomas que não podem ser tratados com o uso de fármacos, como o caso da dor mental ou espiritual a equipa ajudava os doentes ou familiares a encontrarem alternativas para a resolução dos problemas. Houve um caso especial de uma doente em que entrou em negação da doença, não conseguia admitir que estava com um problema grave de saúde mas que no fundo sabia, tinha a esperança que ainda voltava ao seu emprego e não dialogava com os seus familiares acerca da sua situação. Na altura foi iniciada intervenção a psicologia para que trabalhasse com ela relativamente a este problema, a que mantivesse esperanças mas realistas e que conseguisse estar à vontade com a sua família sem segredos. A doente chegou a uma fase de lutar tanto contra a doença e querer à força voltar para casa e realizar as suas tarefas normais que os sintomas físicos estavam cada vez mais descontrolados de tanta ansiedade que tinha consigo. Esta senhora começou a mostrar algum incómodo por ter a presença do psicólogo, talvez por este a chamar a atenção de certos problemas realistas que tinha e por impedir em certos dias de receber as visitas por haver um desgaste de energia devido ao facto do quarto se encontrar sempre cheio. A verdade é que deveria ser respeitado o direito da senhora de receber as suas colegas de trabalho, talvez porque assim se sentia distraída e não pensava nos seus problemas. Alguns dias sem a intervenção do psicólogo a doente contactou o marido e a filha via telefónica e disse-lhes o quanto gostava deles. No dia seguinte a senhora faleceu, e isto fez-me refletir se a intervenção do psicólogo foi bem-sucedida, uma vez que entraram em conflito por ele sugerir a gestão das visitas à maneira dele, não respeitar a vontade da doente e promover o seu bem-estar que neste caso ela sentia-se bem com visitas. Talvez se esta relação tivesse sido bem construída desde o início a senhora teria desabafado com o profissional na finalidade o que a estava a inquietar, que era o facto de não conseguir dizer o que sentia à sua família. No dia em que o conseguiu fazer desfazer-se desse sofrimento existencial, sentiu-se aliviada, em paz consigo mesma.

Neste estágio consegui sempre refletir sobre a minha prática e sobre as minhas dificuldades para avaliar o meu processo evolutivo e conseguir atingir aquilo a que me propus inicialmente, assim como, sobre as situações que iam surgindo no dia-a-dia e que me faziam crescer enquanto pessoa e enquanto profissional.

1.3. ESTUDO DE CASO

➤ Introdução:

Este trabalho foi realizado no âmbito do segundo ano do Mestrado em Cuidados Paliativos e, foi vivenciado juntamente com a equipa de suporte em Cuidados Paliativos do Hospital Pedro Hispano em contexto domiciliário. A seleção deste caso específico surgiu pelo impacto que causou em mim, por ser uma senhora jovem, com muita força e vontade de viver, com objetivos de vida, pelas dúvidas que me foram surgindo relativamente a opções terapêuticas, pela complexidade dos cuidados prestados, por exigir bastante das capacidades dos profissionais de comunicarem eficazmente sobre certos assuntos mais sensíveis, e pela relação que fui estabelecendo com a doente. Foi um caso que me marcou, por encontrar uma pessoa com muitas qualidades na sua forma de ser e de pensar e, porque foi uma lição de vida para mim apesar de tudo o que aprendi a nível dos cuidados tornou-se num exemplo de pessoa.

➤ Objetivos:

- Consolidar conhecimentos sobre um doente paliativo;
- Analisar aprofundadamente um caso da prática clínica;
- Aprofundar conhecimentos sobre opções terapêuticas;
- Refletir de modo crítico-reflexivo sobre aspetos que me suscitaram dúvidas/medo/insegurança

➤ Colheita de dados:

Nome: A.P.M

Sexo: feminino

Idade: 47 anos

Raça: caucasiana

Estado civil: divorciada (com dois filhos, um com vinte e três anos e uma filha com 13 anos)

Alergias: desconhece

Audição/visão: sem alterações

Com quem vive: com os dois filhos

Residência: Matosinhos

Ocupação dos tempos livres: participação em terapias de grupos, Reiki, levar e buscar a filha à escola, trabalhos manuais

Diagnóstico Médico: Adenocarcinoma gástrico com células isoladas em anel de sinete.

Antecedentes: gastrectomia total a 29/07/2010; realizou radio e quimioterapia adjuvante.

Terapêutica: Leite de magnésio; Metoclopramida; Ondasetrom; Dexametasona; Haloperidol; Morfina; SF (as doses foram sendo alteradas ao longo do tratamento que inicialmente eram administrados via subcutânea e depois através do CVC).

História: A doente P. de 47 anos vivia com os dois filhos, estava desempregada. Em 2010 descobriu que estava doente e foi-lhe realizada uma gastrectomia total com realização de radio e quimioterapia adjuvante às quais a doente não reagiu muito bem a nível emocional. A P. acreditava que estava curada, no final desse ano divorciou-se e o pai faleceu. A partir daí começou a ficar mais depressiva e revoltada. No início de 2012 apresentava-se com perda de peso acentuada, sentia-se nauseada, com vômitos, falta de apetite, o abdómen apresentava-se distendido, teve presença de retorragias. Foi-lhe realizada uma paracentese e TAC onde se verificou um espessamento hipodenso das ansas do delgado e cólon. Era acompanhada em consultas externas, onde eu a conheci, numa consulta e, esta ia na companhia da filha. À sua chegada apercebi-me da sua ansiedade e preocupação sobre o seu estado de saúde. P. demonstrava sempre um orgulho enorme pela sua filha, que participava em competições nacionais de natação, às quais a P. ia sempre assistir e desabafou o desejo de a apoiar em Bragança (competição que se realizava dois meses após o dia da consulta). A doente questionou a médica sobre a sua situação “Doutora preciso de saber...o meu cancro voltou?”(sic), questão esta que a médica optou por não responder, escondendo a verdade, uma vez que, a filha fazia anos nessa semana e P. ia-lhe preparar uma festa em casa para os amigos. Num próximo contacto, este já no domicílio, P. já sabia que estava de novo doente mas mantinha a esperança de se curar como da primeira vez. Foi interessante ver a evolução deste caso, e trabalhar com a doente que tanta força de viver tinha, para que aceitasse que a doença não tinha cura, para que estabelecesse objetivos a curto prazo e para que ela conseguisse aproveitar o maior tempo com a sua filha e para resolver assuntos pendentes.

