



Ana Rita Martins Faia

Relatório de Trabalho de Projeto

### **Cuidar e Respeitar o Cliente Oncológico**

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da docente Elsa Monteiro

Setembro de 2015



Ana Rita Martins Faia

Relatório de Trabalho de Projeto

## **Cuidar e Respeitar o Cliente Oncológico**

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da docente Elsa Monteiro

Setembro de 2015

*Enquanto estiver vivo, sinta-se vivo  
Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo  
Não viva de fotografias amareladas....  
Continue, quando todos esperam que desistas  
Não deixe que enferruje o ferro que existe em ti  
Faça com que em vez de pena, tenham respeito por ti  
Quando não conseguir correr atrás dos anos, trote  
Quando não conseguir trotar, caminhe  
Quando não conseguir caminhar, use uma bengala  
Mas nunca se detenha*

Madre Teresa de Calcutá

## AGRADECIMENTOS

A todos os que fazem parte da minha vida, à **minha família**, ao **meu mais que tudo** por minhas ausências em diversos momentos, aos **meus amigos** pela paciência, aos **meus colegas de trabalho** pela motivação, disponibilidade e incentivo e aos **meus colegas de curso**, por a longa caminhada que tivemos, pelos tempos infindáveis que passamos juntos.

À disponibilidade e acompanhamento da Enfermeira Docente Elsa Monteiro e da Enfermeira Orientadora de Estágio, Ana Teresa Raposo.

A todos os profissionais que exercem atividade no Serviço de Urgência e na Unidade de Cuidados Paliativos pela receptividade.

A TODOS UM MUITO OBRIGADO.

## Resumo

O presente relatório de trabalho de projeto despona no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica que decorreu na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e teve como objetivo central a descrição e exposição das competências inerentes a este curso: as Competências do Enfermeiro Especialista; Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica; Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e as Competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvidas no decorrer dos estágios I,II e III no Serviço de Urgência e estágio opcional na Unidade de Cuidados Paliativos no Hospital Maravilha.

Identificamos primitivamente como problema a desenvolver no Projeto de Desenvolvimento Académico: défice de conhecimentos sobre as necessidades do cliente oncológico no que alude às intervenções de enfermagem.

Suportado na Teoria de Enfermagem de Médio Alcance de Pamela Reed – Teoria da Auto Transcendência e elaborado de acordo com a metodologia de projeto, seguindo as etapas que a constituem: diagnóstico de situação, definição de problemas, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos achados, incorporando posteriormente os resultados alcançados num dossiê temático intitulado: Cuidar e Respeitar o Cliente Oncológico. Neste sentido foi elaborada uma revisão sistemática da literatura sem metanálise, que identificou as principais carências do cliente oncológico no que concerne aos cuidados de enfermagem focadas em duas dimensões de aquisição de saberes: as atitudes, incorporadas na dimensão saber-ser e as competências relacionadas com o saber cognitivo, inseridas na dimensão saber-saber: na comunicação, relação interpessoal e no alívio de sintomas.

**Palavras-chaves:** Competências; Cuidados Paliativos; Cliente oncológico; Necessidades; Intervenções de Enfermagem e Metodologia de trabalho de projeto.

## **ABSTRACT**

This project work report stands out in the 3rd Master's Course in Medical-Surgical Nursing held at the School of Health Sciences, Polytechnic Institute of Setúbal and its purpose was mainly based on the skills description and exposure of this course: Nursing Specialist Skills; Specialist Chronic and Palliative Nursing Skills and Master of Medical-Surgical Nursing, developed over the stages I, II and III in the ER and optional traineeship in the Palliative Care Unit at Wonder Hospital.

The main problem to be developed in the Academic Development Project is the deficit of knowledge about the needs of the oncological patient concerning nursing interventions.

This report is supported in Eastern Nursing Theory Pamela Reed Scope - Theory of Self Transcendence and it is based on the project methodology, with the following steps: situation analysis, problem definition, planning, findings implementation, evaluation and dissemination, gathering the results achieved in a thematic folder entitled: Caring and Respecting the Oncological Patient. Thus it has been drawn up an systematic literature review without meta-analysis, where the main problems of the oncological patient were identified, regarding the nursing care focused on two dimensions of knowledge acquisition: attitudes, incorporated in dimension of how-to-be and skills related to the cognitive knowledge inserted in the know-how dimension: an communication, interpersonal relationship and the relief of symptoms.

**Keywords:** Skills; Palliative Care; Oncological Patient; Needs; Nursing Interventions and Project Methodology Work.

## SIGLAS

B-On - Biblioteca do Conhecimento Online  
CA – Conselho de Administração  
CASPe - Critical Appraisal Skills Programme España  
CP - Cuidados Paliativos  
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
DGS – Direção Geral de Saúde  
EMC – Enfermagem Médico – Cirúrgica  
ESAS - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton  
FMEA- Failure Mode and Effects Analysis  
GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos  
HM – Hospital Maravilha  
IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde  
IARC- Agency for Research on Cancer  
MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OE - Ordem Dos Enfermeiros  
PAC – Projeto de Aquisição de Competências  
PDA – Projeto de Desenvolvimento Académico  
PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos  
PBE – Prática Baseada na Evidência  
SU – Serviço de Urgência  
SWOT- Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats  
UC- Unidade Curricular  
UCP- Unidade de Cuidados Paliativos  
UM – Unidade Modular  
ULSCQ - Unidade Local de Saúde Cuidar com Qualidade

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Artigos incluídos no PDA.....	39
---	----

## ÍNDICE

0. Introdução.....	1
1. Enquadramento Concetual.....	5
1.1. Teoria da Auto Transcedência de Pamela Reed.....	6
1.2. Cuidados Paliativos.....	12
1.3. Cliente em Fase Terminal .....	19
1.4. Intervenções de Enfermagem ao Cliente Oncológico .....	21
2. Projeto de Desenvolvimento Académico.....	29
3. Projeto de Aquisição de Competências .....	43
4. Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica ou Paliativa e Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica .....	56
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	57
4.2. Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.....	60
4.3. Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.....	60
5. Desenvolvimento das Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	67
6. Considerações Reflexivas .....	74
7. Referências Bibliográficas .....	78
Anexos .....	86
Anexo 1 - Meios de combate a incêndio, plano de emergência interno e plano de evacuação .....	87
Anexo 2 – Precauções de isolamento, segundo vias de transmissão .....	89
Anexo 3 – Auditoria clínica .....	91
Anexo 4 – Gestão e controlo da dor crónica .....	93
Apêndices .....	95
Apêndice 1- Cronograma de Estágios I, II e III.....	96
Apêndice 2- Diagnóstico de Situação .....	98
Apêndice 3 - Planeamento.....	103
Apêndice 4- Artigos Excluídos.....	110
Apêndice 5- Grelha CASPe.....	111

Apêndice 6- Dossiê Temático .....	122
Apêndice 7- Póster.....	140
Apêndice 8- Estágio Opcional .....	142
Apêndice 9- Caracterização do SU. ....	150
Apêndice 10- Cronograma Final .....	155
Apêndice 11- Artigo.....	157

## 0- INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, foi-nos solicitado como instrumento de avaliação para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a realização de um relatório de trabalho de projeto.

Relatório é definido como *“um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema que preocupa os intervenientes que o irão fazer”*. (Nunes, 2010, P.4)

Os estágios I e II foram concretizados no período de 10 de março a 10 de julho de 2014 no Serviço de Urgência (SU) da Unidade Local de Saúde Cuidar com Qualidade – ULSCQ - (denominação fictícia, com objetivo de proteger a identidade do Hospital e seus funcionários), com um total de 167 horas de presença obrigatória em estágio, 24 dessas horas corresponderam a formações que nos apetrecharam de aporte teórico e 251 horas de estudo autónomo (Apêndice 1). O estágio III foi efetuado entre 30 de Setembro de 2014 a 30 de Janeiro de 2015 no SU, sendo que foram realizados 7 turnos (56.5 horas) na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), estágio opcional que ocorreu entre 06 de Outubro de 2014 e 26 de Outubro do mesmo ano. O estágio III traduziu-se em 320 horas de presença obrigatória em estágio e 96 horas de trabalho autónomo (Apêndice 1), sob a orientação científica da docente Enfermeira Elsa Monteiro e Enfermeira Orientadora A.T.R.

No decorrer dos estágios realizamos de acordo com o plano de estudos do 3º MEMC um projeto de desenvolvimento académico (PDA) e um projeto de aquisição de competências (PAC) seguindo a metodologia de projeto com as fases que a compõem: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e por fim divulgação dos resultados obtidos.

No que concerne ao diagnóstico de situação do PDA, realizamos inicialmente uma pesquisa onde obtivemos dados estatísticos que nos permitiu obter bases sólidas sobre a incidência e prevalência da doença oncológica, e deste modo avançar com o nosso PDA. Para além de ser um projeto de cariz pessoal que pretendeu o domínio nessa temática, revelou-se um momento enriquecedor já que evidenciou os números reais da predominância da doença oncológica, debruçando-nos posteriormente nas

intervenções de enfermagem que nos orientou para a melhoria dos cuidados prestados ao cliente e família. Foi definido como objetivo geral: Adquirir conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem diferenciados ao cliente oncológico. E como objetivos específicos: Realizar uma revisão sistemática da literatura sem metanálise sobre as necessidades dos clientes/família e concludentemente a elaboração de um dossiê temático que divulgou os cuidados de enfermagem diferenciados ao cliente oncológico.

No que se refere ao desenvolvimento do PAC nos estágios I, II e III, identificamos algumas necessidades no âmbito de prestação de cuidados ao cliente em situação crítica que manifestassem dor e nas relações interpessoais enfermeiro-cliente/família; na atuação em situações de catástrofe e por fim na prevenção de infecções no SU, no qual nos focamos utilizando estratégias e atividades que deram resposta às competências do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crítica: *“K.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica; K.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação; e K.3. Maximiza intervenções na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade em respostas em tempo útil e adequadas.”* (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. P.8657)

Para dar resposta à competência K1 prestamos cuidados diferenciados ao cliente em situação crítica, investindo na avaliação da dor e comunicação interpessoal; na competência K2 elaboramos um póster intitulado: Incêndio, como atuar, onde abordamos os tipos de emergência, as fases de evacuação, e por fim a priorização de clientes em meio hospitalar; por fim na competência K3 abordamos a temática do Método Subcutâneo inserindo-o num capítulo no dossiê temático.

Este trabalho para além de revelar as aprendizagens adquiridas em contexto de estágio, reflete similarmente as aprendizagens providas dos aportes teóricos lecionados no 1º, 2º e 3º semestre do mestrado e as competências adquiridas em contexto clínico: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica; do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e por fim as Competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Neste pressuposto foram delineados como objetivos deste relatório de trabalho de projeto:

- Descrever o enquadramento concetual, PDA e PAC;

- Transmitir a partir de uma prática reflexiva as aprendizagens em contexto de prática de estágio;
- Realizar uma análise crítica e reflexiva sobre as competências supracitadas, adquiridas e desenvolvidas durante os estágios.

Como tal, encontra-se organizado em 6 capítulos respetivamente: 1. Enquadramento concetual; 2. Projeto de Desenvolvimento Académico; 3. Projeto de Aquisição de Competências; 4. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, e do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa; 5. Competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 6. Considerações Reflexivas.

No capítulo 1 - Enquadramento Concetual – encontram-se os conceitos centrais desenvolvidos ao longo do relatório. Abordamos a Teoria da Auto Transcendência de Pamela Reed, cujos princípios sustentaram a prestação de cuidados e o desenvolvimento do projeto; os padrões de qualidade; definição de cuidados paliativos (CP) e aspetos éticos; cliente terminal e por fim as intervenções de Enfermagem.

O Capítulo 2 – PDA – enumera as etapas metodológicas do projeto de desenvolvimento académico, do diagnóstico de situação até à fase de avaliação/execução.

No capítulo 3 - PAC – descrevemos as temáticas que capacitaram a estudante nas áreas da prestação de cuidados diferenciados ao cliente em situação crítica, no plano de emergência interna e infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), tendo em conta as fases da metodologia de projeto.

No capítulo 4 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa – encontram-se desenvolvidas as competências adquiridas no decorrer do estágio I, II e III. Relativamente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conseguimos desenvolver os seus quatro domínios: Responsabilidade profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais. Concomitantemente foram desenvolvidas as três competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica: K.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica; K.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; e K.3. Maximiza intervenções na prevenção e

controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade em respostas em tempo útil e as duas competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica ou Paliativa: L5- Cuida de pessoas com doença crónica incapacitante, ou terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e L6- Estabelece relação terapêutica com as pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas, e à morte.

No Capítulo 5 – Competências do Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica – abordamos as seis competências que constituem esse grau, relacionando-as com as diversas atividades desenvolvidas nos estágios e os aportes teóricos lecionados no decorrer do 3º MEMC.

Por fim no Capítulo 6 - Considerações Reflexivas – elaboramos uma análise crítica através da descrição das considerações finais mais significativas para a estudante no decorrer dos estágios I, II e III.

Na elaboração do relatório teve-se em conta a metodologia de redação de trabalhos proposta pelo Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do Guia para a Elaboração de trabalho escritos de 2011.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL**

Enquadramento concetual caracteriza-se pela definição do tema ou domínio de investigação, tendo início quando o investigador trabalha uma ideia no sentido de orientar a sua investigação. Essa ideia pode resultar de observação, de pesquisa de literatura, de uma preocupação pessoal, ou ainda de um conceito. Contudo para esse estudo ser realizável, o seu domínio deverá ser delimitado. (Silva, 2008)

Para Fortin (1999) concetualizar refere-se a “(...) *um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo*”. (P.39)

O presente capítulo tem por objetivo a introdução genérica de conceitos que desenvolvemos no decorrer do PDA, de forma a facilitar um pensamento construtivo.

## 1.1.TEORIA DA AUTO TRANSCEDÊNCIA DE PAMELA REED

De forma a admitir à enfermagem o seu carácter científico que se reflete com a junção da prática e evidência científica, a profissão teve a necessidade de desenvolver modelos teóricos. Para Hickman (2000), o modelo teórico de enfermagem define-se como “ (...) *uma concetualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta na enfermagem, com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem*”. (P.8)

Os modelos teóricos de enfermagem contribuem para a emancipação da profissão levando a um maior investimento, já que delimitam o campo específico da enfermagem e anulam a ambiguidade que poderá surgir. Por outro lado, a delimitação do papel do enfermeiro contribui para a concentração de esforços ao desempenhar atividades específicas da sua profissão e ao procurar atingir objetivos. (Portugal, 1999).

As teorias viabilizam a autonomia da profissão não apenas a nível de prática mas também na formação e investigação, uma vez que o seu conhecimento permite o desenvolvimento do pensamento e análise crítica. (Hickman, 2000)

No sentido de sustentar o trabalho por nós desenvolvido no decorrer dos estágios realizados de acordo com o plano de estudos do 3º MEMC recorreremos à Teoria da Auto Transcendência de Pamela Reed “*The theory of self-transcendence*” desenvolvida em 1983. A Teoria da Auto Transcendência pode ser aplicada em diferentes contextos, contudo foca-se essencialmente no envelhecimento e doenças crónicas ou paliativas, derivada de processos patológicos, físicos ou cognitivos.

Pamela Reed fundamentou a sua teoria como base em três fontes fundamentais:

1. Modelo Conceitual de Martha Rogers designado de “Seres Humanos Unitários”, que reforçou a ideia de que a enfermagem não deve ver o Homem como unitário, mas sim como um processo de interação mútua entre ele, o meio e as suas variáveis (Pires, 2007);
2. Teorias de Psicologia; e
3. Teorias de Enfermagem de Jean Watson, Rosemary Parse e Margaret Newman (Ehrbar, 2012).

Para o desenvolvimento da sua teoria Reed teve em conta o desenvolvimento humano como sendo um processo contínuo que se prolonga até ao envelhecimento e morte (nova conceitualização do desenvolvimento humano).

A teoria desenvolvida por Pamela Reed apresenta como conceitos centrais a Auto Transcendência, vulnerabilidade, bem-estar, fatores moderadores-mediadores e pontos de intervenções, que proporcionam ao cliente uma perspetiva diferente sobre as capacidades humanas de forma a encontrar e promover o bem-estar, ajudando a pessoa a ultrapassar situações de maior vulnerabilidade. (1986)

- A **Vulnerabilidade** é definida como a consciência de que a pessoa é um ser mortal (“*a consciência da mortalidade pessoal*”), que aumenta inevitavelmente durante o envelhecimento e quando surge uma doença ou uma crise vital. (Reed,1986)

- **Auto transcendência** refere-se às mudanças que têm lugar na perceção dos limites que cada pessoa entende para além dos seus pontos de vista sobre si mesmo e sobre o mundo que o rodeia, podendo ser expandida de muitas maneiras: para dentro (por meio de autoaceitação e encontrar sentido para as vivências), para fora (por chegar a uma entidade superior ou finalidade) e temporalmente (integrando o passado e futuro em até o presente). É portanto a capacidade de expandir os limites do *self* em 4 dimensões: intrapessoal (perceção da sua filosofia de vida, valores e sonhos); interpessoal (com os outros e com o ambiente); temporal (integrar passado e futuro, para dar significado ao presente); transpessoal (ampliação da consciência além do mundo perceptível para o sujeito conectar-se a dimensões que vão para além do mundo discernível). (Reed,1986)

- O conceito de **Bem-estar** define o que a pessoa entende como ser saudável, de acordo com os critérios pessoais e avaliado como uma correlação e um resultado de auto- transcendência. (Reed,1986)

- Os **Fatores moderadores-mediadores** são uma série ampla de variáveis pessoais e contextuais que interagem entre si podendo influenciar o processo de auto transcendência e naturalmente contribuir positiva ou negativamente sobre o bem-estar de cada um. (Reed,1986)

- **Pontos de intervenção** são todos os cuidados de enfermagem que promovem a auto transcendência. Reed estabelece dois pontos de intervenção em que ambos interagem com o processo de auto transcendência: as opções do enfermeiro podem centrar-se diretamente num recurso interno do cliente, capacitando-o para a auto transcendência ou ainda em fatores pessoais e/ou contextuais que afetam as relações entre vulnerabilidade - auto transcendência e entre auto transcendência e bem-estar. (Reed,1986)

De acordo com a Teoria de Auto Transcendência a saúde constitui o conceito principal sobre o qual giram as intervenções de enfermagem, os clientes e o meio.

No que concerne aos metaparadigmas definidos na teoria supramencionada, para Pamela Reed (1986):

A **pessoa** encontra-se em constante mudança durante o ciclo vital, interagindo com outras pessoas dentro de um meio que pode contribuir de forma positiva ou negativa para a sua saúde e bem-estar. A auto transcendência refere-se a flutuações em que a pessoa percebe os seus limites, levando-a a perceber os pontos de vista imediatos e limitados que têm nesse momento. Similarmente defende que o individuo tem capacidades de ampliar as fronteiras da sua personalidade e orientar-se nas suas perspectivas, atividades e objetivos. (Reed,1986)

Os **cuidados de enfermagem** baseiam-se em ajudar os clientes com recurso a processos interpessoais que promovem o desenvolver de habilidades necessárias para promover a saúde e bem-estar. As intervenções são direcionadas para a promoção de condutas e pontos de vista baseados na autorreflexão, altruísmo, esperança e na fé das pessoas vulneráveis levando a uma maior sensação de bem-estar. (Reed,1986)

A **saúde** é definida como um processo vital, constituído por vivencias positivas e/ou negativas que permitem criar valores em volta de um meio concreto para melhorar o bem-estar. Bem-estar é definido por Reed como uma sensação de plenitude e de saúde. (Reed,1986)

O **Meio envolvente** engloba a família, as relações sociais, o meio físico e recursos disponíveis no meio onde se vive. Todos estes fatores influenciam os processos relacionados com a saúde, sendo aqui que as intervenções de enfermagem devem atuar através da gestão terapêutica das interações entre as pessoas, objetos, enfermeiro e cliente. (Reed,1986)

A aplicação dos conhecimentos na prática é uma norma que atualmente encontra-se na linha da frente com destaque na responsabilidade pela prática de enfermagem e pela prática de enfermagem baseada na teoria. (Tomey & Alligood, 2004).

Neste sentido, os enfermeiros procuram incessantemente a qualidade nos cuidados que prestam, tendo como suporte os padrões de qualidade estabelecidos pela profissão.

De acordo com o Decreto-Lei nº. 161/96, o enfermeiro é o *“profissional habilitado com o curso legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional, que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupo se comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”* (2959). O mesmo decreto aclara que o enfermeiro especialista *“é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além dos cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”*. (Decreto-lei n.º 161/96, P. 2959)

Os padrões de qualidade despontaram por necessidade da profissão, tendo surgido com a conceção da Ordem dos Enfermeiros (OE) que detêm como uma das competências estabelecidas: definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que reflitam a melhoria de cuidados ao cidadão relacionado com as intervenções dos profissionais e simultaneamente consentir a necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros. (OE, 2001)

Esses padrões permitem ajuizar sobre a prática com intuito de *“(...) definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados”* (OE, 2001).

P.7). São reformulados tendo em conta a saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem e compostos por enunciados descritivos que se definem como “*uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes, quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar*”. (P. 13)

A **saúde** é caracterizada como um estado mental dinâmico e contínuo, que assenta na procura do estado de equilíbrio que se rege por o controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural. (OE, 2001)

A **pessoa** é designada como uma agente intencional de comportamentos baseados em valores, crenças e desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa única, com dignidade e direito de autodeterminar-se. Ela procura recorrentemente o bem-estar e conforto físico. (OE, 2001)

O **ambiente** está relacionado com o meio onde as pessoas vivem e se desenvolvem tendo em conta os contextos sociais, culturais, económicos, que podem influenciar os estilos de vida que se repercutem no conceito de saúde. (OE, 2001)

Os **cuidados de enfermagem** focam-se na relação interpessoal entre o enfermeiro-cliente/família/comunidade. O profissional de enfermagem diferencia-se pela formação e experiência que lhes permite dar resposta adequada, abstendo-se de juízos de valores relativamente ao cliente alvo de cuidados de enfermagem. (OE, 2001)

Os enunciados descritivos que indicam a qualidade do exercício de enfermagem são circunscrevidos por a “*satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado dos clientes, readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem*”. (OE, 2001, P.13).

As competências comuns do enfermeiro especialista englobam quatro domínios: *Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento de aprendizagens profissionais*, que advêm do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, logo são partilhadas por todos os especialistas, independentemente da sua área de atuação. (Regulamento nº 122/2011, artigo 4º).

Para Galvão *et al.* (2002) a enfermagem baseada em evidência é definida como “*(...) o uso consciencioso, explícito e criterioso de informações derivadas de teorias, pesquisas para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado (...) levando em consideração as necessidades individuais e preferências*” (P. 692). O mesmo autor

defende ainda que é essencial o desenvolvimento de investigação em enfermagem, sendo que dá valorização à profissão, promove a melhoria dos cuidados prestados, baseia-se no conhecimento científico, promove a satisfação profissional e ajuda no recurso a novas soluções a possíveis problemas encontrados na prestação de cuidados.

Hesbeen (2001) afirma que o prestador de cuidados é um perito que está munido de diferentes saberes provenientes quer da vida pessoal, formação como da sua experiência profissional.

Colaço *et al.* (2014) defende que a prática baseada na evidência (PBE) promove a fundamentação dos cuidados em evidência científica válida e pertinente, surgindo após pesquisa e avaliação consistente tendo em conta as circunstâncias individuais, crenças, valores dos clientes e na experiência do profissional, com objetivo final a melhoria no que concerne à prestação de cuidados de saúde. Para o mesmo autor é crucial promover a motivação e adoção sistemática desta metodologia, sendo que as decisões clínicas devem ser tomadas tendo em conta a melhor evidência, propagando cuidados seguros e efetivos e conseqüentemente o desenvolvimento de competências que visam a identificação e avaliação de informação, resultante de uma variedade de fontes por forma a tomar melhores decisões clínicas.