Com as várias visitas que P. tinha cada vez mais os sintomas descontrolados, não se alimentava, vomitava tudo o que ingeria, queixava-se de náuseas constantes, e o intestino não funcionava. Foi-lhe colocado então um CVC, uma vez que por via oral

não tolerava e a colocação de um cateter subcutâneo ia ser desconfortável pela magreza que apresentava. A doente foi aceitando o seu estado de saúde, isto também muito devido ao facto de participar em terapias de grupo onde haviam trocas de experiências e que a P. me contava que nalguns casos se via a ela naquelas pessoas como se fosse num espelho e agarrava-se muito na força que demonstravam porque sofriam muito como ela sofria mas seguiam com a vida para a frente com esperanças realistas. Também exercia Reiki e fazia alguns trabalhos manuais numa associação o que a fazia sentir útil. Uma vez que P. não se alimentava nem se hidratava foi-lhe colocado soro em perfusão, mas que era colocado apenas de manhã para que a doente conseguisse descansar e, após ter ido levar a filha à escola, rotina que P. não dispensava de modo algum mesmo tendo pessoas a oferecerem-se para ir levar e buscar a filha. Estas rotinas eram articuladas com a equipa de ECCI.

Certa altura P. teve um conflito com a mãe que gerou uma discussão, porque a doente tentou contar à mãe que estava a morrer e com uma doença grave e a mãe negava e dizia que a filha se encontrava “com muito bom aspeto”, mesmo presenciando os vómitos que a doente tinha e observando o estado de magreza em que se encontrava. A doente desabafou que a mãe teve toda a tarde a queixar-se de coisas que nem se aproximam com o sofrimento de P., esta escutou até a um limite e acabaram por discutir porque a doente estava mal e a mãe não se mostrava preocupada com isso nem lhe transmitia palavras de conforto. P. não gostava, nem se sentia bem em ir ao cemitério ver o pai, alegando que não precisava de ir a uma campa para se sentir perto dele, pois todos os dias se lembrava dele e acreditava que ele “olhava por ela”, e a mãe chegava a condená-la por esta não ir ao cemitério por uma flor e a culpava-a. Nesse dia P. desabafou muito comigo e com a equipa, partilhou-nos aquilo que sentia e sobre o que andava a planear de modo a que os filhos na sua ausência ficassem com a vida organizada. Mas mostrava-se muito cansada fisicamente, desabafou que está cansada de viver mas que ao mesmo tempo sente que ainda havia tanto para fazer que se pergunta a ela mesmo “porquê eu?”. P. era uma mulher com muita força, contava apenas com o amor da filha, o filho resguardava-se no quarto, não ajudava a mãe nas tarefas de casa e não conversavam sobre a doença. Foi estabelecendo objetivos a curto prazo, dialogou com o ex-marido sobre a transferência da filha para uma escola perto de casa, e que um dia quando falecesse ela ia morar com o pai.

Entretanto P. teve que ir novamente realizar uma paracentese, na qual lhe foram retirados oitocentos centímetros cúbicos de líquido. Foi-lhe proposto o internamento

para se alimentar via parentérica mas a doente recusou, pela filha, pelas tarefas e responsabilidades que tinha em casa e por não se sentir bem em ambiente hospitalar. P. sentia-se calma, em paz consigo mesma, já nada a preocupava nem a incomodava, apenas os sintomas físicos. E a doente questionou muitas vezes se poderia recorrer a Medicinas Alternativas para ficar mais aliviada, foi-lhe dito que não havia nada contra este tipo de tratamento mas que deveria ser feito com moderação e sem intervir no tratamento medicamentoso nem causar efeitos menos desejáveis. P. mostrava vontade de recorrer às Medicinas Alternativas por colegas das terapias de grupo também o fazerem, mas tinha receio de gastar dinheiro com as poucas possibilidades que tinha e não resultarem.

➤ Plano de Cuidados

A elaboração do plano de cuidados foi baseada na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0), onde utilizei linguagem adequada com esta classificação para o levantamento de diagnósticos e suas intervenções, e também recorri ao Catálogo da CIPE- Cuidados Paliativos para uma morte digna. Optei por não referenciar datas, uma vez que, não considerei um aspeto importante para a análise deste caso e apenas coloquei intervenções e diagnósticos que identifiquei durante o meu período de estágio, e esta doente já estava inserida na equipa de Cuidados Paliativos há algum tempo daí não achar relevante colocar datas de início nem de fim de diagnósticos/intervenções.

• Foco: Conhecimento

Dados Relevantes para o diagnóstico: Doente não apresenta conhecimentos sobre a doença

Diagnóstico: Conhecimento sobre doença diminuído

Resultados esperados: Conhecimento sobre doença aumentado

Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Explicar à doente sobre a sua doença;
- ✓ Instruir a doente sobre sintomas;
- ✓ Informar a doente sobre as opções terapêuticas;
- ✓ Discutir com a doente sobre as opções a tomar
- ✓ Validar conhecimentos.

Resultados obtidos: A doente demonstra conhecimentos sobre a sua doença

- Foco: Conhecimento

Dados Relevantes para o diagnóstico: Doente não apresenta conhecimentos sobre o tratamento

Diagnóstico: Conhecimento sobre regime terapêutico diminuído

Resultados esperados: Conhecimento sobre regime terapêutico aumentado

Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Instruir sobre medicação (sua ação e efeitos secundários possíveis);
- ✓ Clarificar a doente sobre a diferença entre o tratamento curativo e o tratamento paliativo (quimio e radioterapia);
- ✓ Informar a doente sobre as opções terapêuticas;
- ✓ Discutir com a doente sobre as opções a tomar
- ✓ Validar conhecimentos.

Resultados obtidos: A doente demonstra conhecimentos sobre o regime medicamentoso

- Foco: Conhecimento

Dados Relevantes para o diagnóstico: doente apresenta défice de conhecimentos sobre a forma de prevenir o vómito

Diagnóstico: Conhecimento sobre vómito diminuído

Resultados esperados: Conhecimento sobre vómito aumentado

Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Informar a doente sobre a causa dos vômitos;
- ✓ Avaliar os conhecimentos da doente sobre estratégias de prevenção vômitos;
- ✓ Incentivar a doente a evitar alimentos gordos, condimentados ou muito doces;
- ✓ Informar a doente para evitar a preparação de alimentos;
- ✓ Explicar à doente que deve comer devagar, descansar após as refeições;
- ✓ Incentivar a ingestão de pequenas quantidades de líquidos;

- ✓ Proporcionar privacidade à doente durante o episódio de vômito;
- ✓ Encorajar repouso;
- ✓ Administrar terapêutica para alívio dos vômitos.

Resultados obtidos: A doente apresenta conhecimentos sobre a prevenção dos episódios de vômito

- Foco: Negação

Dados Relevantes para o diagnóstico: a doente apresenta comportamentos de recusa do seu estado de saúde, acreditando haver cura para a sua situação

Diagnóstico: Negação presente (atual)

Resultados esperados: Negação ausente (nenhuma)

Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Oferecer apoio emocional;
- ✓ Manter presença;
- ✓ Incentivar a expressão de sentimentos e emoções;
- ✓ Explicar à doente a diferença entre tratamento curativo e tratamento paliativo;
- ✓ Escutar a doente;
- ✓ Promover a aceitação do estado de saúde;
- ✓ Promover a comunicação;
- ✓ Avaliar a aceitação;
- ✓ Incentivar na participação em terapias de grupo;
- ✓ Incentivar a comunicar com pessoas com o mesmo tipo de problema.

Resultados obtidos: Negação ausente (nenhuma)

- Foco: Vômito

Dados Relevantes para o diagnóstico: a doente apresenta vários episódios de vômito por dia, apresenta dores abdominais, mal-estar, fraqueza, déficit nutricional

Diagnóstico: Vômito presente (atual)

Resultados esperados: Vômito ausente (nenhum)

Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Proporcionar privacidade à doente durante o episódio de vômito;
- ✓ Oferecer presença;
- ✓ Encorajar repouso;
- ✓ Administrar terapêutica para alívio dos vômitos.

Resultados obtidos: Vômito presente (atual)

• Foco: Obstipação

Dados Relevantes para o diagnóstico: doente não elimina durante alguns dias, sentia-se “presa”

Diagnóstico: Obstipação presente (atual)

Resultados esperados: Obstipação ausente (nenhuma)

Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Fornecer medicação para obstipação;
- ✓ Incentivar na ingestão hídrica em pequenas quantidades;
- ✓ Desaconselhar a ingestão de fibras.

Resultados obtidos: Obstipação presente (atual)

• Foco: Risco de Infecção

Dados Relevantes para o diagnóstico: doente possuía um CVC para administração de terapêutica de controlo de sintomas

Diagnóstico: Risco de Infecção pelo CVC presente (atual)

Resultados esperados: Infecção ausente (nenhuma)

Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Manter técnica asséptica durante a administração de terapêutica e durante a troca da agulha;
- ✓ Otimizar CVC;
- ✓ Heparinizar CVC;
- ✓ Vigiar pele para despiste de sinais de infecção local ou sistémica;
- ✓ Informar a doente sobre a necessidade de manter o penso do CVC limpo e seco;

- ✓ Informar a doente sobre a importância de evitar movimentos e manipulações bruscas no local.

- Foco: Autoimagem

Dados Relevantes para o diagnóstico: doente sente que está magra demais, que as pessoas na rua ficam a olhar para ela.

Diagnóstico: Autoimagem comprometida

Resultados esperados: Autoimagem melhorada

Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Manter presença;
- ✓ Encorajar a doente a exprimir os seus sentimentos e emoções;
- ✓ Tocar na doente, quando adequado;
- ✓ Incentivar a doente no contacto com pessoas que têm alterações da imagem corporal idênticas à sua;
- ✓ Ajudar a doente a identificar meios para reduzir o impacto da sua imagem corporal nas pessoas, como a utilização de roupa mais grossa ou de mais que uma peça de roupa;
- ✓ Avaliar as declarações da doente relativamente à sua autoestima;
- ✓ Encorajar a doente a identificar pontos positivos na sua vida e em relação às suas capacidades e valores;
- ✓ Reforçar os pontos positivos;
- ✓ Transmitir confiança à doente relativamente à sua capacidade para lidar com as situações.

Resultados obtidos: Autoimagem comprometida

- Foco: Dor

Dados Relevantes para o diagnóstico: doente refere dor abdominal, agravando-se com as cólicas abdominais. Mostra sinais externos de dor

Diagnóstico: Dor presente (atual)

Resultados esperados: Dor ausente (nenhuma)

Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Assegurar à doente analgesia prescrita;
- ✓ Observar indicadores não-verbais de dor;
- ✓ Incentivar ao repouso/sono adequado para alívio da dor;

- ✓ Avaliar resposta à medicação.

Resultados obtidos: Dor presente (atual)

- Foco: Medo

Dados Relevantes para o diagnóstico: doente apresenta sentimentos de medo relativamente à morte e preocupação de como irá ficar a sua filha sem ela

Diagnóstico: Medo presente (atual)

Resultados esperados: Medo ausente (nenhuma)

Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Incentivar a doente a expressar os seus sentimentos;
- ✓ Manter presença;
- ✓ Manter silêncio (quando adequado);
- ✓ Tocar na doente (quando adequado);
- ✓ Encorajara doente a planear estratégias o objetivos a curto prazo;
- ✓ Incentivar a doente a refletir sobre momentos que marcaram a sua vida

Resultados obtidos: Medo melhorado

- Foco: Angústia Espiritual

Dados Relevantes para o diagnóstico: A doente verbaliza muito o que está a sentir, por vezes sentimentos negativos sobre a finitude da vida, sobre o que ainda tinha que realizar, procura uma questão/justificação para o que lhe está a acontecer.

Diagnóstico: Angústia Espiritual presente (atual)

Resultados esperados: Angústia Espiritual melhorada

Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Incentivar a doente à expressão de sentimentos e emoções;
- ✓ Escutar a doente;
- ✓ Identificar desejos de cumprir uma prática religiosa;
- ✓ Manter presença;
- ✓ Estimular a pessoa a expressar-se sobre os seus medos, sobre o momento da morte, e sobre aquilo que ficou inacabado;
- ✓ Explorar sentimentos de culpa, arrependimento;
- ✓ Auxiliar a doente a verbalizar momentos positivos da sua vida;

- ✓ Incentivar a doente a identificar o que significa esta etapa na sua vida;
- ✓ Explorar com a doente a repercussão que o seu sofrimento tem nos membros da família;
- ✓ Promover as relações pessoais;
- ✓ Manter a esperança;
- ✓ Incentivar a doente a realizar atividades que a façam sentir bem consigo mesma (ler livros, participar nas terapias de grupo, ver filmes que deem inspiração no seu dia-a-dia);
- ✓ Auxiliar a doente na resolução de assuntos pendentes/conflitos.