A tomada de decisão clínica permite ao enfermeiro identificar as verdadeiras necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, prescrevendo posteriormente as intervenções que visem a não ocorrência de riscos e a resolução ou minimização de problemas reais. (OE, 2001)

Já Galvão *et al.* (2002) defende que a PBE é um processo de conceção, avaliação e aplicação de evidências científicas nos cuidados prestados ao cliente. O mesmo autor defende que trata-se de um processo constituído pelas seguintes etapas: “1ª - levantamento do problema e formulação da questão, 2ª - pesquisa da literatura correspondente; 3ª - avaliação e interpretação dos trabalhos mediante critérios bem definidos; 4ª – utilização das evidências encontradas” (P.692)

Em consonância a O.E. (2002) defende que a elaboração de guias orientadores da prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência, constituiu “ (...) uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”. (P.12)

Assim sendo a qualidade não pode ser aclarada de modo descritivo, por estar associada ao sentido das ações desenvolvidas com a pessoa, para atender à

singularidade da situação de vida dessa mesma pessoa. A qualidade dos cuidados está relacionada com a situação vivida por pessoas que interagem mutuamente, umas recebendo cuidados e outras, prestando-os. São múltiplos os fatores determinantes, quer sejam controláveis ou não, podem interagir e influenciar o resultado obtido. (Hesbeen,2001)

Neste âmbito do 3º MEMC foi elaborado um PDA subordinado à temática dos cuidados paliativos que passamos a descrever, focando-se essencialmente nas intervenções de enfermagem ao cliente oncológico.

## 1.2. CUIDADOS PALIATIVOS

O termo paliativo deriva do étimo latino *pallium* que significa capa, manto. (Twycross, 2003). A primeira definição de cuidados paliativos surgiu com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, definição generalizada que defendia que os Cuidados Paliativos (CP) são ativos e totais em clientes cuja doença não responde ao tratamento de cura. Considerava que o controlo da dor, outros sintomas e problemas psicossociais e espirituais são primordiais, e que o seu objetivo inicial é melhorar a qualidade de vida aos clientes e família. (Matsumoto, 2009).

Existem quatro fases paliativas em função do estadio da doença, correspondendo cada uma a diferentes níveis de complexidade (Barbosa *et al.*, 2006):

- **Aguda-** Fase de desenvolvimento inesperado de um problema, ou em que existe um aumento significativo na gravidade dos problemas já existentes;
- **Deterioração-** Ocorre um desenvolvimento gradual de problemas, sem que haja uma necessidade de uma alteração súbita no controlo da situação;
- **Terminal:** Fase em que a morte está iminente numa previsão de horas ou dias (agonia), e não se preveem intervenções agudas;
- **Estável:** Nesta fase incluem-se os clientes que não estão em nenhuma das fases anteriores.

Para dar resposta à necessidade dos clientes, os CP aliam a arte de cuidar em parceria com o conhecimento científico, ou seja, a associação da ciência à arte de

promover alívio do sofrimento relacionado com a doença. Estes cuidados avançam como um modelo que apresenta diversas propostas terapêuticas que visa a diminuição dos sintomas responsáveis pelo sofrimento físico, emocional e psicológico, que atentam na qualidade de vida dos clientes. (Matsumoto, 2009).

Os CP necessitam de uma abordagem transdisciplinar, ou seja, os elementos da equipa usam uma conceção comum, desenham juntos a teoria e a abordagem dos problemas que consideram de todos. Centram-se no cliente, família e/ou cuidadores, prestadores de cuidados, serviços sociais e na equipa apresentando como finalidade a atuação cujo objetivo centra-se no bem-estar global do cliente e família. Neste propósito a atuação em equipa deve enfatizar a vida, encorajar a esperança e ajudar as pessoas a aproveitarem o melhor de cada dia. (Barbosa *et al*, 2006)

Nos clientes em fase terminal a qualidade de vida está relacionada com o grau de satisfação subjetiva que a pessoa sente pela vida e é influenciada por todas as dimensões da personalidade (física, psicológica, social e espiritual). Para estes clientes existe qualidade de vida quando as aspirações são atingidas e preenchidas pela sua situação atual, proporcionalmente má qualidade de vida surge quando existe uma divergência entre as aspirações e a situação atual. Assim sendo, para melhorar a qualidade de vida é primordial diminuir o afastamento entre as aspirações e aquilo que é possível alcançar. (Twycross, 2003)

De encontro à carência de afirmação dos cuidados paliativos e o aprofundar as competências dos enfermeiros, Carvalho (2011) garante que “ (...) *os profissionais de enfermagem revelam dificuldade na relação de ajuda, prevalecendo uma assistência marcada por aspetos técnicos ou estimuladora de intervenções que permitam um envolvimento da pessoa ou família no ato de cuidar. (...) cuidar o cliente em fase terminal não é fácil, existe um longo caminho a ser percorrido à custa de muito sofrimento, sendo através de diferentes aprendizagens vividas em diversas situações que se consiga atingir uma maturidade plena (...)*”. (P.8)

Ao cuidarem o cliente com doença terminal, os enfermeiros centram-se no reconhecimento do cliente como pessoa, ouvem as suas necessidades e preferências, suportam as suas escolhas defendendo-as e mantendo a sua dignidade. Para a mesma autora as intervenções de enfermagem que aliviam o sofrimento da pessoa com doença oncológica devem ser: manter a dignidade e ver o ser humano como uma entidade de corpo, alma e espírito, valorizando as questões existenciais; promover a comunicação

cliente-profissional; fazer ensinamentos sobre efeitos secundários do tratamento e doença; assegurar os cuidados de continuidade e aconselhamento; assistir nas atividades de vida diárias; e avaliar a influência do meio na experiência de cuidados com potencial terapêutico. (Sá, 2010)

No que concerne aos tratamentos a clientes em fase terminal, segundo Twycross (2003) existem três dicotomias que devem ser aplicadas de forma equilibrada, isto é, os benefícios potenciais do tratamento devem ser ponderados relativamente aos riscos e malefícios potenciais; lutar para que a preservação da vida ultrapasse os benefícios potenciais devendo determinados tratamentos ser suspensos, proporcionando conforto na morte; e por fim as necessidades individuais devem ser ponderadas relativamente às da sociedade. O mesmo autor exemplifica o caso das sondas nasogástricas, perfusões intravenosas, antibioterapia, ressuscitação cardíaca e a respiração artificial são geralmente usadas em situações de doença aguda ou crónica, desde que o objetivo final seja a recuperação da saúde. Nos cuidados paliativos a utilização destas medidas em clientes que estão irreversivelmente próximos da morte é em regra inadequada, constituindo então má prática, uma vez que a penosidade de tais tratamentos excede os seus potenciais benefícios. Assim sendo, as recomendações terapêuticas baseiam-se na comparação entre as possíveis vantagens (benefícios) e desvantagens (riscos e malefícios) que podem resultar para o cliente.

Para Twycross (2003) nos cuidados paliativos os sintomas são “camuflados” com tratamentos cuja finalidade primária e exclusiva consiste em promover o conforto dos clientes. Estes cuidados prolongam-se para além do alívio dos sintomas, procurando integrar aspetos físicos, psicológicos e espirituais do tratamento por forma a promover a adaptação do cliente à morte eminente.

Barbosa *et al.* (2006) define que as intervenções em que se apoia a aplicação dos conhecimentos atuais dos CP, passam por uma avaliação das necessidades (que inclui história clínica do cliente, valores e expectativas); o plano terapêutico (onde consta o tratamento farmacológico e em caso de intercorrências, assim como as medidas gerais: suporte emocional, cuidados para a família); controlo de sintomas (o saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem e que apresentam repercussões no bem-estar do cliente); apoio emocional e comunicação adequada com o cliente, família e equipa terapêutica (de forma a permitir o estabelecimento de uma relação empática, aberta, honesta e de apoio); mudanças

organizacionais (que permitam o trabalho interdisciplinar e uma adaptação flexível às necessidades múltiplas dos clientes); respeito pelos valores e ética clínica (pressupõe que todas as decisões devem ser tomadas com base no respeito pelos valores do cliente, família e equipa, em que os objetivos traçados são centrados no cliente e família); trabalho em equipa multi e interdisciplinar, considerado a única forma de responder integralmente às diferentes carências de cada cliente; avaliação e monitorização dos resultados (efetividade, eficácia, eficiência e satisfação dos clientes/família/equipa de saúde) e a melhoria contínua da qualidade.

Assim a “ (...) *filosofia dos cuidados paliativos centram-se mais no cliente do que na doença, promovem a aceitação da morte, melhorando a vida, constituem uma aliança entre o cliente e os prestadores de cuidados, e preocupam-se mais com uma reconciliação do que a cura*”. (Twycross, 2003, P.17)

Em 2002 houve uma reformulação do conceito de cuidados paliativos pela OMS, que permanece até à atualidade. Atualmente para a OMS os cuidados paliativos são “*uma abordagem que promove a qualidade de vida dos clientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual*”. (Matsumoto, 2009, P.16).

Em Portugal os CP surgem como uma necessidade de resposta ao que a OMS considerava ser uma prioridade da política de saúde, sendo recomendado uma abordagem programada e planificada. Por consequência o Conselho da Europa reconheceu que existia graves deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano ser apoiado e assistido na fase final de vida, realçando maior atenção para as condições de vida dos clientes terminais, na prevenção da solidão e sofrimento. (Direção Geral de Saúde – DGS -, 2004).

Assim sendo em 2001 o Conselho de Ministros exigiu que a prestação de cuidados paliativos fossem continuados até há fase terminal da doença, surgindo assim o Plano Oncológico Nacional 2001-2005 e posteriormente o Plano Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP - (2004), que considera os CP como elemento essencial nos cuidados de saúde, que requer “(...) *apoio qualificado, como uma necessidade em termos de saúde pública, como imperativo ético que promove os direitos fundamentais e como obrigação social*”. (DGS, 2004)

No PNCP os cuidados paliativos são definidos como “(...) *cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, (...), com objetivo de promover, tanto que possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida*”. (Carvalho, 2011. P.7).

Ao PNCP foi emanada a Circular Normativa nº 14/DGCG. A Circular Normativa foi enviada às administrações regionais de saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde estabelecendo como componentes essenciais dos CP: o alívio dos sintomas, apoio emocional, psicológico e espiritual, apoio à família e obriga o uso de dois instrumentos fundamentais: Comunicação adequada e o trabalho em equipa multidisciplinar.

Não obstante em 2012 desponta a lei de bases dos cuidados paliativos, preconizando que os CP devem “(...) *respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana*”. (Lei nº 52/2012.Base III, P. 5120).

Nunes (2008), declara que o pressuposto dos cuidados paliativos é promover a qualidade de vida do cliente e família, até à sua morte, “ (...) *de modo verdadeiramente humano, respeitando os limites advenientes da dignidade da morte*” (P.49)

No exercício das suas funções o enfermeiro deve apresentar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos (decreto-lei nº161/ 1996, artigo 8º, alínea 1), devendo o seu exercício profissional ser dotado de elevado nível de dignidade e autonomia (decreto-lei nº 161/1996, artigo 8º, alínea 3)

Nunes (2008), defende que a dignidade humana é a pedra basilar no qual se baseiam todos os princípios éticos, devendo estar inevitavelmente presente em todas as decisões e intervenções a tomar. O enfermeiro na execução do seu dever profissional deve zelar e respeitar as manifestações expressas pelo cliente em fase terminal e família relativamente a questões de perda (Lei n.º 111/2009, artigo 87º, alínea b), mostrando especial preocupação centrada na defesa da liberdade e simultaneamente na dignidade humana da pessoa (artigo 78º, alínea 1). A Lei n.º 111/2009 definiu um conjunto de valores universais que devem ser a base da relação enfermeiro-cliente “*b) a liberdade responsável, com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) a verdade e a justiça; d) o altruísmo e a solidariedade*” (artigo 78º, alínea 2. P. 2)

Similarmente a Carta dos direitos fundamentais da União Europeia (2010), menciona que a dignidade do ser humano é inviolável, devendo ser respeitada e protegida (artigo 1º). Inevitavelmente toda a pessoa deve ser respeitada na sua dignidade ainda com maior enfoque quando se encontra internada e fragilizada pela doença (DGS, s/d.), com recurso a “*meios adequados, humanamente e com prontidão (...), privacidade e respeito*” (Lei de Bases em Saúde, Base XIV, alínea c. P.6)

No final de vida, à medida que a preservação da vida se vai tornando impossível, o alívio do sofrimento assume uma importância extrema, ainda assim a conceção de cuidados paliativos é não apressar a morte, mas sim proporcionar conforto. É então primordial a existência de princípios fundamentais, como sendo o respeito pela autonomia, o fazer o bem (beneficência) e a justiça. Estes princípios visam o respeito pela vida e a aceitação da inevitabilidade da morte. (Twycross, 2003)

Entende-se por autonomia a “*(...) capacidade humana em dar leis a si próprio ou a condição de uma pessoa (...) ser capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submete*”. (Nunes, 2006, P.2). O respeito pela autonomia entende que a pessoa é livre e autónoma e tem capacidade para decidir e gerir a sua vida (Nunes, 2008). Já Barbosa *et al.* (2006) afirma que o princípio de autonomia pode levar à recusa de determinados tratamentos ou a sua continuidade. Está na base do consentimento informado, contudo representa mais que a obtenção de uma autorização, devendo ser encarado como uma interlocução e uma partilha de conhecimentos e poder.

Para Nunes (2008), “*respeitar a autonomia implica no reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesmo (...), capaz de autogovernar-se e de decidir por si mesma*” (P.44)

A Lei nº. 52/2012, preconiza que os cuidados paliativos regem-se no respeito pela “*autonomia, vontade, individualidade, dignidade da pessoa assim como inviolabilidade da vida humana*” (Base III, alínea 2. P. 5120) e o direito do cliente a “*receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento*” (Base V. P.5120)

Cabe ao enfermeiro abster-se de juízos de valores, e não impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida (Lei nº. 111/2009, artigo 81º, alínea f), informar o indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem (artigo 84º, alínea a), os recursos a que pode ter acesso e como os obter (artigo 84º, alínea d), assim como as alternativas possíveis ao tratamento e a evolução

provável do seu estado (Lei nº. 52/2012, Base XIV, alínea c). Ao acompanhar o cliente em fase terminal, o enfermeiro deverá defender e promover o direito à escolha do local e quais as pessoas que deseja que o acompanhe na etapa final de vida (artigo 87º, alínea a). O enfermeiro deve informar o cliente sobre o seu estado clínico se for essa a sua vontade (Lei nº. 52/2012, Base V, alínea d), incentivar nas decisões sobre os cuidados que lhe iram ser prestados, nomeadamente para efeitos de determinação de condições, limites ou interrupção dos tratamentos (Lei nº. 52/2012, Base V, alínea e).

O princípio da beneficência assume um papel crucial no cuidar o cliente em fase terminal, assegurando o seu melhor e não lhe causando dano, nomeadamente através das intervenções terapêuticas muitas vezes selecionadas (Barbosa *et al.*, 2006). Assenta no princípio de fazer o bem, ajudando ao mesmo tempo os outros a ganhar ou a obter o que é mais proveitoso para si (Nunes, 2008). A Lei nº. 111/2009 declara que o papel do enfermeiro é atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, devendo protegê-la e defendê-la em quaisquer circunstâncias (artigo 82, alínea a), promover um ambiente favorável ao desenvolvimento das suas capacidades (artigo 89º, alínea b) e assegurar por todos os meios a manutenção da vida (Decreto-lei nº. 161/96, artigo 12º, alínea 5).

Por princípio de justiça entende-se que situações idênticas devem ser tratadas de igual forma (Nunes, 2008). Para Barbosa *et al.* (2006) o princípio de justiça está ligado à disponibilidade e utilização dos recursos humanos. Assuntos como custos não devem servir como meios de pressão, sendo valorizado em demasia e ao mesmo tempo ser determinante na tomada de decisão clínica. A Lei nº. 52/2012, afirma que nenhum cidadão pode ser prejudicado ou discriminado em função da sua condição socioeconómica, área de residência ou mesmo patologia. (Base V). Já no que concerne à gestão de recursos humanos, a mesma lei afirma que as unidades e equipas de cuidados paliativos orientam-se por padrões de qualidade, baseados em “*formação específica, de acordo com os níveis de diferenciação recomendados*” (Base XXVII, alínea 1. P.5123). A prestação de cuidados paliativos deve ser consagrada por equipas multidisciplinares, com dotações adequadas com vista a garantia de cuidados continuados. (Base XXVII, alínea 2)

Todos os princípios supracitados permitem a promoção da vida no cliente em fase terminal. Após pesquisa bibliográfica exaustiva, é notório que o propósito dos cuidados paliativos ao cliente em fase terminal não pretende a cura, mas sim a promoção e manutenção da qualidade de vida, que é avaliada de acordo com as

necessidades e expectativas do cliente e família, daí ser singular a adoção de uma conduta que dê um sentido de dignidade até ao seu fim mais próximo.

### 1.3. CLIENTE EM FASE TERMINAL

Para Sapeta *et al.* (2007) o conceito de doente terminal abrange um conjunto de critérios que o definem, como sendo a “ (...) *presença de doença avançada, incurável e terminal; escassa ou nula possibilidade de resposta ao tratamento ativo, específico para a patologia base; presença de problemas, sintomas intensos, múltiplos e multifatoriais; a evolução é no sentido da degradação progressiva e falência multiorgânica; prognóstico de vida limitado*”. (P.37)

De acordo com Barbosa *et al.* (2006), doente terminal é designado por o cliente que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com necessidades de cuidados de saúde por o elevado sofrimento associado e que em média apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses. O mesmo autor refuta que nos clientes oncológicos, os últimos 3 meses de vida correspondem a um período de degradação progressiva marcada, antagonicamente no cliente com doença não oncológica, dada a imprevisibilidade e maior duração da doença. Essa degradação faz-se com agudizações recorrentes e de forma mais lenta.

A fase terminal de vida é o momento em que o cliente e família são confrontados com toda uma série de mudanças radicais que assentam essencialmente na sintomatologia em “*mudança*”, deterioração progressiva das funções, incapacidade física, dependência crescente, alteração constante de múltiplos tratamentos farmacológicos e alterações a nível laboral, social e familiar (Carvalho, 2011). Esta fase é “*um tempo de rutura total com o antes (...), que supõe uma solidão crescente, com conseqüente angústia e depressão e a irrupção de inúmeros medos, da dor, de novos sintomas, da perda de controlo (...), de morrer sozinho, de não acordar, do desconhecido*”. (Carvalho, 2011. P. 4)

As doenças de curso prolongado, irreversível e incuráveis estão associadas a perdas importantes nos clientes, familiares e nos profissionais de saúde, levando a sofrimento e a processos de luto, cujos principais sinais importa diagnosticar precocemente, para que uma intervenção de ajuda pertinente possa ser desencadeada e realizada em tempo útil. (Barbosa *et al.*, 2006).

Define-se luto como uma reação típica a uma perda significativa, em que essa perda pode ser real (perda de uma pessoa), ou simbólica (perda de um ideal, expectativa).

Perda é assim definida como uma “(...) *situação de perda, ausência de pessoas, coisas ou representações mentais que põe em marcha reações afetivas, cognitivas, comportamentais e, em termos gerais, o processo de luto*”. (Barbosa *et al.*, 2006, P.380)

O sentimento de luto está relacionado com a natureza da ligação exclusiva que cada um tem com o objeto perdido, assim sendo a perda pode ser comum (todos vivem separações e perdas) e única (cada perda tem um significado específico para cada pessoa, em cada fase da vida ou da doença). (Barbosa *et al.*, 2006.).

Para Twycross (2003), o luto não é apenas emocional, é também uma experiência física, intelectual, social e espiritual. Afeta os sentimentos, pensamentos e comportamentos, como manifestações emocionais (depressão, ansiedade, culpa, solidão); comportamentais (agitação, fadiga, choro); atitudes (auto-reprovação, baixa autoestima, desespero, isolamento social) e fisiológicas (perda de apetite, insônia, queixas físicas, uso de substâncias e doenças)

Para Barbosa *et al.* (2006) o processo de luto passa por três fases respectivamente:

I. **Choque/Negação** - Descrença: Estado de choque/embotamento afetivo; Incredulidade/negação e procura.

II. **Desorganização/Desespero** - Consciencialização: Dor emocional (choro, depressão, anedonia, ansiedade, disforia, agitação); Desespero (transitório) (Perda de finalidade, de propósito; ausência de desejo de continuar a viver); Queixas somáticas (cefaleias, dispneia, palpitações, mialgias, fadiga, astenias); Preocupações e recordações recorrentes; dificuldade de concentração, déficit cognitivo e de memória a curto prazo; culpa, remorsos; irritabilidade; Isolamento.

III. **Reorganização/recuperação** – Restabelecimento: Reconhecer a perda; limitar papéis antigos; adquirir novos papéis; Voltar ao trabalho e procurar novas relações.

Neste propósito o papel dos profissionais de saúde é crucial, devendo desse modo ajudar a família e clientes a dar-se conta da perda; a identificar e expressar sentimentos; a viver sem o objeto perdido; a reposicionar emocionalmente o objeto

perdido; a interpretar o comportamento real; a examinar defesas e mecanismos de enfrentamento; e por fim a identificar patologia e encaminhar criteriosamente usando os recursos da equipa multidisciplinar e da comunidade. (Barbosa *et al.*, 2006, P.389)

De acordo com a Associação Nacional dos Cuidados Paliativos (2006), as neoplasias são a 2ª causa de morte em Portugal com percentagens que rondam os 20-28%. Macedo *et al.* (2008) refuta que a doença oncológica traduz-se numa situação crónica, debilitante e muitas vezes fatal que atinge cada vez maior número de indivíduos. Os mesmos autores afirmam que em relação à prevalência das neoplasias nos portugueses, a mais comum no sexo masculino é o coloretal, o menos comum a Bexiga; no sexo feminino, a mais comum é o cancro da mama e a menos comum o coloretal.

#### 1.4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO CLIENTE ONCOLÓGICO

O prestador de cuidados é “ *conselheiro, considerando que acompanha a pessoa, esclarecendo-a sobre as oportunidades, os riscos e as dificuldades associadas a este ou aquele caminho (...) ajuda a escolher aquilo que é melhor para ela*” (Hesbeen, 2001, P.29)

Cuidar o cliente oncológico em fase terminal, visa que os enfermeiros se foquem no reconhecimento do mesmo como pessoa, ouvindo as suas necessidades e preferências, suportando as suas escolhas, defendendo-as e mantendo a sua dignidade, “*(...) a prática dos enfermeiros é o reforço da ideia de que é fundamental centrar os cuidados na pessoa doente, entender a doença como uma fonte de sofrimento (...) cujo alívio exige, o seu reconhecimento e compreensão como vivência individual (...), condições básicas para a humanização dos cuidados*”. (Sá, 2010, P.67)

De acordo com Miranda (2010), a essência do ser enfermeiro deve conjugar a tripla dimensão de aquisição de saberes cognitivos (*saber*), práticos (*fazer*) e atitudinais (*ser e estar*).

Já Mão de Ferro (2011) refere que para o desenvolvimento dos indivíduos e respetivas potencialidades, os profissionais de saúde devem desenvolver um conjunto de atividades, que proporcionem oportunidade e meios de adquirir conhecimentos (saber-

saber), capacidades práticas (saber-fazer), atitudes e comportamentos (saber-ser) e o conjunto das três anteriores (saber-evoluir).

Num estudo cumprido por Rcheidia *et al.* (2009) efetuado com objetivo de avaliar a percepção dos clientes com neoplasia sobre o que consideravam ser uma boa enfermeira de acordo com as suas experiências vivenciadas, os resultados foram agrupados em duas categorias, designadamente: atitudes e conhecimentos de habilidades (competências).