Resultados obtidos: Angústia espiritual melhorada

➤ Análise/Reflexão:

Neste caso surgiram várias dúvidas no que diz respeito à tomada de decisão, do dever dar informação preservando sempre os princípios da autonomia da doente, respeitando a dignidade da mesma para que se prestassem cuidados sem se levantarem questões éticas. Mas em cuidados paliativos as questões éticas são inevitáveis, surgem sempre dúvidas perante os momentos de serem tomadas decisões, de modo a “fazer bem” e a “bem fazer”. Esta doente manteve sempre uma postura perante a doença muito resistente, após uma fase inicial de negação a doente encarou a doença, todos os tratamentos e os sintomas que dela advinham com força e vontade de se sentir cada vez melhor e de viver com melhor qualidade de vida. No entanto, houve algumas situações de tomada de decisão da equipa que me suscitaram dúvidas e que me inquietaram, daí a necessidade e o interesse em discutir/analisar este caso. A tomada de decisão por parte da equipa nem sempre é fácil, pois para decidir é necessário analisar e valorar, onde estão incluídos vários critérios, razões e dimensões das pessoas que têm que ser respeitados. As coisas têm sentido por serem humanas, e só os seres humanos atribuem sentido aos aspetos da sua vida. Esse sentido expressa-se por “valor”, pois só é possível darmos valores às coisas se as apreciarmos e valorizarmos. Por isso, para tomar uma decisão é necessário ponderar um conjunto de aspetos, verificar aquilo que será melhor para a pessoa respeitando os princípios da bioética.

Uma das situações foi no momento em que a doente questionou a equipa para saber sobre o seu estado de saúde, e se a doença tinha voltado. A equipa decidiu que como a filha fazia anos no dia a seguir e a P. estava tão entusiasmada com a festa que ia fazer em casa, não contar à doente o seu diagnóstico/prognóstico. Ou seja, adiar a informação. Mas não terá a doente direito à verdade? Não se violou o princípio da autonomia, uma vez que a doente queria saber? Mas ao mesmo tempo preservou-se o princípio da beneficência, pois ao comunicar-lhe naquele momento iria deixá-la deprimida, não iria estar serena no dia de aniversário da filha. Ela mostrava-se bastante ansiosa para saber do seu problema, mas a equipa tinha a noção que se lhe transmitisse a má notícia naquele dia que iria ser mais prejudicial do que mantê-la com a ansiedade por mais dois dias. É chamado o princípio do duplo-efeito. Este resolve casos em que apenas uma determinada ação provoque duas consequências ou efeitos contrários, que neste caso seria a doente permanecer sem a notícia e ansiosa por saber algum resultado, mas por outro lado passar o dia de anos com a filha, aproveitar ao máximo o tempo juntas e não provocar a depressão e a angústia se soubesse da sua doença. Este princípio responde a uma pergunta “é ilícito realizar certas ações embora que com elas surja um efeito mau?”, sim é ilícito se cumprirem as condições: que a ação moral seja boa ou indiferente; que o fim seja honesto; independentemente do efeito bom tem que se respeitar o mau e que nenhum mal é proporcionalmente menor do que o bom (Bermejo, 2009). A doente tinha o direito de saber a verdade, mas a equipa sabia que se revelasse a notícia que iria provocar um sofrimento maior à doente do que estava a sentir naquele momento. “Atualmente tende-se, de uma forma geral, para encontrar um ponto de equilíbrio entre o dever de dizer sempre a verdade e a necessidade de não provocar qualquer mal ao doente [...] por vezes, os doentes saberem a verdade poderá prejudicá-los mais do que beneficiar, o conhecimento da verdade poderá conduzir a um maior sofrimento, provocar depressões, tornando mais difíceis os últimos dias de vida, quer para o doente, quer para todos os que lhes estão mais próximos” (Pacheco, 2004, p. 93-95). E isto aplica-se para a doente, é importante saber se a doente quer saber, e queria, mas também tem que se avaliar quais as consequências que isso iria trazer, e uma vez que, a doente podia passar o último aniversário da sua filha tranquila, a decisão foi adiar a transmissão da má notícia por dois dias. Posso considerar a decisão da equipa foi positiva, pois a doente expressou que se sentiu muito bem no dia de aniversário com a filha, que foi um dia muito feliz. Foi uma decisão tomada deixando permanecer um “mal menor” que era a ansiedade que P. sentia para saber o resultado

dos exames *versus* um “mal maior” que era o de ficar deprimida e angustiada com a notícia e não ter um dia agradável com a sua filha.

Após a comunicação do diagnóstico a doente passou por uma fase de negação, com muitas questões sobre a possibilidade de cura, inclusive a possibilidade de recorrer a medicinas alternativas, insistindo com a equipa para possíveis tratamentos que pudesse realizar para se curar. Kübler-Ross (2005) caracteriza a fase de negação, como aquela em que a pessoa apresenta uma atitude de negação da realidade do seu estado, por este lhe ser particularmente difícil de suportar e encarar. A pessoa utiliza este recurso como um amortecedor perante a terrível notícia que recebe. Respeitando o princípio da autonomia da doente, foi respeitada a negação da doente, a equipa deu-lhe espaço e liberdade para gerir o seu sofrimento e através de várias visitas domiciliárias conseguiu-se trabalhar e alertar a doente para a realidade.

A doente foi demonstrando ao longo do tempo um angústia espiritual, com conflitos existenciais, sentia que a hora da morte se estava a aproximar e que ainda tinha tanto por fazer e questionava-se muitas vezes o porquê de lhe acontecer isto a ela. A morte é um acontecimento impossível de se evitar, é o terminar do ciclo vital. A dimensão espiritual é uma das dimensões humanas que, para mim, foi a mais difícil de abordar ao longo de todo o estágio e que com este caso pude aperfeiçoar certas capacidades de comunicar com doentes sobre as suas questões espirituais e aquilo que as deixavam em sofrimento espiritual. Esta doente manifestava diversas vezes um sofrimento que trazia consigo, questionando “porquê a mim?”, expressando “ainda tinha tanto por fazer” o que me levou a identificar que esta senhora estava em sofrimento espiritual, com crises existenciais que não conseguia lidar sozinha. No entanto, com as terapias de grupo que participava e com a terapia de Reiki melhorava algumas questões espirituais, e também com o apoio da equipa (durante as visitas domiciliárias) de modo a auxiliar a doente a encontrar sentido/propósito para viver perante a constatação da proximidade da sua morte. Para agir sobre as necessidades dos doentes é essencial criar condições de presença/”estar com” que permitam uma relação de proximidade, confiança, em que possam escutar sensivelmente os conteúdos, estar atento às palavras, às pausas, à linguagem não-verbal e refletir sobre todos esses aspetos para seguidamente se tomar uma decisão e ajudar o doente. O profissional de saúde deve tentar satisfazer as necessidades fundamentais fisiológicas do doente, mas sobretudo as de segurança, pertença e consideração e, ajuda no desenvolvimento de estratégias para superar a sua dificuldade psicológica, mostrando respeito, capacidade de escuta e aceitação. A

natureza relacional da espiritualidade implica que “acompanhar” a espiritualidade só poderá ser feito no âmbito de uma relação profissional de saúde-doente íntima e transformacional.

A doente tinha medo de deixar a filha de apenas treze anos sozinha, sentia que ainda tinha muito para realizar, ao mesmo tempo identificava um fracasso por ainda não ter realizado aquilo que tinha planeado para a sua vida. Tal como refere Lourenço (2004, p.1) “é nas situações de crise que a pessoa mais reflete e se questiona sobre o significado da vida, que sente mais necessidade de compreender e de ser compreendida, de ter esperança. É necessário considerar o homem como ser holístico para se entender a espiritualidade como um aspeto importante no processo terapêutico e fundamental para o bem-estar. O profissional de saúde pode ajudar o doente, ouvindo, estando atento às suas emoções e aos seus sentimentos. Para atender as necessidades espirituais do doente não há uma regra nem uma forma única”. E por isso, foi importante para a equipa trabalhar com a doente sobre estes conflitos existenciais, dialogar sobre a morte e escutar os medos da doente relativamente à finitude da vida. Os pressupostos fundamentais que um profissional de saúde deverá possuir para avaliar o sofrimento espiritual de um doente são, comunicar eficazmente sobre esta dimensão da vida humana, pois uma escuta ativa é essencial para esse propósito, bem como uma capacidade de focagem no doente e na relação; disponibilizar uma presença compassiva com abertura e mutualidade assumindo uma postura humilde e de desejo de aprender; providenciar encorajamento pertinente e gradual para uma esperança realista, lembrando-se de que as pessoas têm necessidades espirituais mesmo que o seu estado de saúde esteja a declinar física e mentalmente, entre outros. (Neto, et al.2010). Este sofrimento espiritual da doente gerava ansiedade, medo, alteração do sono, sentimentos de frustração, uma procura permanente de um sentido para a sua vida e a vontade de realizar assuntos pendentes. As necessidades espirituais comuns a todos os seres humanos são: necessidade de ser reconhecido como pessoa; necessidade de reler a sua vida e de ligar acontecimentos entre si; necessidade de busca de sentido; necessidade de se desculpar, de se reconciliar, de se perdoar a si próprio e a necessidade de crer na continuidade do Homem (Kohler, 1997), e a pessoa doente vive estas necessidades de forma mais intensa durante a fase de doença, por estar mais frágil, mais sensível e por ter uma perspectiva de morrer quase imposta. Com este caso pude vivenciar vários tipos de sentimentos, aprender mais sobre a espiritualidade e ver que esta não é só baseada em crenças e práticas religiosas mas também numa procura de respostas a questões existenciais ligadas à vida e à morte. Para o doente ter a

consciência de finitude quanto mais cedo adquirida pode ajudar na compreensão da existência humana, percebendo-a como existência de possibilidade e importância de fazer escolhas para uma vida mais realizada (Pessini,2008). Estas questões espirituais foram trabalhadas com a doente, que conseguiu estabelecer objetivos a curto prazo, mudando a filha para uma escola mais perto de casa para quando tiver que voltar sozinha para casa, não tendo a mãe para a ir buscar, o fazer de forma mais segura, conseguiu dialogar com o ex-marido que já não o fazia há algum tempo, discutindo sobre hipótese da filha ir viver com ele quando ela falecesse e dialogou com a mãe com quem tinha conflitos de personalidades.

Outro aspeto que me suscitou alguma dúvida e também alguma frustração, foi o facto de a doente recusar o internamento. A doente não tinha os sintomas controlados, não aguentava alimentos sólidos nem líquidos no estômago, rejeitava tudo o que ingeria, apresentava-se constantemente nauseada e com alguma dor foi sugerido o internamento, ao qual esta rejeitou devido ao facto de ter que cuidar da filha, queria ser ela a ir levá-la e buscá-la à escola. O princípio da beneficência terá sido desvalorizado? Não, pois o bem da doente era aquilo que a fazia sentir bem e isso foi preservado. Ela sentia-se bem em estar em casa junto da filha, em realizar o seu papel de mãe e isso foi-lhe respeitado, sem violar o princípio da autonomia. Foi livre de decidir aquilo que queria para ela, tendo conhecimento das consequências que daí podiam surgir. O princípio da autonomia obriga a um respeito pela liberdade do doente decidir sobre si próprio, todo o ser humano possui a completa liberdade de decidir sobre os seus atos, e para dispor das suas propriedade e da sua pessoa como melhor lhe pareça, dentro dos limites da lei natural (Bermejo, 2009). A pessoa para ser autónoma deverá estar informada e para isso existe o consentimento informado, uma maior informação dará uma maior capacidade de deliberação, e a doente foi informada sobre as consequências de não querer ser internada para assim tomar a decisão com a noção daquilo que estava a fazer. Segundo o artigo 84º- do Dever de Informação- do Código Deontológico, o Enfermeiro assume o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, a pessoa deve ser informada e compreender a informação para poder fazer a sua escolha. A doente tinha uma forte relação com a filha e a decisão dela em não querer ser internada foi respeitada, o sentimento de querer permanecer junto da filha superou a necessidade de a ajudarem a controlar os sintomas da doença que tanto a incomodavam, mas a doente agiu deliberadamente e foi respeitada a dignidade como pessoa para o fazer.

➤ Nota Final:

Por fim, posso afirmar que P. sempre colaborou com a equipa nos cuidados, foi estabelecida uma boa relação com a equipa, onde muitas vezes as visitas domiciliárias foram para conversarmos, para que sentisse o nosso apoio e cresci muito como pessoa por vivenciar a experiência de vida desta doente e por tudo o que estava a passar a força e a postura que mantinha era notável e sinto-me com orgulho de ter conhecido esta pessoa.

Este caso contribuiu não só para o meu crescimento pessoal, mas como é óbvio aprendi bastante no que diz respeito aos conhecimentos teóricos, e também nos práticos, a comunicar sobre assuntos muito frágeis, a lidar com situações de carga emocional muito elevada, a nível do sofrimento espiritual com o qual nunca tinha lidado, a identificar as melhores estratégias para ajudar a doente a ultrapassar os seus problemas.