A primeira categoria – **Atitudes** - descreve os bons enfermeiros como alguém que se relaciona com o cliente como pessoa, ou seja, que valorize a relação interpessoal focada no relacionamento entre profissional-cliente. Define também como o enfermeiro que tem em conta a sua singularidade, não estereotipando pelo seu diagnóstico e dependência. Valorizam o profissional capaz de aumentar a sua autoestima, melhorando assim a sua saúde mental; o que possibilita a expressão de sentimentos de vulnerabilidade, levando a uma maior compreensão sobre as verdadeiras necessidades do cliente, sendo sensível ao seu sofrimento; valorizam o profissional que comete o erro e se auto responsabiliza por o mesmo e por fim estimam o profissional que manifesta empatia e sentido de humor. (Rcheidia *et al.*, 2009)

Para Barbosa *et al.* (2006), criar e manter uma relação genuína/autêntica, íntegra/respeitosa e responsável, tendo como alusão a consciência da vulnerabilidade mútua nos cuidados de saúde, tem um valor moral e permite que essa relação propague o autodesenvolvimento pessoal de ambos os intervenientes.

Nos clientes em fase terminal é fundamental ter como objetivos terapêuticos a promoção do conforto do cliente e família, sendo que a unidade objeto de cuidados é o cliente e a sua família. (Barbosa *et al.*, 2006)

Já Hesbeen (2001) defende que o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos seus conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas, revelam-se nesses casos como componentes essenciais a um cuidar de qualidade.

No que concerne à segunda categoria – **Competências** - os clientes consideram bons enfermeiros os profissionais que fornecem informações sobre a sua patologia e tratamento de forma eficaz, supervisionando o tratamento e os sintomas resultantes da mesma; os que envolvem os clientes na prestação de cuidados promovendo a sua autonomia, ajudando-os a tomar as suas decisões. Nas competências técnicas foi

salientado a capacidade de destreza no uso de técnicas, realçando o uso de medidas de segurança, assim como na capacidade de diminuir a dor e desconforto; salientando os profissionais que conhecem as suas competências e encaminham quando existe necessidade de intervenção por parte de outros profissionais. (Rcheidia *et al.*,2009)

Os cuidados ao cliente oncológico devem respeitar os direitos do cliente em cuidados paliativos: A- a receber cuidados; B- à autonomia, identidade e dignidade; C- ao apoio personalizado; D- ao alívio do sofrimento; E- a ser informado e F- a recusar tratamento (Grupo de trabalho de cuidados paliativos, 2008)

Para Hesbeen (2001), a arte de cuidar funda-se em conhecimentos e na capacidade para harmonizar os diferentes elementos que constituem uma determinada situação. Trata-se de colocar em evidência a qualidade e criatividade, sendo que esta última constitui uma obra única que exprime a competência dos profissionais em cuidar de uma pessoa na situação igualmente única que é a dela.

Em suma, os clientes de acordo com as suas experiências, circunscrevem que os bons enfermeiros possuem características em que as atitudes e competências (conhecimento e habilidades) estão interrelacionadas. É visível que a relação estabelecida entre profissional - cliente ajuda o desenvolvimento de sentimentos de otimismo, confiança, conforto e segurança. Os profissionais devem prestar cuidados de enfermagem individualizados e personalizados, promovendo o bem-estar dos clientes com neoplasia. Para estes clientes os bons profissionais deveriam aliar o conhecimento, habilidade e integração das suas habilidades em conjunto, fomentando as relações interpessoais. (Rcheidia *et al.*,2009)

Outro estudo desenvolvido por Kvale *et al.* (2010), que teve como finalidade obter informações sobre como os clientes percecionam a importância dos enfermeiros no conhecimento e tratamento da neoplasia, tendo em conta os cuidados de enfermagem de qualidade e na valorização atribuída às intervenções de enfermagem.

Nesse estudo concluiu-se que os clientes consideram que os enfermeiros que demonstram conhecimento sobre a patologia, o seu tratamento e habilidades técnicas são capazes de aliviar o sofrimento, promovendo a proteção e segurança dos clientes. Valorizam os enfermeiros experientes em detrimento dos inexperientes. (**Competência**)

Surgiram três temas explicativos sobre a importância do conhecimento clínico na qualidade do cuidar em enfermagem, sendo que: 1. Promove no cliente segurança e alívio do sofrimento, fornecendo informações úteis. Desvalorizam os enfermeiros com

ausência de habilidades técnicas, já que promoveram o sofrimento e insegurança durante o internamento; relatam o dilema vivenciado quando o enfermeiro não pede ajuda na execução de uma técnica na qual tem dificuldade e realçam a importância de receber informações sobre os procedimentos aquando do primeiro tratamento. 2. Previne e alivia o sofrimento e insegurança durante a quimioterapia e 3. Alivia a dor, atenuando os efeitos colaterais do tratamento e os sintomas da doença. Valorizam quando o enfermeiro administra terapêutica analgésica adaptada à sua classificação de dor. (Kvale *et al.*, 2010)

No controle de sintomas é imprescindível que o enfermeiro possua conhecimentos específicos, de modo a ser capaz de proceder à identificação precoce e à comunicação atempada aos restantes elementos da equipa, planeando, implementando e avaliando as intervenções mais adequadas, de caráter autónomo e/ou interdependente. (Carvalho, 2011)

No que toca ao sofrimento, este é definido como uma dimensão ontológica do ser humano, enquanto consciência de si ao ser confrontado com a vulnerabilidade perante a fragilidade face à finitude e/ou inquietação referente à finalidade da vida. As características essenciais podem ser manifestadas por sentimento de vida contrariada, perda dos quadros de referência habitual, perda de controlo sobre si, dependência em relação aos outros, isolamento profundo e alterações da consciência interna do tempo. No contexto de atuação sobre o sofrimento, o mesmo autor refere que *“as principais estratégias adaptativas desencadeadas no esforço de superação existencial só poderão ser realizadas num âmbito de uma relação humana sensível e próxima e não pelo mero preenchimento mecânico de instrumentos de avaliação”*. (Barbosa *et al.*, 2006. P.409)

Já Alves *et al.* (2012), sustenta que o sofrimento é caracterizado por angústia, dor ou aflição física, emocional e espiritual. É definido como uma emoção negativa, em que os sentimentos prolongados de enorme sofrimento associados ao flagelo e à necessidade de tolerar condições devastadoras, como os sintomas físicos, stress psicológico, má reputação ou injustiça. O mesmo autor afirma ainda que nos cuidados paliativos as principais fontes de sofrimentos são *“as perdas (autonomia e dependência de terceiros, sentido da vida, dignidade, papéis sociais, estatuto e regalias económicas); sintomas mal controlados; alterações da imagem corporal e nas relações interpessoais; modificação de expectativas e de planos; futuro e abandono por parte de familiares”*. (P.116)

Em síntese, e como relatado no estudo anterior também aqui se verifica a importância demonstrada à categoria **competência**, uma vez que os clientes reconhecem quando um enfermeiro tem conhecimentos sobre a neoplasia e o seu tratamento, promovendo desse modo o alívio do sofrimento levando a sentimentos de segurança e proteção. Deste modo providencia informação útil, administração correta da terapêutica e o alívio dos sintomas e efeitos colaterais do tratamento. Em relação às **atitudes**, o enfermeiro deve reconhecer que o sofrimento corporal pode levar ao sofrimento existencial, sendo que os cuidados de enfermagem devem ser destinados a todas as dimensões do sofrimento. O alívio dos sintomas pode ter um importante efeito nas áreas existenciais dos clientes, tais como a esperança. (Kvale et al.,2010)

No que alude ao controlo sintomático, de acordo com Barbosa *et al.* (2006) deve respeitar um conjunto de procedimentos que passam por:

- Avaliação e monitorização corretamente de sintomas;
- Utilização de estratégias terapêuticas mistas (medidas não farmacológicas e farmacológicas);
- Adequação da via de administração;
- Antecipação das medidas terapêuticas;
- Estabelecimento de planos com o cliente e família;
- Elucidação da situação;
- Reavaliação periódica;
- Dar atenção aos detalhes;
- Disponibilidade.

O autor supracitado defende ainda que os profissionais de enfermagem devida à sua maior proximidade ao cliente, tem um papel crucial na monitorização de sintomas e conseqüentemente no sucesso do processo terapêutico. Se o objetivo final do controlo sintomático passa por promover maior nível de conforto, é fundamental ser monitorizado. *“Assim recorre-se em cuidados paliativos às chamadas constantes de conforto, que dizem respeito a: 1. Presença de sintomas; 2. Qualidade de sono e 3. Bem-estar psicológico”.* (P.58/59)

Similarmente no estudo de Weert *et al.* (2013), efetuado com objetivo de conhecer as necessidades de informação e comunicação de clientes idosos com neoplasia no início do tratamento de quimioterapia, focando-se também nas necessidades identificadas e reconhecidas pelos enfermeiros, e de que forma essas

necessidades são realmente conhecidas durante as visitas onde promovem ações de educação para a saúde.

Os resultados apontam para que cerca de 82,3% dos clientes consideram importante receber informação relacionada com o tratamento, o que vai de encontro à importância dada pelos enfermeiros em relação ao mesmo tema, cerca de 81,4%. 78,8% dos clientes afirma ser muito importante a informação facultada sobre a forma como podem lidar com os efeitos colaterais no domicílio. – **Competência** - (Weert *et al.*,2013)

A grande diferença entre os clientes e enfermeiros foi encontrada na categoria “expectativas realistas”, em que cerca de 67,7% dos clientes acham muito importante os temas que tratam o prognóstico e o futuro, enquanto que os enfermeiros dão menor importância a estes aspetos, cerca de 16,8%. – **Atitudes** - (Weert *et al.*,2013),

Em suma, os clientes idosos dão maior importância à informação relacionada com o tratamento; informações reabilitativas (ou seja, o impacto do tratamento na vida diária e como lidar com os efeitos secundários no domicílio); comunicação afetiva e a discussão de expectativas realistas. (Weert *et al.*, 2013)

Para Andrade *et al.* (2013), a comunicação representa uma estratégia de extrema relevância para a prática dos CP e quando em interação com relação de atitude, cooperação, sentimento e sensibilidade, é considerado um instrumento importante impulsionador da relação entre o enfermeiro e o cliente em fase terminal. Assim sendo, a escuta atenta, o olhar e a postura é uma medida terapêutica comprovadamente eficiente para clientes que dela necessitam, sobretudo os que se apresentam em fase terminal. Quando o enfermeiro recorre à comunicação verbal e não-verbal, incentiva a participação do cliente nas decisões e cuidados específicos relacionados com a sua patologia e, dessa forma, obtêm um tratamento digno.

Já Carvalho (2011) afirma que na comunicação e relação de ajuda é esperado que o enfermeiro se pautar pelo respeito, empatia, escuta ativa, atenção, autenticidade através de uma atitude aberta que permite “ (...) *estabelecer desde o primeiro contato que qualquer pedido receberá resposta verdadeira e honesta, que nunca haverá mentira*”. (P.9).

O enfermeiro deverá estar atento ao nível de comunicação entre os familiares e entre estes e o cliente, detetando problemas, inseguranças e fragilidade e contribuindo para a resolução de conflitos. (Carvalho, 2011)

Querido *et al.* (2006) assegura que comunicar eficazmente no contexto de CP implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre o profissional de saúde, o cliente e família. Essas perícias incluem ouvir, observar e tomar consciência dos próprios sentimentos. O mesmo autor defende que a comunicação empática sobre a situação clínica, para além de uma expectativa da maioria dos clientes, é uma obrigação ética e moral da equipa de cuidados paliativos. Uma comunicação adequada é uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associado à doença avançada e terminal. Situações problemáticas mais frequentes na comunicação em cuidados paliativos com os clientes/famílias são a comunicação do diagnóstico (ter em conta o individualizar e considerar o estado de orientação; um clima de desorientação e medo do cliente e família levará a dificuldades acrescidas de um projeto minimamente realista), do prognóstico (criar um horizonte ao qual o cliente se pode ir adaptando de acordo com a sua evolução) e a transmissão de más notícias (é uma das tarefas mais difíceis de desempenhar. Sem o treino adequado, o desconforto e a incerteza associada a esta atividade pode levar os profissionais a afastarem-se emocionalmente dos clientes).

No estudo supramencionado os enfermeiros valorizam quase todos os aspetos, exceto a discussão de expectativas realistas. Apesar de ambos (clientes e enfermeiros) darem grande importância a determinados aspetos, os resultados apontam discrepâncias entre importância e desempenho durante as consultas. A maior necessidade que deve ser melhorada foi a discussão de expectativas reais, lidar com informação, comunicação interpessoal e comunicação sob medida. (Weert *et al.*, 2013)

Reid *et al.* (2009) desenvolveu um estudo que visa elucidar o significado pessoal da caquexia na neoplasia para os clientes e família.

Como resultados obtidos indicam que a ingestão reduzida frequente torna-se uma constante fonte de conflito entre os clientes e família, levando a que os clientes estejam constantemente envolvidos num ambiente focado em alimentos e do qual não podem fugir. O comportamento bem-intencionado dos familiares teve repercussões negativas sobre os clientes, que normalmente ficam chateados e com raiva do foco contínuo em alimentos. (Reid *et al.*, 2009)

Na categoria de **atitudes** o estudo indica que o enfermeiro deve ter em atenção o desespero e sofrimento emocional inerente à caquexia, uma vez que decorre durante os últimos meses de vida do cliente. Contudo os familiares não conseguem ver que a

perda de peso é uma consequência inevitável da caquexia, exemplo disso é quando a família mesmo após alteração do apetite dos clientes, continuam a incentivar o consumo máximo de ingesta oral por meio a resolver esta crise. Os clientes recorrem frequentemente ao isolamento social, tentando evitar o conflito com familiares de forma a fugir a acordos sobre alimentos. O desespero experimentado resultante do conflito sobre a ingesta de alimentos é enorme nos clientes, sendo que muitas vezes tendem a fazer acordos com familiares ou amigos promovendo a conspiração e mesmo a mentir ou omitir. Enquanto os clientes se sentiam deprimidos e perseguidos por causa desse conflito, os membros da família vivenciam o mesmo sentimento. A importância simbólica ligada à comida foi evidente, a comida era sinal de afeto e ansiedade para o bem-estar do cliente por parte dos familiares. (Reid *et al.*, 2009)

Gonçalves *et al.* (2006) defende que comer e beber são funções corporais básicas e consideradas como um sinal de saúde. A incapacidade ou dificuldade em comer podem provocar um profundo impacto físico e psicológico no cliente e família. A síndrome anorexia-caquexia é uma manifestação habitual nos clientes em situação de fase terminal, esta síndrome caracteriza-se por “(...) *um severo estado de má nutrição, devido a uma diminuição de ingestão de alimentos, alterações metabólicas e hormonais, resultantes da resposta do organismo à presença do tumor. (...) combina perda de peso, lipólise, perda de proteína muscular e visceral, anorexia, náusea crônica e astenia*” (P.168). A autora supracitada defende que as medidas farmacológicas têm pouco sucesso, devendo haver maior investimento na explicação do sintoma, nas medidas de adaptação à situação e no reforço pedagógico regular de que a caquexia não beneficia da ingestão alimentar forçada.

Em suma, os membros da família expressam maior preocupação sobre o apetite do cliente e não entendem a natureza e efeito da caquexia. Todos os participantes do estudo estavam cientes da natureza terminal da doença dos clientes. Confrontados com a magreza do cliente, os seus familiares veem a comida como um veículo de recuperação. (Reid *et al.*, 2009)

## **2. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO ACADÉMICO**

No âmbito do 3º MEMC, com vista a obtenção das competências comuns do enfermeiro especialista em EMC e competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, para a realização do presente PDA foi utilizado a metodologia de projeto.

Metodologia de projeto baseia-se *“numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência”*. (Ferrito, 2010, p.2).

O objetivo da metodologia de trabalho centra-se na resolução de problemas, permitindo a aquisição de capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. Constitui-se então uma ponte entre teoria e prática, já que o seu alicerce é o conhecimento teórico que será usado na prática. A metodologia de projeto é constituída por cinco etapas, designadamente (Nunes, 2010):

- 1ª – Diagnóstico de situação;
- 2ª – Definição de objetivos;
- 3ª – Planeamento;
- 4ª – Execução e Avaliação;
- 5ª – Divulgação dos resultados (Relatório)

## 2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é *“dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualização constante. (...) trata-se de um processo dinâmico, no qual não se parte do mesmo ponto inicial, mas de um ponto aperfeiçoado, com o intuito de ter em atenção as alterações na realidade, nas instituições de saúde e respetivos serviços, não descorando as dificuldades e complicações inerente”*. (Nunes, 2010. P.10).

Esta etapa compreende a elaboração de um mapa cognitivo que define a situação e problema que foi identificado, ou seja, o diagnóstico de situação pretende a criação de um modelo descritivo sobre a realidade na qual pretendemos atuar e mudar. (Ferrito, 2010)

O número de clientes em fase terminal que recorrem ao serviço de urgência têm vindo a aumentar, assim como a sua permanência em internamentos hospitalares, em serviços que muitas vezes não conseguem dar resposta adequada às suas necessidades.

A Direção Geral de Saúde (2013), refere que na União Europeia a previsão realizada pela *Internacional Agency for Research on Cancer* (IARC), tendo em conta o envelhecimento populacional, determina um acréscimo de novos casos de neoplasia de 13,7%. A mesma agência afirma que as previsões para Portugal são semelhantes, apontando para um aumento de 12,6%.

O número crescente da permanência de clientes no serviço de urgência em fase final de vida e a pouca tendência para a prática da relação de ajuda, tornam esta etapa da vida penosa e solitária. (Viega *et al.*, 2009).

A morte é um fenómeno complexo, em que se por um lado parece estar sempre presente ao longo da nossa vida, por outro lado parece manter-se radicalmente ausente enquanto vivemos. (Pacheco, 2004).

A escolha deste tema advém de após algum contato com clientes em fase terminal constatarmos a dificuldade que temos na prestação de cuidados diferenciados aos clientes/família, que pensamos estar relacionado com os défices de conhecimentos que temos nesta área. Estes cuidados devem ser uniformizados para se obter ganhos em saúde e demonstrar a importância que as intervenções de enfermagem têm na qualidade de vida nestes clientes/família.

Entendemos que este projeto tinha “*pernas para andar*” quando apuramos que no serviço onde a estudante realizou estágio a equipa de enfermagem apresentava dificuldades em enumerar as intervenções que melhoram a qualidade de vida e minimizam o sofrimento do cliente em fase terminal. No contexto de SU é dada muita importância à componente técnica (ao atuar já!), às situações urgentes e emergentes.

Inicialmente a temática do PDA foi sugerida pela Enfermeira Orientadora A.T.R., havendo necessidade de posterior observação pela estudante a nível dos cuidados prestados ao cliente em fase terminal no SU. A Enfermeira chefe do SU foi abordada sobre a pertinência deste projeto, não podendo o incentivo ser mais positivo e motivante, afirmou considerar que existe desvalorização destes cuidados no SU, concordando que seria uma mais-valia a transmissão de conhecimentos, por forma a

alertar os profissionais para as verdadeiras necessidades destes clientes em fase terminal.

A ULSCQ iniciou atividade em junho de 2004, abrange 5 concelhos, com área geográfica de 5.225.8Km<sup>2</sup> e perto de 100.000 habitantes. Em Novembro de 2012, sucedeu uma reorganização, ocorrendo a junção do HM com os centros de saúde dos diversos concelhos.

Nas regiões do sul, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2013), existe maior amplitude nas taxas relativas a óbitos por neoplasias.

Todavia além das neoplasias, que são a 2ª causa de morte em Portugal (20-28%), outras patologias como as insuficiências cardíacas, respiratórias, hepáticas, renais, doenças neurológicas degenerativas e demências, também necessitam de cuidados paliativos, quando se encontram em estadios avançados. (Associação Nacional de cuidados paliativos, 2006)

A OMS (2010) reconhece que os cuidados paliativos são *“uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam o problema associado à doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação perfeita e gestão da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”*. (P.13)

Para Martins *et al.* (2012), o serviço de urgência é considerado um local pouco indicado para iniciar uma abordagem paliativa, por não existir conhecimento do plano terapêutico dos clientes. Os profissionais que exercem funções nestes serviços sentem que este tipo de cuidados não é prioritário, por sentirem frustração pelo fato de não poderem atuar, assim como pelo tempo despendido nos cuidados a estes clientes em fase terminal. Os mesmos atores referem que a desculpa da falta de tempo surge como justificação para as dificuldades na prestação destes cuidados, nomeadamente no acompanhamento da família, no apoio espiritual e social, e também na construção da relação com o cliente.

Por todos os aspetos supracitados, incluindo a desvalorização dada a estes clientes, aos cuidados paliativos, e por entendermos que a estudante possui poucos conhecimentos nesta área, achamos pertinente desenvolver um PDA convictas que nos irá munir de saberes nesta área tão específica.

Por tudo o referido levantamos como problema: *défice de conhecimentos na área das intervenções de enfermagem a clientes oncológico*.

Como problemas parcelares enumeramos a escassez de artigos científicos na área das intervenções de enfermagem a clientes em fase terminal e poucos conhecimentos na área das intervenções de enfermagem a clientes oncológicos.

Desta forma definimos como prioridades realizar uma revisão sistemática da literatura sem metanálise sobre as intervenções de enfermagem a clientes oncológicos, conhecendo as suas verdadeiras necessidades, nunca descorando a família. (Apêndice 2)

## 2.2.DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos pretende que os problemas identificados sejam descritos sucintamente de forma a delimitar o problema que o projeto visa resolver, promovendo a formulação clara dos objetivos. (Nunes, 2010)

### **Objetivo Geral**

- Adquirir conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem diferenciados ao cliente oncológico.

### **Objetivos específicos**

1. Realizar uma revisão sistemática de literatura sem metanálise sobre as necessidades dos clientes/família e intervenções de enfermagem ao cliente oncológico;
2. Elaborar um dossiê temático sobre os cuidados de enfermagem diferenciados, a clientes com doença oncológica, intitulado: Cuidar e Respeitar o Cliente Oncológico.

## 2.3. PLANEAMENTO

Na fase do planeamento faz-se o levantamento dos recursos e condicionantes à concretização do projeto. São também definidas as atividades a desenvolver, metodologia de pesquisa e o cronograma de atividades. (Nunes, 2010)

No planeamento do PDA propusemo-nos fazer o ponto de situação do projeto e refletir sobre o percurso percorrido. (Apêndice 3)

O ponto de partida deste projeto foi sem dúvida caminhar para a melhoria da qualidade nos cuidados prestados ao cliente em fase terminal, conhecer e posteriormente aplicar as intervenções adequadas a esta população e suas famílias.

**Objetivo Específico:** 1. Realizar uma revisão sistemática de literatura sem metanálise sobre as necessidades dos clientes/família e intervenções de enfermagem ao cliente oncológico;

### **Atividades a desenvolver:**

- a) Elaboração de uma revisão sistemática da literatura sem metanálise, seguindo o método de elaboração de revisão sistemática de Cochrane HandBook:
  - 1. Elaboração de uma pergunta bem definida;
  - 2. Localização de estudos;
    - 2.1. Escolha de palavras-chaves;
    - 2.2. Seleção de estratégias de busca e escolha de base de dados;
    - 2.3. Escolha de critérios de inclusão e exclusão para a seleção de artigos.
  - 3. Recolha dos estudos;
  - 4. Avaliação crítica dos estudos;
  - 5. Análise e interpretação dos estudos;
  - 6. Apresentação de resultados.

### **Indicadores de avaliação:**

- 1. Formulação da pergunta de investigação focada nas intervenções de enfermagem ao cliente oncológico.

2. Identificação de artigos relevantes, selecionando inicialmente as palavras-chaves, a escolha de base de dados e por fim os critérios de inclusão e exclusão dos artigos.
3. Seleção de dados relevantes
4. Verificação da qualidade dos estudos
5. Tabela de resultados
6. Descrição das evidências científicas

**Objetivo Específico:** 2. Elaborar um dossiê temático sobre os cuidados de enfermagem diferenciados, a clientes com doença oncológica, intitulado: Cuidar e Respeitar o Cliente Oncológico.

#### **Atividades a desenvolver**

- a. Realização do dossiê temático
- b. Discussão do dossiê temático com a Enf.<sup>a</sup> orientadora e docente;
- c. Introdução de alterações, caso necessário;
- d. Divulgação do dossiê temático.

#### **Indicadores de avaliação:**

1. Dossiê temático.

No decorrer do planeamento como constrangimentos definimos:

- Barreiras linguísticas na pesquisa e tradução de artigos, que foi ultrapassado com recurso a dicionários e Google tradutor;
- Dificuldade na realização de uma revisão sistemática da literatura sem metanálise por inexperiência da estudante.