2. ESTÁGIO NO CENTRO DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE DE SAN CAMILO

De seguida irá ser apresentada a caracterização do local de estágio, assim como, os objetivos que foram delineados para atingir nesse local, as atividades realizadas e a reflexão da concretização desses mesmos objetivos, assim como as dificuldades que surgiram.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Centro Assistencial de San Camilo é constituído pelas seguintes valências: Residência Assistencial, Centro de Dia, Unidade de Cuidados Paliativos e Apoio Domiciliário.

A primeira valência a ser criada foi em 1983 e foi a Residência Assistencial, este serviço acolhe cento e trinta e oito doentes dependentes, que necessitam de assistência contínua.

O Centro de Dia conta com vinte e seis idosos que podem beneficiar de serviços tais como, transporte, reabilitação, refeitório, cabeleireiro, podologia, terapia ocupacional, psicólogo e animação sociocultural.

A Unidade de Cuidados Paliativos é constituída por trinta e duas camas em quartos individuais ou duplos, sendo que são assistidos trezentos e cinquenta doentes por ano. Os quartos todos têm wc sem barreiras e adaptados às necessidades específicas de cada doente. Dispõem ainda de espaços comuns com refeitório, sala de estar, terraço, jardins, biblioteca e três salas para os familiares usufruírem (duas com decoração agradável com vários utensílios de cozinha e uma terceira para momentos de maior privacidade como por exemplo, reuniões com a equipa, transmissão más notícias). Esta unidade tem como princípios promover a dignidade e a autonomia do doente, respeitando os seus próprios desejos e considerando a pessoa na sua globalidade; controlar os sintomas específicos de cada doente; prestar acompanhamento psicológico ao doente/família; apoio social ao doente; acompanhar e apoiar no processo de luto; visitas regulares para apoio e acompanhamento espiritual do doente/família.

A valência de apoio domiciliário integra seis profissionais especializados que desenvolvem o seu trabalho junto de doentes que solicitam a sua colaboração. Neste centro os doentes podem ter acesso a várias especialidades tais como, Medicina (com

apoio 24 horas por dia, especial atenção às áreas de Cuidados Paliativos, Oncologia e Geriatria); Enfermagem e auxiliares (com apoio de 24 horas por dia estando divididos por três turnos); reabilitação (engloba fisioterapia e terapia ocupacional e têm como objetivos a prevenção e manutenção da situação funcional – físico e cognitivo – dos residentes e doentes); Psicologia (especialidade articulada com a Unidade de Cuidados Paliativos e com o centro de escuta, que desenvolve intervenções individuais e em grupo as quais facilitam o processo de adaptação do doente ao centro e treina as capacidades cognitivas); serviço social (com objetivo de facilitar a relação entre a pessoa, a família e o centro); apoio espiritual (auxilia os doentes a se integrarem em paz e serenidade); animação sociocultural (promotora das relações sociais e da ocupação dos tempos livres de forma criativa através de exercícios de estimulação, de integração e participação); e o voluntariado (elementos com formação que apoiam nos diversos serviços).

O Centro de Humanização de la Salud disponibiliza de um serviço de Formação Contínua, com vertentes presencial ou a distância contando com doze mil alunos por ano. Dispõem ainda de formação pós graduada; formação de inserção profissional e organização de várias jornadas por ano locais e nacionais, conta também com algumas publicações através de revistas e da página na internet www.humanizar.es. O Centro de Escuta é um serviço gratuito e especializado para familiares de doentes em fim de vida ou com doenças crónicas, tendo como objetivo prestar ajuda a pessoas que estão a passar por situações de sofrimento.

2.2. OBJECTIVOS DELINEADOS PARA O ESTÁGIO E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Este relatório permitiu-me dar a conhecer os objetivos que delinee para cada local de estágio, assim como, as atividades/estratégias que considere importantes para o desenvolvimento progressivo das componentes técnico-científicas e das habilidades/aptidões, enquanto profissional de Saúde, para uma melhor prestação de cuidados de Enfermagem na área dos Cuidados Paliativos. Por isso, passo a descrever de seguida os objetivos gerais e específicos.

Objetivo Geral: Conhecer o Centro de Humanización de la Salud de San Camilo delineei três objetivos específicos e as atividades desenvolvidas para os atingir, assim como a sua análise.

Objetivo específico: Conhecer o espaço físico do Centro de Humanización de la Salud

Atividades desenvolvidas:

- Visita às instalações físicas;
- Observar os espaços do centro.

Para atingir este objetivo realizei uma visita às instalações físicas do Centro que foi orientada por um guia que nos mostrou todas as valências, incluindo os serviços, quartos, refeitórios, espaços externos, salas de tratamento, explicando vagamente as rotinas e os aspetos cruciais de cada serviço. O serviço que mais me chamou a atenção foi e o qual ia mais expectante foi a Unidade de Cuidados Paliativos, onde pude verificar que dão muita importância ao conforto do doente e da família, visto que, todos os espaços físicos tentam proporcionar momentos de privacidade oferecem o maior conforto possível. Cada quarto está personalizado para cada doente e com condições adaptadas às necessidades de cada um, também possibilitam aos familiares dormirem com os doentes favorecendo bem-estar.

Objetivo específico: Assistir às formações realizadas por profissionais do Centro de Humanización de la Salud

Atividades desenvolvidas:

- Participação em formações.

Foi-me dada a oportunidade de assistir a formações realizadas por vários profissionais do centro (médicos, enfermeiros, psicólogos), sendo que o plano de formações estava previamente realizado pelo centro (ver anexo II). Estas pequenas formações permitiram-me adquirir conhecimentos sobre a humanização da saúde, sobre Cuidados Paliativos, entre outros temas que foram discutidos e que deu para compreender o ponto de vista de cada um. Porém, algumas sessões foram um pouco repetitivas, uma vez que, cada profissional inicialmente ao apresentar-se realizava também uma apresentação do centro, assim como, a finalidades de cada serviço e de

cada espaço. E, este tema, já tinha sido aprofundado numa formação completa logo à minha chegada ao centro. Penso que poderia ter sido feita uma melhor rentabilização do tempo, pois acabava por se perder ao falarem dos objetivos do centro em vez de se aproveitarem para mostrar assuntos novos.

Duas das formações que mais me suscitaram interesse foram a lecionada pelo Professor José Carlos Bermejo sobre “Humanização e Enfermagem” e a lecionada pela Professora Eva García sobre “A competência relacional em Enfermagem: modelo de intervenção de Counselling”.

Falou-se sobre causas da desumanização em saúde, o porquê de haver tanta desumanização. Houve interação com os formandos e o formador, sendo os formandos a mencionarem causas possíveis da desumanização. Em que se pôde verificar despersonalização/burocratização; dificuldade em aceitar a inevitabilidade da morte; hipervalorização da parte técnica; complexidade do mundo socio-sanitário; dimensão economicista dos serviços (a saúde a converter-se num mercado); limitação/escassez dos recursos; falta de formação dos profissionais (escassez de formações sobre aspetos humanistas); desgaste profissional; o exercício do poder sem coração; e, por fim, a intervenção parcial, hiperespecializada e fragmentada. Não é por acaso que o lema do Centro de Humanización de la Salud é “Más corazón en esas manos” frase citada por San Camilo. Este tema fez-me pensar que os profissionais por vezes, preocupam-se mais com a cura do que propriamente com as pessoas e, é essencial valorizar a dignidade da pessoa mais do que a própria técnica em si.

Segundo Javier Gafó citado por J.Carlos Bermejo “desumanização relaciona-se com despersonalização, com a perda dos atributos humanos, com a perda da dignidade, com a frieza na interação humana. O significado de desumanização vem dos seguintes aspetos: conversão do doente num objeto, perda das suas características pessoais, falta de cuidado para com a dimensão emotiva e dos valores, ausência de calor humano na relação profissional...”. Através desta citação torna-se mais claro o conceito de desumanização, chama-me à atenção o quanto se deve estar atento a certos aspetos que, por vezes, passam despercebidos durante a prestação de cuidados e, leva-me a refletir sobre a importância de tratar cada doente como um ser único, personalizando os cuidados, preservando a dignidade da pessoa e dando igual atenção quer às necessidades intrínsecas como às extrínsecas.

Durante e após a formação pude refletir bastante sobre este tema e tenho uma visão minha sobre o significado de humanizar. Qual o significado de Humanizar?

Humanizar vem da palavra latim *humanar* e que se refere tanto ao Verbo Divino (Deus feito homem), como a uma maior proximidade e ternura com os seres humanos. *Ser humano* é diferente de *viver humanamente*, por exemplo, se alguém matar não vai deixar de ser um *ser humano*, mas deixa de viver humanamente. Humanizar é pensar nas coisas como são e como eu gostaria fossem ou como acho que deveriam ser. Não deixa de ser uma questão ética, tem a ver com os valores, com a busca do bem da pessoa que se encontra, consiste em utilizar a técnica para lutar contra as adversidades da vida, envolvendo-a com valores e atitudes genuinamente humanos e reconhecendo a dignidade humana. Esta “aula” foi muito interativa, conseguiu-se estabelecer diálogo entre todos os membros da sala, e pude adquirir conhecimentos e refletir sobre situações e aspetos que são bastante importantes para uma prática clínica “com coração”.

Outro tema que me chamou mais atenção foi sobre o Counselling. Achei bastante interessante e pouco tempo para ser discutido e por isso senti a necessidade de rever bibliografia sobre este assunto. Foi uma formação também muito interativa, com vídeos para se interpretar melhor as várias técnicas de Counselling. Aprendi que Counselling pode ser uma competência relacional em Enfermagem, e esta competência é importante para: escutar e compreender; diagnosticar; estimular a mudanças saudáveis; conseguir a adesão às indicações terapêuticas; persuadir sem manipular; enfrentar os conflitos que surgem e acompanhar. Mas para adquirir a competência relacional são necessários três elementos como SABER (conhecimentos teóricos); SABER FAZER (levar os conhecimentos teóricos para tratamento ao outro) e SABER SER (interiorizar e humanizar a minha intervenção), ou seja, esta competência é constituída por teoria, ação e atitude. O Counselling destina-se a todo o tipo de pessoas que têm um problema e significa aconselhar. É escutar adequadamente o que a pessoas diz, reformular e validar sentimentos, emoções e significados. Ou seja, é um processo de acompanhamento da pessoa, encaminhando ajuda, mas sempre centrado na pessoa, nos seus recursos e potencialidades para resolver os seus próprios problemas, sendo o objetivo promover a mudança mobilizando os recursos da pessoa. Com o Counselling não se busca solucionar, mas sim promover e facilitar a mudança sem se ser diretivo, nem dizer diretamente à pessoa o que se deve fazer tipo “lista”, deve-se ajudar a pessoa a encontrara as suas próprias saídas.

Segundo Isabel Trindade e José Teixeira (2000), “o aconselhamento psicológico (Counselling) é uma relação de ajuda que visa facilitar uma adaptação mais satisfatória

do sujeito à situação em que se encontra e otimizar os seus recursos pessoais em termos de autoconhecimento, autoajuda e autonomia. A finalidade principal é promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e os problemas”. Com esta citação consegue-se perceber que Counselling não é dar conselhos, dar ordens e dizer o que deve ser feito, mas sim ajudar a pessoa a compreender-se a si própria e aos seus problemas.

Por fim, posso afirmar que as formações em que participei no centro foram uma ferramenta importante para a minha aprendizagem, na medida em que consegui articular assuntos já falados anteriormente e, também aprender algo novo. Consegui interiorizar uma “diferente” forma de cuidar, uma vez que neste centro se verifica um compromisso permanente de qualidade e melhoria dos cuidados, baseando-se numa união da ciência com a humanização, oferecendo um apoio integral à pessoa doente e à sua família e dando especial cuidado à preservação da dignidade da pessoa e o respeito pelos seus direitos.

Objetivo específico: Assistir a uma terapia de grupo de “Estimulação cognitiva”.

Atividades desenvolvidas:

- Observação da terapia de grupo realizada no centro.

Durante a passagem pelo centro de San Camilo foi-me dada a oportunidade de assistir a uma terapia de grupo, onde participaram cerca de quinze idosos residentes no centro. A sessão teve a duração de quarenta e cinco minutos e teve como objetivos estimular a memória, relembrar factos passados, melhorar o humor e proporcionar a interação entre os doentes. Foram realizados vários exercícios como completar provérbios, preenchimento de espaços em frases, identificação de objetos e ações em imagens, relembrar estações, meses do ano, cidades, capitais, cálculos matemáticos, etc. No meu ponto de vista a sessão foi bem sucedida, o psicoterapeuta conseguiu estabelecer uma boa relação com todos os idosos, gerindo bem a participação ativa de todos os elementos e proporcionou a interação entre eles colocando-os em diálogo uns com os outros. Observei que houve dois idosos que estavam mais desenvolvidos a nível cognitivo, respondiam corretamente a todas as questões e exercícios, antecipando-se até a responder quando era a vez de outro colega, não sendo este um aspeto muito positivo

da sessão pois impediam aos outros idosos de exercitarem a sua memória. Constatei que a minha presença e a presença dos meus colegas influenciou a prestação de um idoso que estava mais solto e sempre a olhar para o grupo, acenando o que acabou por o distrair e não ter um desempenho na sessão muito positivo. Havia também um idoso com um défice auditivo, e notei que na maioria das perguntas não conseguia compreender, e por isso o psicoterapeuta poderia ter elevado um pouco mais o seu tom de voz para que fossem dadas condições a este doente que permitissem que a sua participação fosse ao mesmo nível que a dos restantes idosos.