## **2.4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO**

Execução é definida como uma etapa onde é crucial a procura de dados, informações ou documentos que visem a resolução dos problemas definidos, segundo a divisão de tarefas e a gestão de tempo inicialmente definidos. Implica a mobilização de meios, situando-se nas realidades representadas. (Nunes, 2010)

Já a avaliação de acordo com a mesma autora é um processo complexo, que implica a contemplação das várias vertentes de análise e reflexão. Deve fornecer *“elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficácia (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficiência (relação entre a ação e os resultados). (P.24)*

A concretização do PDA teve como base as orientações definidas pelo Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions no que concerne à elaboração de revisões sistemáticas sem metanálise.

Revisão sistemática é uma técnica científica, objetiva, eficiente e reproduzível que permite extrair os resultados de estudos independentes, avaliar a consistência de cada estudo e inevitavelmente explicar as inconsistências e conflitos. É uma técnica que *“aumenta a acurácia dos resultados, melhorando a precisão das estimativas de efeito de uma determinada intervenção clínica”* (Pocinho, 2008. P.12). Para a mesma autora a metanálise (análise estatística), só poderá ser efetuada se os estudos incluídos forem semelhantes, isto é, se a amostra, a intervenção e os desfechos clínicos forem homogêneos. Se a combinação dos estudos não fazem sentido clínico e metodológico, a metanálise não deve ser executada.

Galvão *et al.* (2004), defende que a revisão sistemática é uma solução que proporciona uma síntese do conhecimento baseado em pesquisa, relativo a um tópico específico. Muitas vezes os enfermeiros manifestam dificuldade no uso de pesquisas devido à falta de tempo, falhas na procura de pesquisas e dificuldades de habilidades para avaliar e sintetizar as pesquisas encontradas.

Passamos agora a descrever as etapas efetuadas que levaram há concretização dos objetivos definidos no planeamento deste projeto.

O **1º objetivo específico** delineado consistiu na realização de uma revisão sistemática da literatura sem metanálise sobre as necessidades dos clientes/família e intervenções de enfermagem ao cliente oncológico, seguindo o método Cochrane HandBook.

O método Cochrane define sete etapas essenciais há realização da revisão sistemática: 1- Elaboração de uma pergunta bem definida; 2- Localização e seleção de estudos; 3- Avaliação crítica dos estudos; 4- Recolha de dados; 5- Análise e

apresentação dos dados; 6- Interpretação de resultados; e 7- Aperfeiçoamento e atualização. (Pocinho, 2008).

De forma a adequar este método ao nosso PDA, as etapas foram reajustadas despontando: 1. Elaboração de uma pergunta bem definida; 2. Localização estudos (englobando escolha de palavras-chaves; seleção de estratégias de busca e escolha de base de dados; e escolha de critérios de inclusão e exclusão para a seleção de artigos.) 3. Recolha dos estudos; 4. Avaliação crítica dos estudos; 5. Análise e interpretação dos estudos; 6. Apresentação de resultados.

Após a confirmação da temática efetuamos uma pesquisa bibliográfica exaustiva, que iniciou-se com a necessidade de dominar a realidade dos cuidados paliativos, a sua finalidade e missão.

A **primeira etapa** para a elaboração de uma revisão sistemática da literatura sem metanálise, consistiu na formulação de uma pergunta de investigação.

Pocinho (2008) afirma que *“questões mal formuladas levam a decisões obscuras sobre o que deve ou não ser incluído na revisão”*. (P.15)

Para Santos *et al.* (2007), uma pergunta adequada e bem construída possibilita a definição correta de que informações (evidências) que são necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa, maximizando a recuperação de evidências nas bases de dados. O mesmo autor defende que a PBE propõe que os problemas clínicos que surgem na prática de cuidados, de ensino ou pesquisa, devem ser decompostos e a seguir organizados utilizando a estratégia PICO (**P**articipantes; **I**ntervenção; **C**omparação e **O**utcomes/resultados).

A primeira pergunta de investigação foi desenvolvida entre na 1ª e 2ª semana de Maio de 2014, contudo no decorrer da pesquisa em bases de dados, houve necessidade de alterá-la, já que a inicialmente definida: *“Clientes oncológicos, que intervenções de enfermagem?”* abrangia um grande leque de informação, tornando-se impossível de todo abranger os resultados que se poderiam obter.

A pergunta final ficou concluída na 1ª semana de Setembro de 2014. Posto isto, propusemo-nos responder à seguinte questão de investigação: *“Quais as intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades expressas pelo cliente oncológico?”* em que:

Participantes	Cliente oncológico (necessidades)
Intervenções	Intervenções de Enfermagem
Comparação	_____
Resultados	Empowerment da estudante

No que respeita à **segunda etapa** - localização de estudos - para Pocinho (2008) esta etapa incide no identificar os estudos relevantes, que passa por a pesquisa em bases de dados eletrónicas, verificar referências bibliográficas dos estudos relevantes, solicitar estudos a especialistas e mesmo revistas e informações de congressos. Cada uma das fontes deverá estar claramente identificada em relação ao método que se utilizou para a encontrar.

Na realização deste projeto a localização de estudos foi efetuado com recurso à pesquisa nas bases de dados da Biblioteca do Conhecimento On-line (B-On), que emergiu para as bases de dados: Medline, Sciverse e CINAHL. Recorreu-se à pesquisa avançada com as seguintes palavras-chave: “*Cancer Patient*” AND “*Nursing Interventions*”, selecionando posteriormente assuntos “*Nursing Care*” na Medline e Sciverse e no Booleano da CINAHL: “*Nursing care*” AND “*Cancer Patients*” e posteriormente no subconjunto de assuntos: “*Cancer*”. Na procura de estudos, definimos inicialmente como critérios de inclusão: artigos datados a partir de 2009, com idioma em Português ou Inglês. Posteriormente de forma a afunilar ainda mais os resultados foram selecionados os artigos que apresentassem como amostra clientes com idade superior ou igual a 18 anos e regularmente acompanhados por enfermeiros. Os critérios de exclusão incluem artigos anteriores a 2009, em outra língua que não a Portuguesa ou Inglesa, que se centrassem: num só tipo de neoplasia; na comparação entre sintomatologia e que fosse aplicado a famílias após o óbito do cliente. As três atividades supramencionadas foram realizadas em simultâneo, entre a 4ª semana de Maio e a 1ª semana de Junho de 2014.

Já a **terceira etapa** – Recolha de estudos – foi realizada entre a 1ª semana de Junho e a 2ª semana de Julho. Pocinho (2008) defende que é nesta fase metodológica

que as variáveis de cada estudo, as características da metodologia, dos participantes e as conclusões clínicas são registradas e resumidas.

Durante a pesquisa, foram identificados com os primeiros critérios de inclusão, um total de 263 artigos, sendo 137 artigos da Medline, 104 da Sciverse e 43 da CINAHL.

Com a aplicação da totalidade dos critérios de inclusão, foram reduzidos para 21 artigos: 9 da Medline, 1 da Sciverse e 11 da CINAHL. Após a análise dos resumos (21 artigos) foram selecionados 15 artigos e com a análise completa dos artigos ficaram reduzidos a 4: 1 artigo da base de dados da Sciverse, 1 da Medline e 2 da CINAHL e 11 artigos excluídos (Apêndice 4)

Os artigos selecionados foram:

<b>Artigo</b>	<b>Método</b>	<b>Amostra</b>	<b>Objetivos</b>
<p><b>1.</b> Older Cancer patients, informations and communication nedd: What they is what they yet? Kvale <i>et al.</i> (2010)</p> <p><b>Base de Dados:</b> Sciverse</p>	<p>Abordagem Quote chemo (relaciona a qualidade do atendimento, com base nas necessidades e expetativas do cliente)</p>	<p>Realizado em 10 alas de dez hospitais holandeses (n=361).</p>	<p>Conhecer simultaneamente as necessidades de informação e comunicação dos clientes idosos com neoplasia no início do tratamento de quimioterapia. E similarmente as necessidades percebidas e reconhecidas pelos enfermeiros, e de que forma essas necessidades são realmente dominadas durante as ações de educação para a saúde.</p>
<p><b>2.</b> Fighting Over Food: Patient and Family understanding of Cancer Cachexia Reid <i>et al.</i> (2009)</p> <p><b>Base de Dados:</b> Medline</p>	<p>Pesquisa fenomenológica, interpretativa</p>	<p>Amostragem intencional para selecionar clientes com neoplasia avançada com caquexia que frequentem unidades de internamento e ambulatório (8 clientes e 8 familiares de referência).</p>	<p>Elucidar o significado pessoal da caquexia na neoplasia para os clientes e família</p>

<p>3. Cancer patient perceptions of the Good Nurse: a Literature Review Rcheidia <i>et al.</i> (2009)</p> <p><b>Base de Dados:</b> CINAHL</p>	<p>Revisão sistemática da literatura.</p>	<p>Pesquisa nas bases de dados: Medline; CINAHL, Biblioteca Cochrane, Invert e PsycINFO; artigos publicados entre janeiro 1998 e Julho 1998.</p>	<p>Avaliar a percepção dos clientes com neoplasia sobre o que consideram uma boa enfermeira, de acordo com as suas experiências vivenciadas.</p>
<p>4. Patients' perceptions of the importance of Nurses knowledge about cancer and its treatment for quality Nursing Care Weert <i>et al.</i> (2013)</p> <p><b>Base de Dados:</b> CINAHL</p>	<p>Abordagem fenomenológica.</p>	<p>Amostragem intencional (n=20, 10 sexo feminino e 10 sexo masculino).</p>	<p>Obter informações sobre a percepção da importância dos enfermeiros, no conhecimento e tratamento da neoplasia tendo em conta os cuidados de enfermagem de qualidade. Reflete também a valorização das intervenções de enfermagem dada pelos clientes oncológicos</p>

**Tabela 1-** Artigos incluídos no PDA

Na **quarta etapa** denominada avaliação crítica dos estudos, para Pocinho (2008) é nesta fase que se identificam os estudos incluídos na revisão, assim como os que preenchem os critérios de validade. Cada estudo deve ser citado conjuntamente com a justificativa da sua exclusão. (Apêndice 4)

Na avaliação crítica, os 4 artigos foram avaliados de acordo com a CASPe (Critical Appraisal Skills Programme España). A CASPe consiste num programa criado no Institute of Health Sciences of Oxford e visa auxiliar os profissionais de saúde a adquirir habilidades na procura de informação e na leitura crítica de uma literatura científica, por forma a obter evidência científica necessária para a tomada de decisão.

Na CASPe (2006), três questões precisam ser consideradas na apreciação de um estudo qualitativo: **Rigor** (a abordagem é completa e adequada, foram aplicados os principais métodos de investigação?); **Credibilidade** (os resultados estão bem apresentados e são significativos?) e **Relevância** (os resultados são úteis, quer para a prática ou organização?).

É constituída por 10 questões, em que a maioria permite a resposta de Sim, Não e Não Sei. As perguntas a avaliar em primeiro lugar consistem na validade interna do estudo em termos metodológicos adotados, em segundo lugar identifica quais os resultados da investigação e por fim, em terceiro lugar analisa se os resultados obtidos no estudo se podem aplicar aos nossos clientes. (CASPe, 2005)

Os artigos supramencionados deram resposta a todas as perguntas da CASPe., tendo sido elaborado entre a 2ª e 3ª semana de Setembro (Apêndice 5). Posteriormente foram avaliados por a Enfermeira Orientadora A.T.R. e a Docente E.M.

E por fim na **quinta e sexta etapa**. Pocinho (2008) declara que a análise e apresentação dos resultados de cada agrupamento de estudos deve ser pré-estabelecido no projeto, assim como a sua apresentação por forma a facilitar o raciocínio do leitor. Já a interpretação dos resultados de acordo com a mesma autora, é determinada pela força da evidência encontrada assim como a sua aplicabilidade na prática de acordo com riscos e benefícios.

Os resultados obtidos evidenciam que os clientes oncológicos referem défices nas competências relacionais dos enfermeiros ao nível da comunicação e relação interpessoal e nas competências técnicas resultante do alívio de sintomas, daí ser imperativo intervir nessas lacunas a fim de promover cuidados individualizados e personalizados ao cliente e simultaneamente família. Estas etapas foram concluídas no prazo estipulado (entre a 2ª semana de Setembro e a 1ª semana de Novembro)

O **2º objetivo específico** visou a elaboração de um dossiê temático sobre os cuidados de enfermagem diferenciados, a clientes com doença oncológica, intitulado: Cuidar e Respeitar o Cliente Oncológico. (Apêndice 6)

Para Lourenço (2004), dossiê temático é constituído por um conjunto de documentos reunidos, resultante de uma pesquisa bibliográfica e relacionados com uma temática, que podem ser utilizados para aprofundar um determinado assunto.

Inicialmente houve dificuldade em organizar estruturalmente o dossiê temático. Foi ordenado em três problemas manifestados pelos clientes oncológicos, como sendo fundamental intervir: Comunicação; Relação Interpessoal e por fim Alívio de Sintomas. Na execução do dossiê foram descritas as conclusões expressas nos artigos, fundamentadas pelos mesmos autores e por outros de referências a nível de cuidados paliativos que fossem de encontro a essas mesmas ideias e conclusões. Estas atividades realizaram-se entre a 1ª semana de Novembro à 1ª semana de Dezembro de 2014.

Após a elaboração do dossiê, que foi alvo de discussão inicialmente entre a estudante e orientadora de estágio A.T.R., foram feitas as alterações sugeridas (entre a 2ª semana e 3ª semana de Dezembro), tendo sido posteriormente encaminhado para a docente que propôs a inclusão de outras informações enriquecendo deste modo o conteúdo do dossiê. Todas as alterações sugeridas e pertinentes foram efetuadas entre a 2ª semana de Dezembro e a 2ª semana de Janeiro.

A etapa E) que consistia na realização de pedido de autorização ao Conselho de Administração (C.A.) para divulgar o dossiê temático não foi efetuada. Após abordagem da estudante à Enfermeira Chefe do SU e por se tratar de um trabalho acadêmico, concluiu-se não ser necessário efetivar o pedido ao C.A. . O dossiê foi facultado à Enfermeira Chefe do SU e divulgado à equipa de enfermagem do respetivo serviço na 3ª semana de Janeiro, sendo também cedido à unidade de convalescença onde exercemos atividade profissional.

Posto isso e com objetivo a melhoria dos cuidados, visando sempre a melhoria da qualidade, a OE (2001) afirma que “(...) *a qualidade exige uma reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir (...)*” (P.5). Logo a PBE tende a melhoria dos cuidados através da identificação e promoção de práticas que funcionem, eliminação das ineficientes ou prejudiciais, minimização da lacuna entre a geração da evidência e a sua aplicação no cuidar o cliente. (Santos *et al.*, 2007)

### **3. PROJETO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

Neste capítulo apresentamos o PAC que integra a dimensão B das competências desenvolvidas nos estágios I, II e III no SU do HM.

O PAC é um instrumento de avaliação em que as aprendizagens estão orientadas de acordo com as Competências Comuns do Enfermeiro especialista, Competências do Enfermeiro o Especialista em Pessoa em Situação Crítica e as Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Tendo em conta que no decorrer do PDA desenvolvemos as competências L5 e L6 inerentes às competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica ou Paliativa, pretendemos deste modo com o desenvolvimento do PAC adquirir as competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica de acordo com as etapas da metodologia de trabalho de projeto.

*“ K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica ”;*

*“K.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima da conceção à ação”;*

*“K.3. Maximiza intervenções na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade em respostas em tempo útil e adequadas.”*

(Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. P.8657)

Passamos agora a descrever o diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação de atividades para cada uma das competências supracitadas.

### 3.1.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Neste capítulo refletimos, descrevemos e analisamos com uma atitude crítica as competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica que desenvolvemos no decorrer dos estágios I, II e III.

*“ K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica ” (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. P.8657)*

No decorrer do estágio I, II e III realizado no SU observamos que a equipa de enfermagem avaliava a dor utilizando a escala numérica de 0 a 10, contudo existiam

casos em que se descorava este sinal vital, em detrimento de outros sintomas. A dor quando o cliente se encontrava internado na sala de observações era avaliada uma vez por turno, sendo que na maioria das vezes a analgesia prescrita não ia ao encontro às necessidades do cliente, quer por a intensidade ou durabilidade da mesma.

A DGS emitiu em 2003 uma Circular Normativa que considera a dor o 5º sinal vital. Instituiu que a avaliação e o registo regular da intensidade da dor passaram a ser obrigatórios em todos os serviços de saúde, reforçando que os enfermeiros como sendo o único grupo profissional que permanece 24h sob 24h com os clientes, tem o dever de “*avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados*”. (OE, 2008. P. 16)

Após a avaliação da dor deve-se escolher a intervenção a desenvolver, podendo ser farmacológica ou não farmacológica. Nas intervenções farmacológicas fazem parte a administração de analgésicos, anti-inflamatórios ou anestésicos. Já nas intervenções não farmacológicas considera-se a aplicação de medidas e técnicas para a prevenção e tratamento da dor em que não são utilizados medicamentos (OE, 2008).

O controlo da dor é o processo dinâmico de estratégias e/ou ações coordenadas que têm como objetivo prevenir, avaliar e tratar a dor. Sempre que o enfermeiro preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (OE, 2008).

Os estágios realizados no SU para além de nos terem proporcionado aprendizagens a nível técnico e teórico, também nos ajudou a conhecer a relação que se estabelece entre enfermeiro-cliente/família. Devido ao stress inerente aos cuidados realizados neste serviço dotado pela rapidez, eficácia e eficiência, foi observado que existiam lacunas no que concerne à relação, quer pela instabilidade do cliente, limitação de visitas tanto em número como em tempo e pela redução de profissionais de saúde, tendo sido deste modo pertinente intervir nesse aspeto incentivando a cooperação da equipa de enfermagem.

Existem três fenómenos que são a essência da relação do enfermeiro-clientes/família: o contato, a comunicação e a interação. (Sapeta *et al.*, 2007)

De acordo com a OE (2011), no exercício profissional o enfermeiro centra-se na relação interpessoal entre o profissional e a pessoa, ou grupo de pessoas (família ou comunidades). Essa relação é caracterizada pelo respeito que o profissional apresenta

sobre as capacidades do cliente, assim como na valorização dada ao seu papel. A relação “*desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que têm por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de vida*”. (P.1)

Desde sempre é reconhecido que uma relação quando autêntica baseada no respeito e confiança, tendo em conta a singularidade do cliente pode beneficiar o seu bem-estar e da sua família.

A comunicação é fundamental no cuidado em enfermagem estando sempre implícita em todas as intervenções, desde orientar, informar, apoiar e atender as necessidades básicas e comunicar as más notícias. Pode ser definida como uma das ferramentas que utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional, já que o papel do enfermeiro não se traduz somente na execução de técnicas e procedimentos, mas sim na ação de cuidados abrangentes. A comunicação em enfermagem baseia-se no relacionamento enfermeiro-cliente/família, que se traduz no respeito pelos valores, crenças e atitudes do cliente/família. Daí tomar uma importância decisiva, em interação com o comportamento e atitudes de cada profissional. (Ponte *et al*, 2008).

A comunicação facilita a identificação dos problemas por parte do enfermeiro e permite o planeamento, estabelecimento de metas, seleção de intervenções apropriadas essenciais à elaboração de um plano de cuidados, e por fim a prestação de um atendimento qualificado de enfermagem. (Ponte *et al*, 2008).

Por tudo isto, delineamos como objetivo específico: Prestar cuidados diferenciados ao cliente em situação crítica

Na competência K2, como forma de colmatar défices de conhecimentos na área de catástrofe foi realizada pesquisa a nível nacional (Comissão Nacional da Proteção Civil) e institucional (Intranet da ULSCQ).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 27/2006, no artigo 6º, “(...) *todos os trabalhadores estão obrigados a participar nos Planos de Emergências dos seus locais de trabalho*”(P.4697), sendo que é necessário que apresentem conhecimento sobre o mesmo, sobre quais os procedimentos a adotar em situações de emergência.

A proteção civil é uma atividade desenvolvida pelo Estado, Regiões Autónomas e autarquias locais, cidadãos e entidades públicas e privadas. Como objetivo pretende a prevenção de riscos coletivos inerentes a situações de acidente grave e catástrofes, atenuando os seus efeitos, protegendo e socorrendo as pessoas e bens em perigo quando aquelas situações ocorram. (Decreto-Lei n.º. 27/2006. Artigo 1º)

De acordo com o Decreto-Lei n.º 27/2006 (artigo 3º), catástrofe é definida como um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocar elevados prejuízos materiais e eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida da população. Existem duas situações que podem levar à catástrofe: situações de alta intensidade mas de curta duração, em que o fator desencadeante ocorre de forma inesperada atingindo um pico dentro de poucas horas (ex. desastres naturais) e as situações de baixa intensidade mas de longa duração (ex. pandemias).

Os planos de emergência de proteção civil são documentos formais, definidos pela proteção civil, que traduzem as orientações sobre o modo de atuação dos vários organismos, serviços e estruturas a desenvolver em operações de proteção civil (Resolução n.º. 25/2008). De acordo com o seu objetivo, os planos de emergência de proteção civil podem ser designados de planos gerais ou especiais. O primeiro foi elaborado para enfrentar a generalidade das situações de emergência, que se admitem em cada âmbito territorial e administrativo, em que de acordo com a sua extensão podem ser nacional, regional, distrital e municipal. O segundo tem como finalidade ser aplicado em situações que envolvam acidentes graves e catástrofes específicas, em que a natureza requeira uma metodologia técnica ou científica adequada, cuja ocorrência no tempo e espaço seja possível com elevada probabilidade ou, mesmo com baixa probabilidade associada, possa vir a ter consequências inaceitáveis, em relação à sua extensão pode ser supramunicipal ou supradistrital. (Resolução n.º. 25/2008).

Na instituição onde realizamos o estágio I, II e III, o Plano de Emergência Interno está implementado desde Setembro de 2008. A equipa de intervenção é constituída por responsável de segurança, delegado de segurança e substitutos, e por agentes de segurança. No HM o objetivo do plano de emergência interno é assegurar a capacidade de intervenção própria, no sentido de reduzir o mínimo as consequências originadas por situação de risco que apesar das medidas de prevenção adotadas, tenham evoluído para sinistros potencialmente causadores de situações de emergência. Foi criado em articulação com a Comissão Nacional de Proteção Civil, sendo composto por um conjunto de procedimentos e instruções abrangentes que devem ser conhecidas por todos os funcionários do hospital. Cabe a cada serviço, tendo em conta as suas especificidades e prioridades, proceder à evacuação dos clientes, família e funcionários para os pontos estratégicos definidos no plano de emergência interno com rapidez, organização e segurança (Plano de Emergência Interna, 2008)

A presença de um elevado número de ocupantes em condições de deficiente capacidade de percepção e reação a uma situação de alarme, faz com que o aspeto fundamental em termos de segurança dessas instalações seja a prevenção, já que o processo de evacuação encontra-se fortemente comprometido. A primeira preocupação a nível de segurança deste tipo de edifícios deverá ser a prevenção na ocorrência de situações indesejáveis ou, caso estas venham a ocorrer, limitar ao máximo a propagação de modo a reduzir a necessidade de evacuação dos ocupantes, com exceção da zona afetada. (Plano de emergência interna, 2008)

Durante os estágios no SU observamos que não existia material de suporte em local visível e de fácil acesso que reforçasse a atuação dos profissionais em caso de incêndio.

Por tudo isso, definimos como objetivo específico: Elaborar um póster intitulado: Incêndio, como atuar. (Apêndice 7)

Na competência K3 optamos por dar a conhecer o método subcutâneo, utilizado pela estudante no serviço onde exerce atividade profissional e desconhecido em outros serviços que não Unidades de Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados.