Estes exercícios de estimulação para além de melhorar a cognição dos idosos, melhoram a sua autoestima, as relações sociais, e melhoram o desempenho do doente no ambiente onde está inserido. O défice cognitivo pode tornar-se numa ameaça na autonomia e na qualidade de vida de um doente, e para combater essas ameaças este tipo de exercícios são favoráveis para a condição do doente e que não ajuda só a parte cognitiva mas também afetiva e social. A participação nesta sessão contribuiu para a minha formação, pois pude verificar o bom ambiente que se cria durante a sessão, a boa relação que é estabelecida entre os profissionais e os idosos e o quanto isto é benéfico para a pessoa que se encontra admitida no centro.

3. CONCLUSÕES

Este relatório foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos, e ilustrou a aprendizagem que desenvolvi, onde tracei inicialmente objetivos e estratégias para que conseguisse adquirir competências prestação de cuidados aos doentes em fim de vida e também envolver a família nesses cuidados. Consegui alcançar os objetivos delineados, desenvolvendo as minhas capacidades com a finalidade de aspirar uma profissional de Enfermagem com especialização em Cuidados Paliativos e, consolidei as competências do saber-fazer, saber-estar, saber-ser e do saber-saber.

Com o estágio no Centro de Humanização em San Camilo consegui obter uma experiência muito importante nesta área, pois dão um enorme valor à humanização dos cuidados, em que o cuidar vai mais para além do físico, garantindo as melhores condições para que a família pudesse estar presente todos os dias e nos momentos finais da vida do doente. Foi gratificante para a minha aprendizagem ter conhecido o dentro e como funciona. Na equipa de suporte em CP do Hospital Pedro Hispano pude ter várias experiências que contribuíram na maioria para o desenvolvimento das minhas competências, pude aplicar conhecimentos teóricos e lidar mais de perto com a família. Em situações de doença avançada ainda há muito para fazer, e esse foi o desafio. Ajudar o doente a enfrentar a etapa final da sua vida com dignidade, conforto, qualidade de vida e que seja respeitado como ser humano. A pessoa é um ser biopsicossocial e espiritual e não chega cuidar apenas da parte física, os sintomas, a dor física, é necessário estar atento a todas as vertentes e neste aspeto considero ter aprendido bastante, a identificar a dor espiritual por exemplo, a ajudar o doente a lidar com os conflitos espirituais, a delinear objetivos a curto prazo, respeitando as vontades dos doentes deixando-os tomar decisões com a autonomia a que têm direito. Pude trabalhar competências comunicacionais com o doente/família, aumentar os meus conhecimentos no que diz respeito ao controlo dos sintomas, estabelecer relações com os doentes e com os familiares, ou seja, seguir a filosofia dos Cuidados Paliativos, que é prestar cuidados de excelência, respeitando a pessoa humana e a sua dignidade, considerando o ser como um todo e, acompanhar toda a Dor do doente, a Dor Total (Gonçalves, 2002).

Este relatório permitiu-me realçar o que foi realizado durante o estágio através da introspeção crítico-reflexiva face aos objetivos gerais e específicos delineados, fazer evidência às atividades e estratégias desenvolvidas para a concretização desses objetivos

e, ainda, expor problemas e dificuldades encontradas, assim como, as competências adquiridas.

4. BIBLIOGRAFIA

- ✓ LEME, L.E.G. (2000) – A interprofissionalidade e o contexto familiar. S.Paulo: Athneu, p.117-143
- ✓ SCHWARTZ, Morrie, “Amar e Viver”, Nova Iorque: Pergaminho, 2006; pág.68
- ✓ TRINDADE, Isabel, TEIXEIRA, José, “Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença”, 2000
- ✓ QUATTRINI, Paolo, “O significado de Counselling ”, Sociedade Luso-Espanhola de Psicoterapia, 2002
- ✓ NETO, Isabel Galriça, BARBOSA, António, “Manual de Cuidados Paliativos”, Lisboa, 2010; pág. 462
- ✓ ANDRÉ, Suzana, CUNHA, Madalena, RODRIGUES, Victor, “Família enquanto entidade cuidadora”, 2010
- ✓ NETO, Isabel, “A conferência familiar como instrumento de apoio à família em Cuidados Paliativos”, Revista de Clínica Geral, 2003
- ✓ PACHECO, Susana, “Cuidar a pessoa em fase terminal”, Lusociência, 2004, pág. 33-35
- ✓ MENDES, L.M. Rodrigues, “O doente com Catéter Venoso Central”, Revista Nursing, 2007
- ✓ NETO, Isabel, “Utilização da via subcutânea na prática clínica”, Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2008
- ✓ MARTINS, J. Carlos Amado, “Cuidados de Enfermagem ao doente com cateter venoso central”, Revista Referência, 2001
- ✓ BERMEJO, José Carlos, “Humanizar a Saúde”, Editora Vozes, São Paulo, 2008, pág. 23
- ✓ ARRANZ, Pilar, BARBERO, José, BARRERTO, Pilar, BAYÉS, RAMON, “Intervención emocional en cuidados paliativos, Modelos y Protocolos”, Ariel, Barcelona, 2003, pág.108-116
- ✓ SAVATER, Fernando, “As perguntas da vida”, Lisboa, 1999
- ✓ Kübler-Ross, E. “Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes”, São Paulo: Martins Fontes, 2005
- ✓ BERMEJO, José Carlos, “Acompanhamento espiritual em Cuidados Paliativos”, Espanha, 2009
- ✓ AHYA, Patra, et al. “Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos”, Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos, Paris, 1999
- ✓ PESSINI, Léo, BARCHIFONTAINE, Christian, “Buscar sentido e plenitude de vida”, Centro Universitário de São Camilo, São Paulo, 2008

- ✓ GONÇALVES, Ferraz – “Controlo dos sintomas no cancro avançado”, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2002

ANEXOS

ANEXO I

(Guia de Acolhimento ao doente e à família)

ANEXO II

(Plano de formação no Centro de Humanización de la Salud de San
Camilo)