Desde o início do estágio I e II até ao final do III, a estudante observou as intervenções de enfermagem prestadas ao cliente, cujo foco central seria a hidratação e administração terapêutica. Verificamos que muitas vezes o cliente com necessidade de hidratação apresentava acesso endovenoso, com apenas esse fim, o que por si só para além de ser mais dispendioso para o meio hospitalar, é mais incómodo para o cliente/menos confortável e poderá aumentar significativamente a ocorrência de IACS. Durante esta fase a estudante foi intervindo junto da equipa de enfermagem do SU para a adoção do método subcutâneo, explicando a técnica, os riscos e benefícios com recurso a partilha de artigos científicos.

As IACS, também denominadas por infeções nosocomiais, são um problema transversal para o qual e apesar da sua prevalência existem programas regulares cujo objetivo é minorar a sua ocorrência.

Portugal é um dos países da união europeia com maior taxa de prevalência de infeções nosocomiais, atingindo valores de 9,8%. (Despacho nº. 2902/2013)

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 as IACS complexificam o tratamento adequado dos clientes, sendo uma das causas de maior morbidade e

mortalidade, simultaneamente exigindo um maior consumo de recursos tanto hospitalares como da comunidade.

No HM, o Grupo Coordenador Local Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), a antiga Comissão do Controlo de Infecção é constituída por uma equipa multidisciplinar. Esta equipa é composta por órgãos de assessoria técnica de apoio à gestão, na área de prevenção e controlo de infeção, constituindo um recurso indispensável na implementação do Programa Nacional de Prevenção e controlo de infeção associadas aos cuidados de saúde. O seu papel abrange três vertentes imprescindíveis no controlo da infeção: vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento das normas e recomendações de boas práticas e a formação dos profissionais. (DGS,2007).

O GCL-PPCIRA promove diversas formações direcionadas ao controlo de infeção e técnicas potenciadoras de ocorrência de infeções que devem ser reproduzidas pelos elos de ligação existentes em cada serviço. As formações providas pelos elos de ligação são de carácter obrigatório, abrangendo todos os profissionais de saúde.

Perante tudo isto, achamos pertinente abordar o método subcutâneo, por apresentar para além de várias vantagens, o baixo índice de infeção.

No decorrer do estágio, foi observado que existe uma grande discrepância no que diz respeito à adoção de procedimentos, isto é, no SU não adotam o método subcutâneo, apesar de subsistirem clientes nesse serviço que o justificam, exemplo disso é quando existe necessidade de hidratação e administração terapêutica. Achamos que seria uma mais valia dar a conhecer um método frequentemente utilizado em serviços de internamento (cuidados continuados e cuidados paliativos) que apresenta inúmeras vantagens – o Método Subcutâneo.

A via de administração subcutânea é indicada como via de segunda opção de fármacos de forma contínua ou intermitente nos clientes em cuidados paliativos que não podem usar a via oral. (Pontalti *et al.*, 2012)

O método subcutâneo consiste na administração de uma solução no tecido subcutâneo, localizado abaixo da derme cuja vascularização é similar à que se observa nos músculos. (Pontalti *et al.*, 2012)

Lopes *et al.* (2012) asseguram que a via subcutânea é suprema, quando se depara com perda ou alterações da via oral, surge a necessidade de escolha de uma nova via para a administração de terapêutica ou hidratação. Esta via impera por diversas

vantagens, das quais se destaca a manutenção de autonomia, mobilidade do cliente e pela facilidade de manuseamento pelo cliente e família.

Para Pontalti *et al.* (2012) a perfusão subcutânea oferece uma série de vantagens face à perfusão intravenosa. Além da comodidade, têm poucos efeitos adversos: é menos dolorosa, de fácil manipulação e conservação no domicílio e apresenta um baixo índice de infecção.

Como objetivo específico definimos elaborar um dossiê temático onde se abordou num capítulo individualizado a temática: Método subcutâneo. (Apêndice 6)

### 3.2.PLANEAMENTO

À semelhança do que foi realizado no PDA, iremos seguidamente descrever o planeamento do PAC, por forma a promover uma estrutura sequencial dos objetivos delineados, com vista a aquisição das competências específicas do enfermeiro em pessoa em situação crítica (K1; K.2. e K.3.).

*“ K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”.* (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. P.8657)

**Objetivo específico:** Prestar cuidados diferenciados ao cliente em Situação Crítica.

Para dar resposta ao objetivo definimos como atividades e estratégias a realização de estágio no SU com vista a prestação de cuidados ao cliente/família a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica; a execução de pesquisa bibliográfica e eletrónica sobre a temática: dor e relação interpessoal e por fim a divulgação e implementação das aprendizagens apreendidas.

*K.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”* (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. P.8657)

**Objetivo específico.** Elaborar um póster sobre a temática: Incêndio, como atuar.

Para dar resposta a este objetivo definimos como atividades e estratégias a desenvolver a realização de pesquisa bibliográfica e eletrónica acerca da temática dos incêndios a nível hospitalar; a presença em uma formação denominada: *“Meios de combate a incêndio, plano de emergência interna e plano de evacuação”*; a elaboração

de um póster intitulado: Incêndio como atuar; a facultação do póster à Enfermeira Orientadora e Docente E.M., obtendo sugestões sobre a pertinência da temática e sua estrutura; a realização das alterações sugeridas; a concretização de pedido de autorização para divulgação do póster e por fim a sua divulgação e implementação. (Apêndice 7)

*“K.3. Maximiza intervenções na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade em respostas em tempo útil e adequadas”* (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. P.8657)

**Objetivo específico** - Elaborar um dossiê temático onde se aborde a temática: Método subcutâneo.

Para atingirmos este objetivo foram definidas como atividades e estratégias a desenvolver primeiramente a observação da atuação dos enfermeiros do SU, quando se deparam com clientes que necessitem fundamentalmente de hidratação e administração terapêutica específica; a realização de pesquisa bibliográfica e eletrónica sobre a temática: Método subcutâneo; a elaboração de um capítulo no dossiê temático sobre o método subcutâneo; o encaminhamento para a Enfermeira Orientadora e Docente; a execução das alterações sugeridas e por fim a divulgação e implementação do método subcutâneo. (Apêndice 6)

### 3.3.EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PAC

Após a realização do planeamento, tendo em conta os princípios preconizados na metodologia de projeto, passamos agora à descrição da fase de execução e avaliação, detendo como primórdio a concretização das competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.

*“ K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”*. (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. P.8657)

**Objetivo específico:** Prestar cuidados diferenciados ao cliente em Situação Crítica.

Por forma a dar resposta a esta competência, fizemos estágio no SU do HM, que proporcionou momentos bastante enriquecedores.

Durante o estágio vivenciamos situações que proporcionaram a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, intercedendo na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica. Para Sapeta *et al.* (2012), a enfermagem de urgência é pluridimensional, já que se aclara pela diversidade de conhecimentos, de clientes e de processos de doença. O enfermeiro de urgência exige ter a capacidade ímpar de avaliar, intervir e cuidar quer da forma mais geral, à mais específica.

Foram executados cuidados a clientes vítimas de atropelamentos em conjunto com a equipa multidisciplinar, com fraturas expostas e traumatismos crânio-encefálico, com hemorragia ativa com necessidade de drenagem emergente, entubação orotraqueal com ventilação assistida e posterior transferência para serviços especializados (Serviço de Neurológica). Durante a prestação desses cuidados foram tidas em atenção possíveis situações antecipatórias de instabilidade, demonstrado através do domínio do algoritmo de suporte avançado de vida e na eficaz gestão de intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades demonstradas pelo cliente. No contexto do SU incidimos intervenções focadas na avaliação e controlo da dor e na gestão de comunicação interpessoal quer para o cliente, como para a família, definindo deste modo estratégias comunicacionais que facilitassem as barreiras à comunicação.

Para Sheehy's (2001) o controlo da dor no SU tem sido descorado, sendo que o enfermeiro tem a obrigação de promover o alívio eficaz da dor nos clientes. A autora enumera três razões evidenciadas no SU que levam à desvalorização deste sinal vital: 1- os profissionais consideram que o tratamento da dor pode atrasar ou complicar a observação ou o exame do cliente; 2- não acreditam ou não compreendem a queixa do cliente relativamente à dor e 3- apresentam relutância no uso de opióides devido ao receio de habituação ou de efeitos secundários incontroláveis, que coloquem em risco a vida do cliente, como por exemplo o surgimento de falência respiratória.

*“K.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”.* (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. P.8657)

**Objetivo específico** - Elaborar um póster sobre a temática: Incêndio, como atuar.

Frequentamos uma formação, com duração de quatro horas, que ocorreu a 17 Junho de 2014 no HM, denominada: *“Meios de combate a incêndio, plano de emergência interno e plano de evacuação”*. A formação foi ministrada pelo Núcleo de formação em conjunto com os elementos responsáveis pela segurança no hospital, que

promoveram ações de formação direcionadas a todos os profissionais da instituição, no qual foram abordadas a temática de planos de emergência interna, com maior ênfase nos procedimentos perante um incêndio, com vista à priorização dos clientes, promovendo desse modo comportamentos que permitam a evacuação eficaz de clientes em caso de incêndio (Anexo 1). Efetuamos pesquisa bibliográfica e eletrônica com maior incidência no Plano de Emergência Interno do HM (3ª semana de Junho de 2014). Na mesma semana, realizamos o póster tendo em conta a realidade do HM (preconizado no Plano de Emergência Interno), abrangendo as medidas a adotar em caso de incêndio hospitalar no SU. Foi posteriormente observado pela Enfermeira orientadora e Docente, tendo sido posteriormente feitas alterações na estrutura para uma melhor organização e compreensão, e por fim divulgamos e implementamos o póster. O póster ficou concluído na 2ª semana de Outubro de 2014. (Apêndice 7)

No póster foram abordados os seguintes aspetos:

- Legislação e definição de catástrofe;
- Tipos de emergência;
- Fases de evacuação/ procedimentos e atuação dos profissionais;
- Prioridade de evacuação.

*“K.3. Maximiza intervenções na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade em respostas em tempo útil e adequadas “.(Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. P.8657)*

**Objetivos específico** - Elaborar um dossiê temático onde se aborde a temática: Método subcutâneo.

Para a realização deste objetivo, precocemente foi abordado o elo de ligação do GCL-PPCIRA do serviço onde a estudante exerce atividade que incentivou a pesquisa na intranet da instituição - norma de procedimento sobre método subcutâneo/hipodermóclise-, contudo optamos por não a utilizar uma vez que ainda não se encontrava homologada. No início da 2ª semana de Julho de 2014, fizemos pesquisa bibliográfica e eletrônica sobre a temática, por sua vez encaminhamos para a Enfermeira orientadora e Docente que nos deram feedback sobre a estrutura e organização do trabalho. Por fim executámos as alterações sugeridas, divulgamos e

implementamos. Este capítulo, que se encontra integrado no dossiê temático realizado no âmbito do PDA teve término na 2ª semana de Dezembro de 2014. (Apêndice 6)

Nesse subcapítulo podemos encontrar:

- Definição do método subcutâneo;
- Possíveis complicações;
- Benefícios do método;
- Administração de terapêutica;
- Como executar a técnica.

Durante o estágio frequentamos uma formação, no serviço onde a estudante exerce atividade, denominada de “*Precauções de Isolamento, segundo vias de transmissão*” no dia 17 de Junho de 2014, com duração de 2 hora. Nesta formação foram abordados os tipos de isolamento (contato; gotícula e via aérea) e recomendações específicas para o profissional; cliente/família; materiais e equipamentos e higiene do meio (Anexo 2). A formação apetrechou-nos de conhecimentos que foram transmitidos aos profissionais do SU, que de algum modo devido à estrutura física do serviço tornou-se complicado adaptar às especificidades do cliente com necessidade de isolamento. Neste serviço não existem quartos individuais, sistemas de ventilação com pressão negativa, por exemplo na sala aberta e extensão da sala de observação verificou-se um aglomerado de macas, em que não existem por exemplo boxes a individualizá-las.

O ambiente hospitalar é constituído por instalações, mobiliário, equipamento clínico e não clínico, serviços e pessoas. Tudo o que se encontra no ambiente pode contaminar-se e constituir assim uma fonte ou reservatório de infeção. Consequentemente é a partir das fontes ou reservatórios que o agente pode chegar ao hospedeiro, podendo ser efetuado por contato direto (de pessoa para pessoa) ou indireto (através de equipamento contaminado. Ex. MRSA e *Clostridium difficile*), designado por isolamento de contato; isolamento por gotícula ocorre quando os microrganismos têm uma passagem breve pelo ar, sempre que a fonte e hospedeiro estão próximos, no falar, espirrar. Ex. Gripe e Rubéola. O isolamento de via aérea surge sempre que bactérias no ar estão contidas nas escamas de pele ou em gotículas libertadas durante a fala, espirro ou tosse. Ex. Tuberculose pulmonar e sarampo. (DGS, s/d)

Todos estes tipos de isolamentos necessitam de medidas preventivas que evitem a sua disseminação, como a higienização de mãos, uso de equipamentos de proteção individual, utilização de material individualizado devendo desse modo o

cliente estar preferencialmente em quarto individualizado. No caso de isolamento de via aérea existem medidas diferenciadas que passam por a utilização de proteção respiratória e a permanência dos clientes em quartos com sistema de ventilação com pressão negativa. (DGS, s/d)

Após o término do PDA e PAC, passamos agora a refletir as competências adquiridas ao longo do projeto: Competências Comum do Especialista, Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Criativa e Competências do Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

**4. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS  
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E  
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA**

No decorrer do estágio I, II e III adquirimos e desenvolvemos as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e as Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Seguidamente retratamos as competências supracitadas em simbiose com a síntese das aprendizagens abordadas e aprendidas nas diferentes Unidades Curriculares (UC), conjuntamente com as atividades desenvolvidas no âmbito dos estágios I, II e III.

#### 4.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA:

As competências comuns do enfermeiro especialista envolvem quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais que passamos agora a descrever de acordo com as atividades que realizamos para os atingir.

Reportando às temáticas desenvolvidas no decorrer do 1º, 2º e 3º semestre, o **domínio A- Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** foi abordado na UC filosofia, Bioética e Direito, constituída pelas Unidades Modulares (UM): Ética em Enfermagem; Ética em Investigação; Direito e como opcional a Análise do Código Deontológico, e posteriormente na UC Médico-Cirúrgica II, UM: Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos. De acordo com o Decreto-lei 161/1996, no exercício da sua função os enfermeiros devem apresentar uma conduta responsável e ética, que zele pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. (artigo 8º).

Os direitos dos clientes estão protegidos constitucionalmente, como se pode comprovar através da Lei Constitucional nº. 1/2005, *“todos (os cidadãos) têm direito à proteção da saúde (...)”* (artigo 64º, alínea 1. P. 4652). A Lei nº. 48/90, referente aos estatutos dos clientes preconiza que os clientes têm direito a: *“(...) ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”*. (Base XIV, alínea 1c. P.6)

A ética em enfermagem reflete-se nas ações que levam o profissional a agir na direção de desenvolver relação profissional-cliente. No Decreto lei-nº. 104/98 os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros consistem na *“Responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; O respeito pelos direitos humanos na*

*relação com os clientes; A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais” (P. 1754). Estes princípios orientam o exercício da profissão zelando assim o compromisso assumido para com a profissão.*

Tivemos necessidade de acordo com as carências manifestadas por nós, e por entendermos que existia défices na prestação de cuidados ao cliente oncológico, abordar a equipa de enfermagem e Enfermeira Chefe do SU. Tínhamos como propósito promover a atualização de conhecimentos na equipa de enfermagem, com vista a prestação de cuidados de qualidade. De acordo com a lei nº. 111/2009, artigo 88º, o enfermeiro na procura da excelência do exercício deve “(...) *procurar adequar normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa*” (alínea b) P.79) e “*manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...)*”. (alínea c) P.79)

No desenvolvimento do PDA foi imperativo atualizar conhecimentos e transmitir essa informação à equipa de enfermagem, desde da identificação do problema ao planeamento das intervenções tivemos sempre em conta os valores universais no qual se centra a relação profissional: a igualdade, a verdade e justiça, altruísmo e solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. (Lei-nº. 111/2009, Artigo 78º, alínea 2)

Como vista à efetivação do **domínio B - Melhoria da qualidade**, elaboramos um PDA, tendo em conta as fases da revisão sistemática da literatura sem metanálise: pesquisa bibliográfica e pesquisa em bases de dados com preocupação centrada na procura de resultados baseados em evidência, demonstrados na literatura e posterior incorporação na prática. Utilizamos um instrumento de qualidade para avaliar os artigos: a CASPe e elaboramos um dossiê temático que deu suporte na orientação de boas práticas ao cliente oncológico, isto é, demanda as intervenções de enfermagem ao cliente oncológico de acordo com as suas necessidades, sendo deste modo um projeto direcionado para a melhoria contínua.

A estudante é membro dinamizador do Grupo de Quedas e da CIPE/SAPE no serviço onde exerce atividade profissional.

Como contributo tivemos a UM de Gestão de Processos e Recursos, com a elaboração de um trabalho que apresentou como objetivo final uma mudança organizacional de forma a dar cuidados eficientes e eficazes com poupança de recursos financeiros e humanos levando a uma melhoria significativa na prestação de cuidados ao cliente e família. Consistiu num estudo de mercado (avaliação através de ferramentas

de gestão: Análise SWOT e FEMEA), ou seja, da realidade do HM e pretendeu formar uma equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, com todas as vantagens subjacentes.

No que concerne ao **domínio C- Gestão de Cuidados** com a realização do PAC e após observação dos défices existentes no serviço onde realizamos estágio, elaboramos um conjunto de atividades e estratégias que visaram atingir os objetivos delineados, isto é, gerimos a nossa própria pesquisa e o tempo necessário para a sua concretização.

Fomos a uma formação no HM intitulada: “*Auditoria Clínica*” (Anexo 3). Na formação foi-nos inculcado a importância de auditar, isto é, de conhecer a eficácia dos sistemas de gestão. A atividade de auditar baseia-se no conjunto de princípios que deverão ajudar a fazer da auditoria uma ferramenta eficaz e fiável de suporte às políticas e ao controlo da gestão. Fornece informação sobre a qual a organização pode atuar e melhorar o seu desempenho. (Instituto Português da Qualidade, 2011)

No decorrer do estágio I, II e III no S.U., foi decisivo abordar a equipa de enfermagem. Embora tenhamos optado por um PDA, achamos crucial envolver a equipa, tendo em conta duas componentes essenciais: a motivação (melhoria de qualidade de cuidados e reconhecimento profissional) e a comunicação (assertividade, dedicação e empenho), adquiridas na UM Psicossociologia das Organizações (UC Ambientes).

De acordo com Santos *et al.* (2010), a comunicação eficiente por parte do enfermeiro proporciona a identificação de problemas quer individuais ou coletivos, relacionando-os com a análise de situação presente e direcionando esses mesmos problemas para um planeamento de cuidados apropriados e efetivos. Na área de saúde é reconhecido e valorizado a importância da comunicação nas relações entre os profissionais, uma vez que possibilita a exposição de opinião, proporcionando a satisfação profissional e concomitantemente a harmonia na instituição.

Numa primeira fase foi relatado a pertinência do tema, tendo como objetivo a elaboração do dossiê temático intitulado: Cuidar e Respeitar o Cliente Oncológico que se encontra disponível no SU. Seguidamente aborda-mos individualmente os

profissionais e expusemos os resultados obtidos, dando resposta neste sentido ao **domínio D- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.**

De acordo com a Lei n.º 111/2009, o enfermeiro assume o dever de “*ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional*” (artigo 90.º, alínea b) e “*Colaborar (...) em programas que respondam às necessidades da comunidade* (artigo 80º, alínea c).

Após a enumeração das competências comuns do enfermeiro especialista, passamos agora a enumerar as atividades desenvolvidas para a aquisição das competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

## 4.2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Seguidamente passamos a refletir como atingimos as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica no decorrer do estágio I, II e III que constitui o 3º MEMC. As competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica incorpora três competências específicas: K1, K2 e K3. Com a elaboração do PAC anteriormente descrito em fusão com as atividades desenvolvidas em âmbito dos estágios, conseguimos desenvolver um conjunto de competências que passamos a descrever e analisar.

Para o desenvolvimento da competência **K1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, realizamos estágio no SU do HL (Apêndice 9). Durante os estágios tivemos a oportunidade de contactar com clientes em situação crítica, centrando-nos na avaliação de dados objetivos e subjetivos. Para Sheehy's *et al.* (2001) os dados subjetivos são fornecidos pela família ou por alguém que lhe é próximo. Essas informações são o reflexo da perceção que cada um tem do problema. Por sua vez os dados objetivos são aqueles que podem ser observados ou medidos, como é o exemplo da observação, dados laboratoriais, palpação, auscultação e outros meios complementares de diagnóstico. Dessa forma na prestação de cuidados tivemos como preocupação todos os dados objetivos verificados e avaliados por forma a antever possíveis sinais de instabilidade e o risco de falência orgânica, na

monitorização e controlo hemodinâmico e na avaliação do estado de consciência, dando deste modo resposta à unidade de competência **K1.1.- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.**

No que concerne à unidade de competência **K1.2.- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos**, a estudante quando deparada com uma situação de doença crítica teve o cuidado de elaborar mentalmente um plano de cuidados e proceder de acordo com os protocolos existentes na instituição tendo sempre em atenção alterações hemodinâmicas que pudessem surgir.

Na unidade de competência **K1.3.- Faz a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas**, foram executadas atividades que passaram pela observação facial ou na manifestação verbal do cliente com diagnóstico de dor. Desse modo foram avaliadas as repercussões da dor, localização, intensidade, durabilidade e fatores de alívio, intercedendo com recurso ao plano terapêutico do cliente, avaliando à posteriori o benefício das medidas efetuadas. Quando havia oportunidade recorriamos ao tratamento não farmacológico, com recurso a massagem e posicionamento.

Fomos a um curso denominado: Gestão e Controlo da dor crónica, onde foram abordadas as Guidelines atualizadas, realidade nacional no controlo da dor, medidas farmacológicas de 1ª linha e técnicas não farmacológicas para controlo da dor que podemos definir como intervenções autónomas de enfermagem. (Anexo 4)

A dor crónica afeta cerca de 36% da população adulta em Portugal, com consequências no seu bem-estar, saúde, capacidade de trabalhar e realizar as atividades do quotidiano (Pain Proposal, 2010).

A dor diz-se crónica quando, de um modo geral, persiste após o período estimado para uma recuperação tecidual normal. Pode surgir no contexto de várias patologias como o cancro, artrose, diabetes e ser agravada por traumatismos ou posicionamentos forçados ou incorretos; estar associada a um pós-operatório; ou surgir sem causa aparente. A dor crónica é classificada de acordo com três períodos, relacionados com uma duração da presença do sintoma superior ao tempo normal expectável, conhecido, de remissão para cada tipo de dor; duração menor que três meses, de 3 a 6 meses, e superior a 6 meses. (Costa *et al.*, 2012)

Ribeiro *et al.* (2007), refutam que os enfermeiros na sua prática diária, e de acordo com o seu mandato social, procuram compreender a pessoa com dor. Deste

modo, é fulcral que tenham conhecimentos e competências para proceder ao diagnóstico da dor percebido pela pessoa e assim determinar as intervenções mais adequadas.

Durante o estágio tivemos oportunidade de acompanhar a família, promovendo comunicação adequada e adaptada à situação vivenciada. Segundo Sheehy's (2001), nos clientes e famílias em estado de crise, o reconhecimento das necessidades não satisfeitas é manifestado por a informação reconhecida durante a avaliação. Uma necessidade não satisfeita é um problema. Os problemas são formulados em diagnósticos de enfermagem e dispostos por prioridades. Manter um ambiente seguro, estabelecer comunicação e criar confiança, explorar o fator precipitador, validar e estabelecer prioridades, são estratégias fundamentais para diminuir a ansiedade e ao mesmo tempo, criar uma relação terapêutica. A relação terapêutica possibilita intervenções eficazes que contribuem para o aparecimento de comportamentos adaptados e simultaneamente à resolução do problema manifestado. Intercedemos em situações de ansiedade, demonstrando interesse e ao mesmo tempo utilizando técnicas que aliviassem as suas ansiedades e medos, dando desta forma resposta à unidade de competência **K1.4- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.**

Sendo a comunicação uma ferramenta de primeira linha no estabelecimento e fortalecimento de uma relação autêntica e verdadeira, durante o estágio tivemos em conta a sua importância. De acordo com a Lei n.º 111/2009 cabe ao enfermeiro *“atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”* (artigo 84º, alínea c), na prestação de cuidados o enfermeiro deve centrar-se na pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e comunidade (artigo 89, alínea a). Deste modo, durante a abordagem quer ao cliente ou família, adaptamos a linguagem de acordo com as suas necessidades, explicando os procedimentos que se efetuaram e quais os benefícios dos mesmos, dando deste modo resposta à unidade de competência **K1.5- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e à K1.6- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.**

A competência **K2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação,** foi desenvolvida no PAC após

observarmos lacunas no que concerne à não visualização de um plano de ação interno, sobre a atuação dos profissionais em caso de incêndio, tendo sido deste modo elaborado um póster, intitulado: Incêndio, como atuar, que define os tipos de emergência, quais os procedimentos a adotar e como proceder à evacuação dos clientes de acordo com o seu grau de autonomia, por tudo o que foi elaborado conseguimos atingir as unidades de competências **K2.1- Concebe, em articulação com o nível estratégico os planos de catástrofe ou emergência**, e a **K2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe**. A divulgação do póster permitiu o desenvolvimento de conhecimentos sobre o plano de evacuação em caso de incêndio a nós e à equipa do SU, sendo que deste modo atingimos a unidade de competência **K2.3- Gere os cuidados em situação de Emergência e/ou Catástrofe**.

No que concerne à competência **K3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa e situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**, foi desenvolvida no âmbito do PDA um capítulo que posteriormente foi anexado ao dossiê temático, intitulado: Método subcutâneo. Este tema surgiu como anteriormente referido por uma necessidade observada por nós no que concerne à administração de fluidos, com propósito final a hidratação no SU a clientes em que o uso da via subcutânea é mais benéfica por baixo índice de infeção e por ser menos invasivo e doloroso, e como a estudante recorre frequentemente a este método, o que revelou ser uma mais-valia já que pudemos transmitir esses conhecimentos aos profissionais do SU, posto isto, desenvolvemos as unidades de competências **K3.1- Concebe um plano de prevenção e controlo de infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica** e **K3.2- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**.

Findo a exposição das competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, passamos a enumerar as atividades desenvolvidas para a aquisição das competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa.

### 4.3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

As competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa engloba 2 competências, designadas por: “L5. *Cuida da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.*” (OE, 2011.P.3) e “L6. *Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte*” (OE, 2011. P.4), que foram desenvolvidas no decorrer dos estágios I, II e III. Passamos agora a descrever as atividades desenvolvidas nos estágios por forma a atingir as competências supramencionadas.

Para dar resposta à competência **L5** e como benefício para o nosso PDA, realizamos um estágio opcional com duração de 7 turnos, correspondendo a 56,5 horas na UCP do HM (Apêndice 8). Na unidade de competência **L5.1- Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares**, no decorrer do estágio opcional concebemos uma avaliação centrada nas necessidades quer a nível físico, psicoemocional e social do cliente e família. Após conhecermos as necessidades, intervirmos em conjunto com a equipa multidisciplinar (assistente social; psicóloga; médico ou até mesmo dietista) e nos casos que manifestassem necessidade a nível espiritual, o cliente e família (se também o demonstrassem) eram encaminhadas para o capelão.

Aquando da admissão de novos clientes era feita uma colheita de dados rigorosa e sistemática, avaliando o grau de dependência e entregando-se posteriormente um guia de acolhimento que explana a missão e objetivos dos CP, horário de funcionamento e contatos telefónicos.

Na unidade de competência **L5.2- Promove intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares**, a atividade desenvolvida no decorrer do estágio focou-se na avaliação precoce de descontrolo sintomático. O sintoma manifestado com maior intensidade foi a dor, náuseas, vômitos, dispneia, anorexia e obstipação.

A dor com supracitado é um dos sintomas mais frequentes, sendo que neste serviço era feito o seu controlo com recurso à escala numérica, designada também por escala analgésica, preconizada na OMS. A terapêutica para controlo deste sintoma utilizado com frequência são os opiáceos, que podem ser administrados via oral (tramadol; sevredol e oromorph); subcutânea (morfina); endovenosa (morfina) ou transdérmica (Fentanil, Transtec e Bupremorfina).

A OMS padronizou em 1986 o tratamento analgésico da dor através de uma escala que permite uma abordagem da sintomatologia álgica por níveis de intensidade, sendo que o processo deverá ter sempre em consideração cada pessoa numa abordagem holística. A escada de intensidade da dor divide-se em 3 níveis distintos: **Nível 1** – Dor leve em que é recomendado o uso de analgésicos não opióides (Paracetamol e Metamizol de Magnésio) e anti-inflamatórios não esteroides **Nível 2** – Dor moderada em que é preconizado a utilização de opióides fracos (Tramal e codeína) que podem ser associados a outras opções do nível 1; e o **Nível 3** – Dor severa em que é recomendada a utilização de opióides fortes (Morfina, Fentanil e Bupremorfina) que podem ser associados aos recursos do primeiro nível. Como adjuvantes usa-se os Anti convulsivantes; Antidepressivos Tricíclicos; Corticóides; Reguladores do metabolismo do cálcio; Ansiolíticos e Antiespasmódicos. (OE, 2008)

As náuseas e vômitos são controlados com recursos a anti eméticos; o uso de benzodiazepinas para a redução de dispneia e simultaneamente da ansiedade, resultante do primeiro sintoma. Nos casos em que foi verificado a presença de anorexia optou-se por personalizar a dieta ao gosto do cliente, utilizando como estratégia a capitação mais baixa (Capitação A), por forma a incentivar a ingestão total de alimentos.

No decorrer deste estágio contactamos com uma escala específica de avaliação de sintomas nas unidades de cuidados paliativos: Escala de Avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS). Esta escala permite que se conheçam os sintomas manifestados pelos clientes, por forma a planear intervenções específicas e individualizadas. Combina sintomas físicos e psicológicos, composta por nove sintomas frequentes em clientes com neoplasia (Sintomas). É classificada de 0 a 10, onde 0 representa a ausência de sintomas e 10 representa a manifestação máxima do sintoma. (Monteiro *et al.*, 2010)

Assim, com vista à aquisição desta competência elaboramos um PDA que visou conhecer quais as intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades expressas pelo cliente oncológico despoletando um dossiê temático que demos a

conhecer à equipa de enfermagem. Nesse dossiê conclui-se que as verdadeiras necessidades manifestadas pelos clientes assentam nas relações interpessoais, comunicação e no alívio de sintomas.

Para a concretização da competência **L6** e incidindo no estágio opcional, tivemos sempre em conta o respeito pela componente social, espiritual, cultural assim como os contextos e vivências do cliente e família. Para isto foi essencial termos em conta a teórica que a estudante escolheu para desenvolver neste relatório de trabalho de projeto: Teoria da Auto Transcendência de Pamela Reed, que foi aplicado no decorrer da prestação de cuidados.

Para Reed (1991) as intervenções de enfermagem visam promover as condutas e pontos de vista, baseados na autorreflexão, altruísmo, esperança e na fé das pessoas vulneráveis, fatores estes que estão relacionados com uma maior sensação de bem-estar. Defende também que os seres humanos têm capacidades que os permite perceber além das dimensões físicas e temporais. Auto transcendência incluiu experiências de conexão consigo mesmo, os outros e o ambiente, refuta que auto transcender promove o processo de realização do potencial humano por fim a alcançar o bem-estar absoluto.

Na unidade de competência **L6.2- Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências específicas, a processos de morrer e de luto**, na prestação de cuidados tivemos oportunidade de acompanhar alguns clientes e família, intervindo no processo de perda e luto, utilizando a relação de ajuda e disponibilidade plena, incentivando desse modo a livre expressão dos seus medos/receios e ansiedade relativamente ao processo de deterioração da doença. Sapeta *et al.* (2007) afirmam que em relação à comunicação profissional-clientes/família, *“as dificuldades em manter uma comunicação terapêutica enraízam numa complexa rede de fatores, todos imersos no secular medo da morte e na implícita dificuldade de lidar com o assunto”*. (P.52)

Após enunciado as atividades desenvolvidas para atingir as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, passamos agora a enumerar as atividades desenvolvidas para a aquisição das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

**5. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE  
MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

O principal objetivo do plano de estudos do Curso de Mestre em EMC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal é a obtenção do grau de mestre.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 115/2013, o grau de mestre é concedido aos que apresentem:

1. Conhecimentos e capacidade de compreensão superiores aos desenvolvidos e aprofundados no nível do 1º ciclo;
2. Saber sobrepor os conhecimentos e a sua capacidade de compreender e resolver problemas em situações novas;
3. Capacidade para agregar conhecimentos, lidar com questões complexas e desenvolver soluções ou projetar juízos em situações com informação reduzida;
4. Ser capaz de transmitir as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas implícitas (quer a especialistas, ou não especialista de forma clara e concreta);
5. Competências que lhes possibilitem uma aprendizagem contínua de forma orientada e autónoma.

O Decreto-lei 74/2006, preconiza que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducentes ao grau de mestre deve assegurar a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (artigo 18º, alínea 4). Tendo em conta os objetivos fixados legalmente e dada a vinculação ao perfil do enfermeiro especialista, passamos agora a descrever as competências de mestre desenvolvidas no decorrer deste processo de aprendizagem.

Passamos agora a expor as 6 competências de mestre em EMC desenvolvidas ao longo deste processo de aprendizagem.

### **1. Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem**

Em enfermagem a supervisão clínica possibilita desenvolver bases de sustentação para a prática na prestação de cuidados de enfermagem, promove a melhoria da qualidade e suporta a formação clínica, que conseqüentemente desenvolve a satisfação profissional dos enfermeiros, que se reflete num aumento da qualidade na assistência em saúde. O processo de supervisão consiste numa atitude de monitorização

sistemática da prática, particularmente através de procedimentos de reflexão e experimentação. (Alarcão e Tavares, 2003)

Os contributos teóricos e aprendidos nas UM lecionadas durante o decorrer do 3º MEMC contribuíram para a compreensão e resolução de problemas, com recurso à implementação das etapas do processo de enfermagem, nos seguintes módulos:

- No módulo Cuidados em Situação de Crise foi abordada a dualidade cliente/família e as intervenções a efetuar perante uma pessoa em situação de crise;

- No módulo Cuidados ao Cliente em Falência Multiorgânica foi crucial a identificação de situações que podem levar ao agravamento do estado clínico do cliente, nomeadamente em situação de falência renal (com necessidade de diálise) e respiratória;

- No módulo Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Dor, foi tratado o conceito de dor, as diversas escalas adaptadas a cada situação para avaliação da dor, assim como as medidas farmacológicas e não farmacológicas. Foi tido em especial atenção a dor oncológica ministrada por um perito na área, que elucidou para as verdadeiras necessidades de intervenção ao cliente oncológico.

- No módulo Cuidados ao Cliente em Final de Vida, foi lecionado as necessidades do cliente em final de vida, os principais problemas e as intervenções especializadas à pessoa em situação crónica ou paliativa;

- No módulo Intervenções em Situação de Urgência, foi crucial o aprofundar de conhecimentos na área de trauma e suporte avançado de vida inicialmente com o desenvolvimento da parte teórica em simultâneo com a abordagem prática e as respetivas intervenções especializadas de enfermagem.

- No módulo Supervisão de Cuidados, tendo em conta o estabelecimento de problemas de acordo com a CIPE 2.0, foi elaborado um plano de cuidados em que a temática desenvolvida foi a doação de órgãos. Fez-se o processo de enfermagem, com fundamentação científica e refletindo tendo em conta as várias dimensões: ética, jurídica e deontológica, dos aportes teóricos mobilizados nos módulos: Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, Ética em Direito e na Análise do código deontológico.

Durante os estágios constatamos haver dúvidas por parte da equipa de enfermagem na execução de cuidados ao cliente com necessidade de terapia

subcutânea, deste modo e por termos conhecimentos teóricos e práticos desenvolvemos supervisão clínica na prestação desses cuidados.

Todos os aspetos supracitados promoveram a mudança de comportamentos na avaliação de dados para a tomada de decisão segura, no diagnóstico e conhecimentos de problemas e por fim no desenvolvimento de intervenções de enfermagem especializada de qualidade.

## **2.Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas**

Como descrito anteriormente a estudante desde cedo decidiu incidir o seu PDA na temática do cliente oncológico, tendo deste logo procurado intensamente saber mais sobre a temática tanto a nível nacional, como internacional a fim de conhecer a realidade dos cuidados paliativos. Na execução do PDA adquirimos conhecimentos no manuseamento de bases de dados, que até então não tinham sido desenvolvidos e posterior avaliação da qualidade dos artigos com recurso à CASPe. Foi notório a desenvolvura no que se refere à elaboração de revisão sistemática da literatura sem metanálise de acordo com as fases preconizadas, com objetivo final a contribuição da evidência para a prestação de cuidados de qualidade.

Foi essencial para a valorização da autoformação da estudante realizar um estágio opcional numa UCP que permitiu-nos adquirir conhecimentos que puderam colmatar as necessidades vigentes, proporcionando desse modo intervenções focadas no cliente e família. Frequentamos ações de formações que nos possibilitou aprofundar conhecimentos nas áreas da dor crónica; precauções de isolamento, segundo vias de transmissão; auditoria clínica e por fim nos meios de combate a incêndio, plano de emergência interno e plano de evacuação, essenciais no nosso desenvolvimento de conhecimentos.

## **3.Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva**

No decorrer do 3º MEMC e mais concretamente nos momentos de estágio a estudante aplicou os seus conhecimentos, capacidade de compreensão e de resolução de problemas, isto é, quando deparada com situações que necessitassem de cuidados

especializados intercedíamos de acordo com normas atualizadas, executando-os com rigor e autoconfiança.

Durante os estágios servimos muitas vezes de consultor, sendo abordada inúmeras vezes por outros profissionais. Dessa forma, intercedemos em situações que pudessem potencializar para situações de urgência/emergência em conjunto com a equipa multidisciplinar, respondendo de imediato e com foco no problema real e potencial.

Neste sentido, no decorrer do estágio ao desenvolvermos o nosso PDA, fomos partilhando os achados à equipa, demonstrando as verdadeiras necessidades do cliente oncológico e como as satisfazer. Foi crucial partilhar com a equipa os conhecimentos adquiridos nas formações (precauções de isolamento e dor crónica) e expor os procedimentos de atuação em caso de incêndio e no conhecimento do método subcutânea até então desconhecido por muitos elementos.

#### **4.Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.**

Ser autónomo é assumir a responsabilidade das decisões tomadas. Os enfermeiros manifestam a sua autonomia quando prescrevem, realizam e avaliam as intervenções como resposta a um diagnóstico de enfermagem. (Ribeiro, 2011)

De acordo com a OE (2001), a tomada de decisão orienta o exercício profissional autónomo que implica uma abordagem sistemática e sistémica. Neste processo o enfermeiro identifica os cuidados de enfermagem (problemática do cliente), prescreve as intervenções por fim a evitar riscos, deteta precocemente problemas potenciais e resolve ou minimiza os problemas reais identificados.

Esta competência remete a seleção de meios e estratégias adequadas à resolução de um problema, fundamentando-os. Neste sentido incorpora-se nesta competência a elaboração do relatório de trabalho de projeto, na execução do PDA e PAC, já que intervimos sobre um problema concreto da prática clínica, desenvolvendo posteriormente as competências comuns do enfermeiro especialista, do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa.

O uso da metodologia de projeto na elaboração do PDA e PAC com as suas etapas, designadamente: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e por fim a divulgação dos resultados, proporcionou uma estratégia eficaz na resolução do problema inicial, promovendo deste modo a adoção de novos comportamentos com vista à melhoria contínua da qualidade e consequentemente ganhos em saúde.

Na concretização do relatório de trabalho de projeto realizamos pesquisa bibliográfica e eletrónica, que incorporou resultados baseados em evidência científica, isto é, fomos influenciados por um conjunto de conhecimentos adquiridos que persuadiu o nosso processo de tomada de decisão.

### **5. Inicie, contribua para e/ou sustente investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

Para Santos *et al.* (2008) a PBE prevê metodologias e processos para a identificação de evidências de que um certo tratamento, ou meio de diagnóstico é efetivo, com recurso a estratégias para avaliação da qualidade dos estudos e mecanismos para a implementação na prestação de cuidados. Refuta ainda que a evidência científica *“representa uma prova de que um determinado conhecimento é verdadeiro ou falso. (...) para que se tenha evidência científica é necessário que exista pesquisa prévia, conduzida dentro de preceitos científicos”* (P.16)

Durante a realização do PDA foram seguidos os princípios orientadores metodológicos que visam a obtenção da PBE, como explicado anteriormente. Este processo iniciou-se com a escolha da teoria que sustenta o relatório de trabalho de projeto e os cuidados prestados ao cliente, a escolha recaiu sobre a Teoria da Auto Transcendência de Pamela Reed, e posteriormente com recurso à metodologia da revisão sistemática da literatura sem metanálise, através da pesquisa em bases de dados, e consequente avaliação da qualidade dos artigos com recurso à CASPe.

## **6. Realize análise diagnóstica, planejamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular**

O nosso PDA é definitivamente direcionada para uma necessidade pessoal, contudo também foi direcionado para a equipa do SU, após termos observado e abordado em relação à pertinência da temática dos cuidados ao cliente oncológico.

Sapeta *et al.* (2012) afirma que a enfermagem de urgência é pluridimensional, definindo-se pela diversidade de conhecimentos, de clientes e de processos de doença. O enfermeiro de urgência necessita de ter a capacidade ímpar de avaliar, intervir e cuidar da forma mais geral ou específica. Os mesmos autores refutam que os clientes com necessidades paliativas tendem a ter um tratamento menos prioritário em detrimento dos outros clientes.

Durante o estágio no SU abordamos individualmente os profissionais de saúde e demonstramos os resultados obtidos no PDA, incentivando-os a verem o cliente oncológico de uma outra perspetiva, virada para a humanização dos cuidados, respeitando a sua autonomia e dignidade.

Elaboramos um póster intitulado: Incendio, como atuar, que nos apetrechou de aportes e conseqüentemente alertou-nos para as intervenções em caso de incêndio.

Nesta linha de ideias emergiu um capítulo sobre o método subcutâneo inserido no dossiê temático. Esta temática surgiu após termos observado durante o estágio I, II e III a existência de algumas intervenções de enfermagem que não beneficiam o cliente oncológico, particularmente a colocação de soroterapia endovenosa com objetivo central a hidratação. Quando era pertinente abordávamos os profissionais partilhando o método, com todos os benefícios subjacentes e ganhos em saúde de acordo com as políticas de saúde em vigor no HM.

## **6. CONSIDERAÇÕES REFLEXIVAS**

Findo o relatório de trabalho de projeto baseado nos estágios I, II e III, passamos ao momento de reflexão sobre os aspetos positivos, limitações e constrangimentos ocorridos no decurso desta etapa de aprendizagem.

Consideramos que o nosso percurso foi um alicerce que nos permitiu evoluir, aperfeiçoar e consolidar conhecimentos (com recurso à adoção de comportamentos e atitudes), utilizando como arma a introspeção relacionada com a nossa práxis.

Por esta ordem de ideias, achamos de extrema importância a formação contínua com vista à prestação de cuidados de excelência.

*“No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática”.* (O,E, 2001. P.12)

Este processo capacitou-nos e permitiu-nos desenvolver as competências inerentes ao Especialista em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa conjuntamente às competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A elaboração do PDA no âmbito das necessidades ao cliente oncológico/família, contribuiu para o aprofundamento desta temática e posterior transmissão dos achados à equipa do SU, com vista a melhoria contínua da qualidade e gestão de cuidados eficientes.

A utilização da metodologia de trabalho de projeto possibilitou-nos desenvolver competências na área de investigação, no decurso das etapas: avaliação e execução, através das orientações definidas para a elaboração de uma revisão sistemática da literatura sem metanálise e posteriormente na avaliação crítica dos artigos com recurso à CASPe. A CASPe (2005) consiste num programa que visa auxiliar os profissionais de saúde a adquirir habilidades na procura de informação e na leitura crítica de uma literatura científica, por forma a obter evidência científica necessária para a tomada de decisão.

O PAC foi desenvolvido tendo como linha de orientação as necessidades observadas por nós no decorrer do estágio no SU, no âmbito da prestação de cuidados ao cliente em situação crítica, relativamente às competências: *“ K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; K.2. Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; e K.3. Maximiza intervenções na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em*

*situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade em respostas em tempo útil e adequadas.” (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. P.8657)*

A competência K.1. foi concretizada através da execução de intervenções específicas a necessidades que foram observadas no decorrer dos estágios (dor e relação interpessoal), a competência K.2. foi alcançada através da elaboração de um póster sobre como atuar perante um incêndio. Foram abordados os dois tipos de emergência (Parcial e Geral), as fases de evacuação e a priorização dos clientes durante uma evacuação, por forma a contribuir para a aquisição de conhecimentos em matéria de evacuação. Por fim na competência K3 acima descrita, decidimos elaborar um capítulo inserido no dossiê temático, com o nome: Método subcutâneo, com o propósito de nos munir de saberes no que concerne à prevenção de IACS.

O presente trabalho permitiu-nos adquirir as competências do MEMC através do desenvolvimento das competências: conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem; na capacidade de desenvolver de forma autónoma os processos de aprendizagem ao longo da vida; na dinamização da equipa multidisciplinar com a intenção da resolução de problemas dentro da área de competência; para desenvolver a capacidade de tomada de decisão e raciocínio através da argumentação ética, legal e científica fundamentada na evidência científica.

Todos os momentos vivenciados no estágio foram gratificantes e ricos em aprendizagens, permitindo-nos a aquisição e aprofundamento de todos os conhecimentos adquiridos no decorrer das aulas lecionadas em simbiose com a capacidade de desenvolver as competências do enfermeiro especialista e enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e pessoa em situação crónica ou paliativa durante os diversos momentos que nos proporcionaram.

Já nas competências específicas do enfermeiro em pessoa em situação crónica e paliativa, incidimos o nosso projeto na temática do cliente oncológico, conseguindo dessa forma dar resposta a todas as competências tanto na execução do dossiê como no estágio opcional que efetuamos numa UCP, aplicando com regularidade a Teoria da Auto Transcendência de Pamela Reed, que apetrechou-nos de estratégias que visaram a promoção do bem-estar nos clientes e famílias.

Como limitação apontamos o não cumprimento do planeamento instituído no cronograma inicial, tendo havido necessidade de reagendar a calendarização por

limitações no tempo. (Apêndice 10). Como aspecto positivo salientamos o desafio no que concerne à realização de revisão sistemática da literatura sem metanálise e na utilização da metodologia de trabalho de projeto, que nos munuiu de competências na área de investigação.

Em síntese, estamos felizes pelo percurso efetuado. O relatório de trabalho de projeto traduziu-se num momento de aprendizagem que trouxeram frutos a curto prazo, que se refletem no quotidiano enquanto profissional, na melhoria da prestação de cuidados pressupondo a excelência da profissão de enfermagem.

## 7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, C. *et al.* - *Cuidados Paliativos: a comunicação como estratégia de cuidados para o paciente em fase terminal*. 2013. ISSN:58.059.900. (P.2525-2530)
- Alves, M.; *et al.* – O Sofrimento do doente oncológico em situação de paliativos. *Revista Referência*. III- Série, Nº 8. (P.115-124). 2012
- Alarcão, I., & Tavares, J. - *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e de aprendizagem*. (2ª ed.). Coimbra: Almedina. 2003
- Assembleia da República - Regulamento nº. 124/2011 de 18 de fevereiro. Sobre *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República 2ª Série – Nº. 35. 2011
- Assembleia da República - Lei nº. 52/2012 de 5 de Setembro de 2012, sobre *Lei de Bases dos Cuidados paliativos* . Diário da República, 1ª Série, Nº. 172. 2012
- Assembleia da República - Decreto-Lei nº. 161/96 de 4 de Setembro, sobre o *Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República, 1ª Série-A, Nº. 205. 1996
- Assembleia da República - Decreto-Lei nº. 104/98 de 21 de Abril, sobre *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República 1ª Série- A, Nº. 93. 1998
- Assembleia da República - Lei constitucional nº 1/2005 de 12 de Agosto, sobre a *Constituição da República*. Diário da república 1ª Série-A, Nº. 155. 2005
- Assembleia da República - Despacho nº.2902/2013 de 22 de fevereiro, sobre o *Ministério da Saúde*. Diário da República, 2ª Série, Nº. 38. 2013
- Assembleia da República - Lei nº. 27/2006 de 3 de Julho, sobre a *Lei de Bases da Proteção Cível*. Diário da República, 1ª Série, Nº. 126. 2006
- Barbosa, A; Neto, I. - *Manual de Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa: Centro de Bioética. 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8
- Benner, P. - *De iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora. 2001
- Carvalho, S. - *Os cuidados Paliativos no âmbito dos Cuidados de Saúde Primário: As intervenções dos Enfermeiros*. Pensar Enfermagem, Volume 15. Nº. 1. 2001
- Carta dos direitos fundamentais da União Europeia. - *Jornal Oficial da União Europeia*. C 83/389. 2010

- CASPe - *Guias CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. Alicante. 2005
- CASPe. *Traduzido de National CASP collaboration for qualitative methodologies*.  
Public Health Resource Unit, England. 2006
- Colaço, S. *et al.* – Unidade de investigação. *Revista da UIIPS*. Nº. 5, Volume 5. 2014
- Costa, I. *et al.* - *Manual de Dor Crónica*. Anedo (Associação Nacional para o estudo da Dor Oncológica) e Clínica de Dor do Instituto Português de Oncologia de Lisboa. 2012
- Diário da República - Resolução nº.25/2008 de 18 de Julho, sobre a *Comissão Nacional da Proteção Civil*. 2ª Série, Nº. 138. 2008
- Diário da República - Despacho nº. 2902/2013 de 22 de Fevereiro. *Ministério da Saúde*, 2ª Série, Nº. 38. 2013
- Diário da República - Decreto-lei nº. 115/2013 de 7 de Agosto. *Ministério da Educação e Ciência*, 1ª Série, Nº. 151. 2013
- Diário da República - Decreto-lei nº. 74/2006 de 24 de Março. *Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*, 1ª Série, Nº.60. 2006
- Direção Geral de Saúde - *Despacho Nº. 18052/2007* de 12 de Agosto. Diário da República, 2ª Série, Nº. 156. 2007
- Direção Geral de Saúde - *Estudo Nacional de Prevalência de Infecção Associada a Cuidados de Saúde e uso de Antibióticos em unidades de Cuidados Continuados*. Protocolo. 2012
- Direção Geral de Saúde - *Portugal- doenças Oncológicas em números - 2013*. Direção Geral de saúde. Lisboa. ISSN: 2183-0746. 2013
- Direção Geral de Saúde - *Circular Normativa Nº. 18/DSQC/DSC* sobre as Comissões de Controlo de Infecção. 2007
- D´Aquino, M. & Souza, R - Hipodermóclise ou via subcutânea. Artigo 12. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, UERJ. 2012
- Ferrito *et al.* - Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percurso Publicação da Área disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*. Nº15.2010. ISSN: 1646-5076
- Ferro. M. - *Na Rota da Pedagogia*. Edições Colibri. 2011
- Fortin, M.F. – *O processo de investigação: da conceção à realização*. Lusociência.1999
- Galvão *et al.*. A prática em evidências: Consideração teóricas para a sua implementação

- na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-am Enfermagem*. Volume 10, nº5. 2002. ISSN: 1518 8345
- Galvão *et al.* - Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-am Enfermagem* 12 (3):549-56. 2004
- Gonçalves, M<sup>a</sup>. *et al.* - in *Manual de Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa: Centro de Bioética. 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8
- Hesbeen, W. - Qualidade em enfermagem: Pensamento e ação na perspetiva do cuidar. Loures. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2001. ISBN: 972-8383-20-7
- Hickman, J. - Introdução à teoria de enfermagem. In J. George, *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Artmed Editora. 2000
- Instituto Nacional de estatísticas - *Revista de Estudos demográficos nº50*. Lisboa. 2013. ISSN: 1645-5657
- Kvale, K.; Bonderik, M. - *Patients' perceptions' of the importance of nurses knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care*. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 37, Nº 4. 2010
- Lopes, A. *et al* - *Vantagens e desvantagens da terapêutica e hidratação Subcutânea*. Mestrado em Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr.º Lopes Dias – Castelo Branco. 2012
- Lourenço. V. - *Ferramentas do aprendiz de filósofo*. Porto: Porto Edições. 2004
- Martins *et al.* - *Fim de vida no serviço de urgência: Dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados- Revisão sistemática de literatura*. Instituto Politécnico de Castelo Branco: Escola Superior de Saúde Dr.º Lopes Dias. 2012
- Macedo, A. *et al.* - *Perfil Oncológico em Portugal Racional, Objetiva e Metodológica* Estudo Perfil. *Acta Med. Port.* 21:329-333. 2008
- Matsumoto, D. *et al.* - *Cuidados Paliativos: Conceitos, fundamentos e Princípios*. Manual De cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 1<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro. 2009. ISBN: 978-85-897/827-1
- Mendes, K *et al.* - *Revisão integrativa: Métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem*. *Texto Contexto Enfermagem*. 17(4): 758-64. 2008
- Ministério da Saúde - Programa Nacional de Controlo de Infeção: *Recomendações para*

- a prevenção da infeção do trato urinário*. Instituto Nacional de Saúde D. Ricardo Jorge. 2004
- Miranda, A. - *Formação na Prática Clínica de Enfermagem: Os Sabres do Cuidar*. CHPC – Unidade de Sobral Cid. 2010
- Monteiro, D. *et al.* - Avaliação do Instrumento Edmonton Symptom Assessment em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem (online)*. Vol. 31, nº4. Porto Alegre. 2010. ISSN: 1983-1447
- Neto, I. - *Utilização da via subcutânea na prática clínica*. Medicina interna, 41. 2008
- Nunes, L. - *Autonomia e Responsabilidade na Tomada de Decisão Clínica e Enfermagem*. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. 2006
- Nunes, L. - Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos – Publicação na Área disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*. Nº15. 2010. ISSN: 1646-5076
- Nunes, L. - Ética em Cuidados Paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*. 16 (1): 41-50. 2008
- Ordem dos Enfermeiros - *Cuidados paliativos para uma morte digna – Catálogo de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. International Council of Nurses. 2010. ISBN versão portuguesa: 978-989-8444-02-08.
- Ordem dos Enfermeiros - Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento concetual- Enunciados descritivos. *Revista Divulgar*. 2010
- Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em pessoa em situação crítica*. Aprovado por unanimidade em Assembleia geral extraordinária. 2010
- Ordem dos Enfermeiros - *Proposta de Regulamento dos padrões de qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoas em situação Crónica ou Paliativa*. Aprovado por maioria na Assembleia do colégio de Especialidade. 2014
- Ordem dos Enfermeiros - *Dor, Guia orientador da boa prática*. Lisboa: 2008. ISBN 978-972-99646-9-5
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Aprovado em Assembleia Geral. 2010
- Pacheco, S. - *Cuidar a pessoa em fase terminal- Perspetiva ética*. Lusociência – Edições Técnicas e científicas. Loures. 2004. ISBN: 972-8383-30-4.
- Pain Proposal - *A dor crónica em Portugal*. Portugal. 104278-A5-12pp. 2010

- Pires, S. - *Sistematização do Cuidado em Enfermagem: Uma análise da Implementação*. Universidade federal do Paraná - Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Mestrado Acadêmico em Enfermagem. Curitiba. 2007
- Portugal, H. – *O modelo teórico de enfermagem – contribuição para a autonomia profissional*. Sinais Vitais. Coimbra. N.º 26. 1999
- Ponte, *et al* – Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Instrumento essencial nos cuidados. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. 61(3): 312-8. 2008
- Pontalti, G. *et al* - Vias subcutânea: Segunda Opção em Cuidados Paliativos. Artigo de Revisão. *Revista HCPA*; 32(2): 199-2017. 2012
- Querido, A. *et al.* - in *Manual de Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa: Centro de Bioética. 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8
- Reed, P. - Implications of the life-span developmental framework for well- being in adulthood and aging. *Advances in Nursing Science*, 6. 1983
- Reed, P. - Developmental resources and depression in the elderly. *Nursing Research*, 35 (6), 368-374. 1986
- Reed, P. - *Self-transcendence and mental health in oldest-old adults*. *Nursing Research*, 40 (1), 5-11. 1991
- Reid, J. *et al.* - *Fighting Over Food: Patient and Family understanding of Cancer Cachexia*. *Oncology Nursing Forum*. Vol.36, N° 4. 2009
- Ribeiro, J.- Autonomia Profissional dos Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. III. N°. 5. 2010
- Ribeiro *et al.*- Dor: Um foco da prática de Enfermagem. *Revista Dor*. Volume 15, N°. 1. ISSN: 0872-4814. 2007
- Rchaidia, L. *et al.* - *Cancer patients' perceptions of the good nurse: a literature review*. *Nursing Ethics*. 16(5). 2009
- Sá, E. – A Contribuição de Enfermagem para aliviar o sofrimento do doente hemato oncológico: Revisão de Literatura. *Pensar Enfermagem*. Volume 14, N°. 3. 2010
- Santos *et al.* - A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidência. *Revista Latino-am Enfermagem*. 15(3). 2007
- Santos *et al.*- Comunicação de equipe de Enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de Saúde. *Revista Gaúcho Enfermagem*. 51(2):359-66. 2010
- Sapeta *et al.* – Cuidar em Fim de Vida: Fatores que interferem no processo de interação enfermeiro – Doente. *Revista Referência*. II-Série, N°. 4. 2007

- Silva, C. – *Necessidades dos pais de recém nascidos prematuros no pós-alta*. Exercício de uma parentalidade Autónoma. Tese de mestrado. Universidade do Porto. 2008
- Sheehy, S. – *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-16-9. 2001
- Twycross, R. - *Cuidados Paliativos*. 2ª edição. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN: 972-796-093-6. 2003
- Viega, *et al* - Pessoa em fase terminal de vida- que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência?. *Revista referência: II Série – n.º 10*. 2009
- Viegas, M. - *Via Subcutânea: Uma nova alternativa*. 1ª Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgicas. Centro hospitalar do Barlavento Algarvio. 2011
- Weert, J. *et al*. - *Older Cancer Patients’, information and communication need: What They Want is what they get?*. *Patient Education and Counseling*: 92 388-397. 2013

## REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS

- Associação Nacional de Cuidados Paliativos - *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*. Acedido a 26/06/2014, em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes\\_Organizacao\\_de\\_Servicos.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf)
- Burlá, C. - *Hipodermóclise - Administração de fluidos pela via subcutânea*. 2006  
Acedido a 07/11/2014, em: <http://ucbweb.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15465/6651/hipodermoclise.pdf>. 2010
- Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica ou Paliativa* – aprovado por unanimidade em assembleia geral extraordinária da OE a 22 de Outubro de 2011. Acedido a 16/06/2014, em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_Regulamento CEESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_Regulamento CEESituacaoCronicaPaliativa.pdf). 2011
- Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Pessoa em Situação Crítica* - aprovado por Unanimidade na Assembleia Geral Extraordinária. Acedido a: 07/07/2014, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>. 2011

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto lei n.º 104/98 de 21 de Abril - *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Acedido a 15/05/2014, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>. 1996

Direção Geral de Saúde. Circular Normativa N.º 14/DGCG – *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Acedido a 27/06/2014, em: [http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados\\_continuados\\_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf](http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf). 2004

Direção Geral de Saúde - Carta dos direitos do doente internado. Acedido a 26/01/2015 em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta\\_Direitos\\_Doente\\_Internado.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf). (s/d.)

Direção Geral de Saúde - Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Acedido a 10/01/2015, em: <http://pns.dgs.pt>. (s.d.)

Ehrbar, R. - Theory Analysis: Pamela Reed's Self-Transcendence Theory. University of New Hampshire. Acedido a: 21/04/2014, em: <http://rehrbar.wordpress.com/a-glance-at-previous-coursework/theory-analysis/>. (2012)

Instituto Português da Qualidade - Norma Portuguesa: Linhas de Orientação para auditorias a sistemas de gestão. Acedido a 30/06/2014, em: [https://www.oet.pt/downloads/Decl/DL/NP%20EN%20ISO0%2019011\\_2003.pdf](https://www.oet.pt/downloads/Decl/DL/NP%20EN%20ISO0%2019011_2003.pdf). 2011

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto - *Lei de Bases da Saúde*. Acedido a 13/06/2014, em: <http://dre.pt/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>. 1990

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro - Código Deontológico (Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). Acedido a 14/06/1024, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>. 2009

Missão dos Cuidados Paliativos, Acedido a 10/12/2014, em: [www.hlalentejano.min-saude.pt/downloads/texto-de-divulga%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://www.hlalentejano.min-saude.pt/downloads/texto-de-divulga%C3%A7%C3%A3o.pdf) (s/d.)

Pocinho, M. - *Lições de Meta-análise*. Acedido a 03/06/2014, em: [http://docentes.ismt.pt/~m\\_pocinho/Licoes\\_de\\_revisao\\_sistematica\\_e\\_metanalise.pdf](http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Licoes_de_revisao_sistematica_e_metanalise.pdf). 2008

Proteção Nacional de Proteção Civil. Acedido a 04/07/2014, em:

[www.proteccaocivil.pt/SistemaNacional/ProteccaoCivil/Pages/default.aspx](http://www.proteccaocivil.pt/SistemaNacional/ProteccaoCivil/Pages/default.aspx).

(s/d.)

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### **COMPROVATIVO DE FORMAÇÃO: MEIOS DE COMBATE A INCÊNDIO, PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNO E PLANO DE EVACUAÇÃO**

## **Declaração**

Para os devidos efeitos se declara que **Ana Rita Martins Faia**, assistiu, como Formanda, à ação:

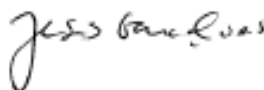
### **Meios de Combate a incêndio, plano de emergência interno e plano de evacuação**

Esta sessão letiva realizou-se no dia 17 de Junho de 2014, e teve a duração total de 4 horas.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 16 de Julho de 2014

Enfermeira Diretora



---

Maria de Jesus Gonçalves

## **ANEXO 2**

### **COMPROVATIVO DE FORMAÇÃO: PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO, SEGUNDO VIAS DE TRANSMISSÃO**

## **Declaração**

Para os devidos efeitos se declara que **Ana Rita Martins Faia**, assistiu, como Formanda, à ação:

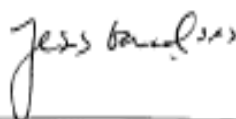
### **Precauções de isolamento, segundo vias de transmissão**

Esta sessão letiva realizou-se no dia 17 de Junho de 2014, e teve a duração total de 120 minutos.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 16 de Julho de 2014

Enfermeira Diretora



Maria de Jesus Gonçalves

## **ANEXO 3**

### **COMPROVATIVO DE FORMAÇÃO: AUDITORIA CLÍNICA**

## **Declaração**

Para os devidos efeitos se declara que **Ana Rita Martins Faia**, assistiu, como Formanda, à ação:

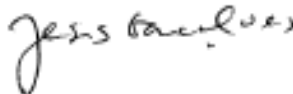
### **Auditoria Clínica**

Esta sessão letiva realizou-se no dia 18 de Junho de 2014, e teve a duração total de 6 horas.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 16 de Julho de 2014

Enfermeira Diretora



---

Maria de Jesus Gonçalves

## **ANEXO 4**

### **COMPROVATIVO DE CURSO: GESTÃO E CONTROLO DA DOR CRÓNICA**



## APÊNDICES

## **APÊNDICE 1- CRONOGRAMA ESTÁGIO I, II E III**

**Estágio I e II - 10 de Março 2014 a 10 de Julho 2014**

Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total de horas						
																																EC	EA					
<b>Março</b>										M Início		8h			6h	M	T				5h	5h			5h		M		8h				31	37				
<b>Abril</b>	6h	T	7h	5h	M		7h		5h	8h	T	Férias						Fe		P	Férias				Fe	Férias						22	38					
<b>Mês</b>	<b>Maio</b>	Fe		5h	4h		T		7h	M	M		5h		5h	T		6h	T		5h	4h	6h	M		M	M	5h	6h	T	T	75	58					
<b>Junho</b>			7h	T			N		7h	Fe		5h	4h		6h	5h	X1	X2		5h	5h	X3	X3	7h	6h	4h		6h	7h	4h		40	78					
<b>Julho</b>	7h		5h	7h	5h		6h	4h	6h	FIM																											-	40

Total de horas realizadas: 168    251

**Estágio III - 30 de Setembro de 2014 a 30 de Janeiro de 2015**

Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total de horas		
																																EC	EA	
<b>Mês</b>	<b>Setembro</b>																															Início	0	0
<b>Outubro</b>								M			M			T	T				M	M		M		M		M			T		N	98,5	0	
<b>Novembro</b>			T		5h			T	4,5h		5h		T		6h		M	T	5h	N		M	T		T		M		M	5h		88,5	30,5	
<b>Dezembro</b>		5h		4,5 h			5h	M		N		M		N	6h	4h		T		T		N	Férias						59,5	24,5				
<b>Janeiro</b>	Férias							T	7h		T	T	6h		3h	T		4h	6h	T		T	6h	N	5h		T	5h	M		FIM	71,5	42	

Total de horas realizadas: 318    97

**Legenda:**

EC- Estágio Clínico

EA- Estudo autónomo

X1- Formação “Meios de combate a incêndio, plano de emergência interno e plano de evacuação” - duração de 4 horas

X2- Formação “Auditoria Clínica” – duração 6 horas

X3- Curso “ Gestão e controlo da dor crónica” – duração 14 horas

## **APÊNDICE 2- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

## Definição do Problema

<b>Estudante:</b> Ana Rita Martins Faia
<b>Instituição:</b> Unidade Local de Saúde Cuidar com Qualidade
<b>Serviço:</b> Serviço de Urgência
<b>Título do Projeto:</b> Cuidar e Respeitar a pessoa em fase terminal
<b>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha</b> (250 palavras): <p>O número de clientes em fase terminal que recorrem ao serviço de urgência têm vindo a aumentar, assim como a sua permanência em internamentos hospitalares, em serviços que muitas vezes não conseguem dar resposta adequada às suas necessidades.</p> <p>A Direção Geral de Saúde (2013), refere que na União Europeia a previsão realizada pela <i>Internacional Agency for Reseach on Cancer</i> (IARC), tendo em conta o envelhecimento populacional, determina um acréscimo de novos casos de neoplasia de 13,7%. A mesma agência afirma que as previsões para Portugal são semelhantes, apontando para um aumento de 12,6%.</p> <p>O número crescente da permanência de clientes no serviço de urgência em fase final de vida e a pouca tendência para a prática da relação de ajuda, tornam esta etapa da vida penosa e solitária. (Viega <i>et al.</i>, 2009).</p> <p>A morte é um fenómeno complexo, em que se por um lado parece estar sempre presente ao longo da nossa vida, por outro lado parece manter-se radicalmente ausente enquanto vivemos. (Pacheco, 2004).</p> <p>A escolha deste tema advém de após algum contato com clientes em fase terminal, constatamos a dificuldade que temos na prestação de cuidados diferenciados aos clientes/família, que pensamos estar relacionado com os défices de conhecimentos que temos nesta área. Estes cuidados devem ser uniformizados para se obter ganhos em saúde, assim como para demonstrar a importância que as intervenções de enfermagem têm na qualidade de vida nestes clientes/família.</p>
<b>Diagnóstico de situação</b>
<b>Definição geral do problema</b> Défice de conhecimentos na área das intervenções de enfermagem a clientes oncológicos
<b>Análise do problema</b> (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras) <p>A Unidade Local de Saúde Cuidar com Qualidade iniciou atividade em junho de 2004, abrange 5 concelhos, com área geográfica de 5.225.8Km<sup>2</sup> e perto de 100.000 habitantes. Em Novembro de 2012, sucedeu uma reorganização, ocorrendo a junção do Hospital Q1 com os centros de saúde dos diversos concelhos, constituindo-se assim a Unidade Local de Saúde Cuidar com Qualidade.</p>

Nas regiões do sul, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2013), existe maior amplitude nas taxas relativas a óbitos por neoplasias nesta região.

Todavia além das neoplasias, que são a 2ª causa de morte em Portugal (20-28%), outras patologias como as insuficiências cardíacas, respiratórias, hepáticas, renais, doenças neurológicas degenerativas e demências, também necessitam de cuidados paliativos, quando se encontram em estadios avançados. (Associação Nacional de cuidados paliativos, 2006).

A Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que os cuidados paliativos são *“uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam o problema associado à doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação perfeita e gestão da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”* (P.13).

Para Martins *et al.* (2012), o serviço de urgência é considerado um local pouco indicado para iniciar uma abordagem paliativa, por não existir conhecimento do plano terapêutico dos clientes. Os profissionais que exercem funções nestes serviços, sentem que este tipo de cuidados não é prioritário por sentirem frustração pelo fato de não puderem atuar, assim como pelo tempo despendido nos cuidados a estes clientes em fase terminal. Os mesmos atores referem que a desculpa da falta de tempo, surge como justificação para as dificuldades na prestação destes cuidados, nomeadamente no acompanhamento da família, no apoio espiritual e social, e também na construção da relação com o cliente.

Por todos os aspetos supracitados, incluindo a desvalorização dada a estes clientes assim como aos cuidados paliativos, e por entender-mos que possuo poucos conhecimentos nesta área, achamos pertinente desenvolver um projeto de desenvolvimento académico que nos munirá de saberes nesta área tão específica, de forma a desenvolver as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

As competências que iremos desenvolver neste projeto são: *“K1 — Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”*, com as seguintes unidades de competências: *“K.1.1. — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; K.1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas; K.1.4 — Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; K.1.5 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e K.1.6 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência*

*orgânica*”. (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011).

*“L5- Cuida da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”, com as seguintes unidades de competência: “L5.1 – Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante ou terminal, seus cuidadores e familiares; L5.2 – Promove intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares”. E a competência “L6- Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte”, com as seguintes unidades de competência: “L6.2- Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, e processos de morrer e de luto; L6.3 – Negoceia objetivos/metabolismos de cuidados, mutuamente acordados dentro do ambiente terapêutico; L6.4 – Reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz”.* (Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, 2011).

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

1. Escassez de artigos científicos na área das intervenções de enfermagem a clientes oncológicos;
2. Poucos conhecimentos na área das intervenções de enfermagem a clientes oncológicos.

**Determinação de prioridades**

Definimos como prioridade realizar uma revisão sistemática de literatura sem metanálise sobre as intervenções de enfermagem a clientes oncológicos, com o intuito de ficarmos mais despertos para as verdadeiras necessidades destes clientes, nunca descorando a família.

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

**OBJETIVO GERAL**

Adquirir conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem diferenciados, a clientes oncológicos.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Realizar uma revisão sistemática da literatura sem metanálise sobre as necessidades dos clientes/família e as intervenções de enfermagem a clientes oncológicos;
- Elaborar um dossiê temático sobre os cuidados de enfermagem diferenciados, a clientes

oncológicos.

**Referências Bibliográficas:**

Assembleia da República (2011). Regulamento nº. 124/20 de 18 de fevereiro de 2011 sobre *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República 2ª Série – Nº. 35

Direção Geral de Saúde (2013). *Portugal- doenças Oncológicas em números - 2013*.  
Direção Geral de saúde. Lisboa. ISSN: 2183-0746

Instituto Nacional de estatísticas (2013). *Revista de Estudos demográficos nº50*. Lisboa.  
ISSN: 1645-5657

Martins *et al.* (2012). *Fim de vida no serviço de urgência: Dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados- Revisão sistemática de literatura*. Instituto Politécnico de Castelo Branco: Escola Superior de Saúde Dr.º Lopes Dias

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Cuidados paliativos para uma morte digna – Catálogo de classificação internacional para a prática de Enfermagem*. International Council of Nurses. ISBN versão portuguesa: 978-989-8444-02-08.

Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal- Perspetiva ética*. Lusociência - Edições Técnicas e científicas. Loures. ISBN: 972-8383-30-4.

Viega, *et al* (2009). Pessoa em fase terminal de vida- que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência?. *Revista referência: II Série – n.º 10*.

**Referências Eletrónicas:**

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*. Acedido a 08/05/2014, em:

[http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes\\_Organizacao\\_de\\_Servicos.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf).

Ordem dos Enfermeiros - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica ou Paliativa* – aprovado por unanimidade em assembleia geral extraordinária da OE a 22 de Outubro de 2011.

Acedido a 1/06/2014, em :

[http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_Regulamento CEESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_Regulamento CEESituacaoCronicaPaliativa.pdf).

## **APÊNDICE 3 - PLANEAMENTO**

## Planeamento do Projeto

<b>Estudante:</b> Ana Rita Martins Faia	<b>Orientador:</b> Enfermeira Especialista em E.M.C. A.T.R.
<b>Instituição:</b> <i>Unidade Local de Saúde Cuidar com Qualidade</i>	<b>Serviço:</b> Serviço de urgência
<b>Título do Projeto:</b> Cuidar e respeitar a pessoa em fase terminal	
<p><b>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><b><u>OBJETIVO GERAL:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir conhecimentos sobre os cuidados a prestar a clientes oncológicos.</li> </ul> <p><b><u>OBJETIVOS Específicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar uma revisão sistemática de literatura sem metanálise sobre as necessidades dos clientes/família e as intervenções de enfermagem a clientes oncológicos;</li> <li>• Elaborar um dossiê temático sobre os cuidados de enfermagem diferenciados, a clientes oncológicos.</li> </ul>	
<b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b> (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira Coordenadora do serviço de urgência: Enf.<sup>a</sup> Especialista H.L.</li> <li>• Enfermeira Orientadora Especialista em E.M.C.: A.T.R.</li> <li>• Elementos da equipa de enfermagem do serviço de urgência.</li> <li>• Presidente do Conselho de Administração: J.M.</li> <li>• Enfermeira Responsável da unidade de cuidados continuados – Unidade de convalescença: Enf.<sup>a</sup> Especialista M. S.</li> <li>• Elementos da equipa de enfermagem da unidade de cuidados continuados – Unidade de convalescença</li> <li>• Bibliotecária: R.O.</li> <li>• Professora Mestre em E.M.C.: E.M.</li> </ul>	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1. Realizar uma revisão sistemática de literatura sobre as necessidades dos clientes/família e as intervenções de enfermagem a clientes oncológicos;	a. Elaboração de uma revisão sistemática da literatura, seguindo o método de Cochrane HandBook;	Estudante	PC	3ª semana de Maio à 4ª semana de Maio	Formulação da pergunta sobre as intervenções de enfermagem a cliente oncológicos.
	b) Elaboração de uma pergunta bem definida;				
	c) Localização estudos; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escolha de palavras-chaves;</li> <li>- Seleção de estratégias de busca e escolha de base de dados;</li> <li>- Escolha de critérios de inclusão e exclusão para a seleção de artigos.</li> </ul>	Estudante	PC Internet	4ª semana de Maio à 4ª semana de Junho	Identificação de estudos relevantes, selecionando as palavras-chaves, escolha de base de dados e por fim definir-se-á os critérios de inclusão e exclusão dos artigos encontrados.

	d) Recolha dos estudos;	Estudante	PC Internet	4ª semana de Junho à 2ª semana de Julho	Seleção de dados relevantes
	e) Avaliação crítica dos estudos;	Estudante	PC Internet	1ª semana de Julho à 2ª semana de Julho	Verificação da qualidade dos estudos
	f) Análise e interpretação dos estudos;	Estudante	PC Suporte papel	Da 2ª semana de Setembro à 2ª semana de Outubro	Tabela de resultados
	g) Apresentação de resultados;	Estudante	PC	Da 2ª semana de Outubro à 1ª semana de Novembro	Descrição das evidências Científica

<p>2. Elaborar um dossiê temático sobre os cuidados de enfermagem diferenciados, a clientes em fase terminal.</p>	<p>a. Realização do dossiê temático</p>	<p>Estudante</p>	<p>PC Suporte papel</p>	<p>1ª semana de Novembro à 1ª semana de Dezembro</p>	<p>Dossiê temático</p>
	<p>b. Discussão do dossiê temático com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora e professora;</p>	<p>Estudante Enf.<sup>a</sup> Orientadora Professora</p>	<p>—</p>	<p>1ª semana de Dezembro à 3ª semana de Dezembro</p>	<p>Dossiê dá resposta às necessidades dos clientes oncológicos</p>
	<p>c. Introdução de alterações, caso necessário;</p>	<p>Estudante</p>	<p>PC</p>	<p>3ª semana de Dezembro à 4ª semana de Dezembro</p>	<p>Alterações efetuadas</p>
	<p>d. Realização de pedido de autorização para divulgar o dossiê;</p>	<p>Estudante C.A. Professora Enf.<sup>a</sup> Coordenadora do S.U.</p>	<p>S uporte papel</p>	<p>4ª semana de Dezembro à e 4ª semana de Janeiro</p>	<p>Autorizado a divulgação do dossiê Temático</p>
	<p>e. Divulgação do dossiê temático.</p>	<p>Estudante Professora Enf.<sup>a</sup> Orientadora</p>	<p>Suporte papel</p>	<p>4ª semana de Janeiro</p>	<p>Dossiê temático visualizado por a equipa de enfermagem.</p>



Material informático (PC)

Suporte papel

Dossiê e separadores

**Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

Barreiras linguísticas na pesquisa e tradução de artigos, que se ultrapassará com recurso a dicionários e Google tradutor;

Dificuldade na realização de uma revisão sistemática da literatura sem metanálise por inexperiência;

Demora na homologação do dossiê temático, que pensamos que será resolvido com contatos frequentes à Enfermeira Diretora e C.A. .

## **APÊNDICE 4- ARTIGOS EXCLUÍDOS**

## ARTIGOS EXCLUÍDOS

NOME	BASE DE DADOS	REFERÊNCIA	AUTOR
<p><i>Predictors of distress in cancer patients and their partners: the role of optimism in the sense of coherence construct</i></p> <p><b>Razão:</b> Limita-se a fazer a associação entre ansiedade e depressão</p>	MEDLINE	<p>Psychology and Health Vol. 27, Nº 2, Fevereiro 2012, 178-195</p>	<p>Lilius, M.G.; Julkunen, J.; Keski-Vaccara, P.; Lipsanen, J. e Hietanen, P.</p>
<p><i>Evaluation of Sexual Function in Patients With Gynecologic Cancer and Evidence-Based Nursing Interventions</i></p> <p><b>Razão:</b> Centra-se na neoplasia ginecológica</p>	MEDLINE	<p>Sex. Disabil (2011) 29:33- 41</p>	<p>Oskay, V.Y.; Bet, N.K.; Bal, M.D.; Yilmaz, S.D.</p>
<p><i>Adherence to oral cancer therapies: Nursing Interventions</i></p> <p><b>Razão:</b> Foca-se na terapia para neoplasia da cavidade oral</p>	MEDLINE	<p>Clinical Journal of oncology nursing, vol.14, Nº 4 – Agosto 2010</p>	<p>Winkeljohn, D.;</p>
<p><i>End-of-life care and achieving preferences for place of death England: Results of a population-based survey using the Voices- SF questionnaire</i></p>	CINAHL	<p>Palliative Medicine, 2014, vol. 28 (5) 412-421</p>	<p>Hunt, K.J.; Shlomo, N.; Addington, J.</p>

---

**Razão:** Aplicado à família excluindo os clientes

---

*Effectiveness of nurse case management compared with usual care in cancer patients at a single medical in Taiwan: a quase-experimental study*

CINAHL

BMC Health Service  
Research, 2013. 13:202

Chen, Y.; Chan, Y.;  
Tsou, Y.; Chen, M.; Pá, Y.

**Razão:** Foca-se na eficácia dos cuidados aos clientes de Taiwan

---

*Patients satisfactions with information on disease and morbidity*

CINAHL

Revista Latin-am  
Enfermagem, 2009 Maio-Junho.  
17(3): 335-40

Martin, J.C.A.

**Razão:** Remete-se a fazer a correlação entre a satisfação dos clientes com a informação obtida sobre a patologia e a sua morbilidade

---

*Mapping nurses Natural Language to Oncology Patients Symptom Expressions*

CINAHL

Supported Care for  
Healthing People (2006)

Rotegard. A.K.;  
Staughter, L.; Ruland, C.M.

**Razão:** Aborda termos novos expressos pelos clientes, como sendo sintomas da neoplasia

---

*Non- Cancer Patients in Specialized*

CINAHL

Palliative Medicine 25(2)

Ostgathe.ng. B. C.; Alt-

<i>Palliative Care in Germany: What are the problems</i>		148-152 (2010)	Epping, B.; Golla, H.; Gaertne. J.; Lindena, G.; Radbruch, L.; Voltz, R.
<b>Razão:</b> Baseia-se em censos que se realizam anualmente nas unidades de cuidados paliativos	CINAHL	Journal of Pain and Symptom Management (2014) Vol. 14, Nº 6	Shin, S.; Hui, D.; Chisholm, G. Know, J.; San-Miguel, M.J.; Allo, J.
<i>Characteristics and Outcomes of patients Admitted to the Acute Palliative Care Unit from the Emergency center</i>	MEDLINE	European Journal of Cancer Care (2011), 20: 436-444	Plant, H.; Moore, S.; Richardson, A.; Cornwalla, A.; Medina, J.; Ream, E.
<b>Razão:</b> Compara sintomas e taxa de sobrevivência de clientes internados	MEDLINE	Oncology Nursing Forum (2011), Vol. 38, Nº 1	Korber, S.; Padula, C.; Gray, J.; Powell, M.
<i>Nurses's experience of delivering a supportive intervention for family member of patients with Lung Cancer</i>	MEDLINE	Oncology Nursing Forum (2011), Vol. 38, Nº 1	Korber, S.; Padula, C.; Gray, J.; Powell, M.
<b>Razão:</b> Aplicado apenas em familiares de clientes com neoplasia pulmonar	MEDLINE	Oncology Nursing Forum (2011), Vol. 38, Nº 1	Korber, S.; Padula, C.; Gray, J.; Powell, M.
<i>A Breast Navigator Program: Marriers, Enhancer, and Nursing Interventions</i>	MEDLINE	Oncology Nursing Forum (2011), Vol. 38, Nº 1	Korber, S.; Padula, C.; Gray, J.; Powell, M.
<b>Razão:</b> Centrado unicamente no tratamento da neoplasia da mama	MEDLINE	Oncology Nursing Forum (2011), Vol. 38, Nº 1	Korber, S.; Padula, C.; Gray, J.; Powell, M.

## **APÊNDICE 5- CRELHA CASPE**

**Critical Appraisal Skills Programme (CASP)**

	<b>1</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.A</b>	<b>5. A</b>	<b>6. A</b>	<b>7. Os</b>	<b>8. A</b>	<b>9.</b>	<b>10.Q</b>
<b>Estudos</b>	Há declaração clara dos objetivos?	O método qualitativo é apropriado?	O desenho do estudo é adequado para responder aos objetivos?	estratégia de recrutamento dos participantes foi adequada aos objetivos do estudo?	recolha de dados foi feita de modo a abordar a questão de investigação?	relação entre investigador e os participantes foi devidamente considerada?	aspectos éticos foram tidos em consideração?	análise de dados foi suficientemente rigorosa?	Há uma declaração clara dos resultados?	Qual o valor da investigação?
<b>1. Older Cancer Patients, information and communication need: What they is what they yet?</b>	Sim	Sim	Abordagem Quote chemo, que relaciona a qualidade do atendimento, com base nas necessidades e	Realizado em 10 alas de dez hospitais holandeses (n=361). Critérios de inclusão dos participantes (amostra de conveniência): Idade ≥ 65 anos,	Método de gravação-vídeo. As consultas eram gravadas e posteriormente seria fornecido um questionário aos	A recolha de dados foi baseada nas duas categorias de Quote chemo.	Foi explicado aos participantes, e antes de iniciar o estudo foi facultado o consentimento informado por escrito. Foi	Há uma descrição detalhada do processo de análise. É feita a descrição dos resultados.	Os resultados são explícitos e devidamente justificadas estatisticamente. Foi efetuado inicialmente	Refere as necessidades individuais do grupo experimental. Este estudo fornece ferramentas para o desenvolvimento de

			<p>expetativas do cliente.</p> <p>receber pela primeira vez tratamento de quimioterapia; domínio da língua holandesa; não apresentar deficit cognitivo, nem estar a participar em ensaios clínicos; Grupo controle (Enfermeiros): certificados para a prestação de cuidados oncológicos; terem feito</p>	<p>participantes. Após a consulta aos enfermeiros também era aplicado um questionário</p>		<p>dada autorização para o estudo através do Comitê de Ética Médica da Universidade Medical Centre Utrecht, na Holanda.</p>		<p>e o pré teste aos grupo de controle e grupo experiment al para validar o questionári o.</p>	<p>intervenções de apoio para avaliar e satisfazer as necessidades dos clientes idosos. O investigador refere que seria pertinente aplicar este estudo a outros profissionais de saúde (ex.médicos)</p>
--	--	--	--	---	--	---	--	--	---

				ensinos aos clientes em tratamento de quimioterapia						
<b>2.Fighting Over Food: Patient and Family understanding of Cancer Cachexia</b>	Sim	Sim	Pesquisa fenomenol ógica interpretati va, que visa conhecer o significado do fenómeno caquexia para os clientes e respetivas famílias.	Amostragem intencional para selecionar clientes com neoplasia avançada com caquexia que frequentem unidades de internamento e ambulatório (8 clientes e 8 familiares de referência).  Critérios de inclusão: Idades >18	Utilizado a gravação digital com entrevistas não estruturadas de resposta aberta, que poderiam emergir para outras perguntas relacionadas com o fenómeno em estudo.  Refer	Entrevista não estruturada, constituído por respostas abertas.  As entrevistas foram gravadas por temas, que impulsionara m a necessidade de entrevistas	Foi facultado o consentiment o informado aos participantes.  Aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa Regional.	É referida toda a análise e como emergiram todas as temáticas.	Os resultados são explícitos, assim como a discussão de acordo com a evidência.  O autor refere a validação de entrevistas.	O autor refere a pertinência e a importância de incidir sobre a natureza, o efeito da caquexia na neoplasia e o papel da alimentação na gestão, avaliando a eficácia que poderá

				anos, com diagnóstico de neoplasia avançado em estágio e incurável; perda de peso superior a 10% nos últimos 6 meses; e que entendessem que a perda de peso é um problema e que vivessem no domicílio.	e a saturação dos dados.	posteriores.				reduzir o conflito com a alimentação nesta população.
<b>3. Cancer patient perceptions of the Good Nurse: a Literature</b>	Sim	Sim	Revisão sistemática	Pesquisa nas bases de dados: Medline; CINAHL, Biblioteca	Explica a recolha de dados. Fora incluídos	Todos os artigos, exceto um foi aplicado em hospitais	Houve alusão aos códigos de ética na fundamentação teórica.	A análise de dados é descrita rigorosamente.	O investigador dá ênfase a aspetos como a	Refere a pertinência de se aprofundar o conhecimento

Review				<p>Cochrane, Invert e PsycINFO; artigos publicados entre janeiro 1998 e Julho 1998.</p> <p>Critério de inclusão: Descritos resultados de pesquisa empírica; reflita as percepções e/ou experiências dos clientes com neoplasia sobre os “bons enfermeiros”;</p>	12 artigos.	oncológicos ou centros de saúde.			<p>triangulação de dados. Existe discussão sobre os dados obtidos e evidência.</p>	<p>os sobre o que os clientes consideram “bons enfermeiros”, de acordo com a sua percepção e a fase da doença em que se encontram.</p>
--------	--	--	--	---	-------------	----------------------------------	--	--	--	--

				publicados em inglês, francês, alemão ou holandês; incluem clientes com idade >a 17 anos, que receberam cuidados de enfermagem por causa do diagnóstico confirmado de neoplasia.						
<b>4. Patients' perceptions of the importance of Nurses</b>	Sim	Sim	Abordagem fenomenológica. Perguntas	Amostragem intencional (n=20, 10 sexo feminino e 10	Gravação de entrevistas. Foi atingido a	Entrevistas com resposta aberta, tendo sido	Foi assinado o consentimento informado e foi autorizado	Há uma análise e descrição devidamente fundamentada	Os resultados estão explícitos e	Apenas é descrito a importância para a

<p><b>knowledge about cancer and its treatment for quality Nursing Care</b></p>			<p>de resposta aberta, com gravação de entrevistas.</p>	<p>sexo masculino). 3 clientes recusaram a participação. Critérios de inclusão: idade entre 25-80anos; Com confirmação do diagnóstico de neoplasia; Internado em enfermarias e sem apresentar défices físicos e cognitivos.</p>	<p>saturação nas entrevistas posteriores à inicial.</p>	<p>transcritas na integra, analisadas, resultando em unidades de significado.</p>	<p>pelo Comité Oeste de Ética da Noruega e teve em conta as regras de Declaração da Helsinki de 2002.</p>	<p>dos achados neste estudo.</p>	<p>devidamente fundamentado de forma a dar resposta aos objetivos definidos.</p>	<p>intervenção de enfermagem.</p>
---	--	--	---	---	---	---	---	----------------------------------	--	-----------------------------------

## **APÊNDICE 6- DOSSIÊ TEMÁTICO**

## DOSSIÊ TEMÁTICO



Fonte: [http://milion.files.wordpress.com/2013/01/cuidados\\_paliativos.gif](http://milion.files.wordpress.com/2013/01/cuidados_paliativos.gif)

## 0. INTRODUÇÃO

No decorrer do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no âmbito da unidade modular: estágio I e II, foi elaborado um projeto de desenvolvimento académico no qual emergiu o presente dossiê temático intitulado: Cuidar e Respeitar o cliente oncológico.

O número de clientes em fase terminal que recorrem ao serviço de urgência têm vindo a aumentar, assim como a sua permanência em internamentos hospitalares, em serviços que muitas vezes não conseguem dar resposta adequada às suas necessidades.

Sapeta *et al.* (2007) descreve que o conceito de doente terminal abrange um conjunto de critérios que o definem, como sendo a “*presença de doença avançada, incurável e terminal; escassa ou nula possibilidade de resposta ao tratamento ativo, específico para a patologia base; presença de problemas, sintomas intensos, múltiplos e multifatoriais; a evolução é no sentido da degradação progressiva e falência multiorgânica; prognóstico de vida limitado*”(P. 37)

A Direção Geral de Saúde (2013), refere que na União Europeia a previsão realizada pela *Internacional Agency for Reseach on Cancer*, tendo em conta o envelhecimento populacional, determina um acréscimo de novos casos de neoplasia de 13,7%. A mesma agência afirma que as previsões para Portugal são semelhantes, apontando para um aumento de 12,6%.

A Associação Nacional dos Cuidados Paliativos (2006), afirma que as neoplasias são a 2ª causa de morte em Portugal com percentagens que rondam os 20-28%.

Por forma a promover cuidados individualizados e diferenciados ao cliente oncológico, houve a necessidade de fazer uma pesquisa exaustiva – revisão sistemática da literatura sem metanálise - cujo objetivo visou conhecer quais as intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades e expetativas do cliente e família.

Revisão sistemática da literatura é uma técnica científica, objetiva, eficiente e reprodutível que permite extrair os resultados de estudos independentes, avaliar a consistência de cada estudo e inevitavelmente explicar as inconsistências e conflitos. É uma técnica que “*(...) aumenta a acurácia dos resultados, melhorando a precisão das estimativas de efeito de uma determinada intervenção clínica*” (Pocinho, 2008. P.12).

Galvão *et al.* (2004), defende que a revisão sistemática é uma solução que proporciona uma síntese do conhecimento baseado em pesquisa, relativo a um tópico específico. Muitas vezes os enfermeiros manifestam dificuldade no uso de pesquisas devido à falta de tempo, falhas na procura de pesquisas e dificuldades de habilidades para avaliar e sintetizar as pesquisas encontradas.

Neste dossiê encontra-se os achados descobertos numa revisão sistemática da literatura sem metanálise, onde os clientes expressavam que existem lacunas na relação interpessoal, alívio de sintomas e comunicação. Num capítulo autónomo, encontra-se a temática do método subcutâneo que surge por fim a dar resposta a uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica são: “*K3- Maximiza a intervenção na prevenção e controle da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequado*”. (Regulamento n.º 124/2011, Artigo 4º, P. 8656).

## 1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

No decorrer da revisão sistemática de literatura sem metanálise a qual nos propusemos realizar, foram analisados quatro artigos que deram resposta ao objetivo em estudo: Conhecer as intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades expressas pelos clientes oncológicos:

- Para os clientes é necessário que os enfermeiros possuem características em que as atitudes e conhecimento estejam aliados, isto é, o conhecimento e as habilidades técnicas. Valorizam os cuidados de enfermagem individualizados e personalizados, promovendo o bem-estar dos clientes. Referem que os bons profissionais devem aliar o conhecimento e habilidade, e a integração das suas habilidades em simultâneo, incrementando assim as relações interpessoais. (Rchaidia, *et al.* 2009 – Artigo I-).

Rchaidia *et al.* (2009) descreve que os “bons enfermeiros” apresentam características incorporadas em quatro categorias principais: 1. Características pessoais (mostram respeito por si mesmo e por outros; cuidam estando presente); 2. Características profissionais (o cuidado é centrado no cliente, respeitando os códigos de ética e padrões profissionais de cuidados); 3. Base de conhecimento (investem na formação e apresentam capacidade de utilizar o pensamento crítico) e 4. Qualificação profissional (demonstram segurança e competência na realização dos cuidados). O mesmo autor defende que os enfermeiros devem respeitar os direitos dos clientes, apresentando como responsabilidade proteger os direitos humanos, isto é, os enfermeiros informam os clientes sobre quais os cuidados que necessitam, dando informações sobre o mesmo; Protegem a confidencialidade de todas as informações; Promovem a privacidade; Respeitam os clientes que apresentam objeção de consciência no que concerne à participação em estudos e cuidados. Similarmente os enfermeiros assumem um papel crucial na definição e implementação de padrões aceitáveis de prática de enfermagem clínica, gestão, investigação e educação.

## 1.1. RELAÇÕES INTERPESSOAIS:

Para Barbosa *et al.* (2006), criar e manter uma relação genuína/autêntica, íntegra/respeitosa e responsável, tendo como alusão a consciência da vulnerabilidade mútua nos cuidados de saúde, tem um valor moral e permite que essa relação propague o autodesenvolvimento pessoal de ambos os intervenientes.

Já Kvale *et al.* (2010) defende que o enfermeiro profissional é caracterizado como perito e competente. O enfermeiro é eficiente e sabe transmitir o seu conhecimento; transmite o conhecimento efetivo sobre a patologia e ao mesmo tempo é eficiente e eficaz na realização de técnicas (ex. punção venosa).

Para Benner (2001) o perito não necessita de estratégias analíticas de apoio à decisão, é capaz de compreender o problema de forma intuitiva e considerar alternativas à situação e à resposta. O perito conhece o problema através de padrões típicos e compreende a pessoa enquanto tal.

A função do perito permite por um lado enquadrar o praticável, aclara a área em que o prestador de cuidados atua, promove o espaço de liberdade e os limites da sua intervenção. Este quadro deve ser bem pensado, para se adequar à vida, à subtilidade da prática profissional e à criatividade que ela pressupõe, por outro lado, aumenta o número de caminhos possíveis, permitindo ao cliente e seus familiares, identificar as diferentes possibilidades e os diferentes caminhos que se lhe oferecem. (Heesben, 2001)

Nos clientes em fase terminal é fundamental ter como objetivos terapêuticos a promoção do conforto do cliente e família, sendo que a unidade objeto de cuidados é o cliente e a sua família. (Neto *et al.*, 2006)

Não obstante os cuidados ao cliente oncológico deve respeitar os direitos do cliente em cuidados paliativos: A- a receber cuidados; B- à autonomia, identidade e dignidade; C- ao apoio personalizado; D- ao alívio do sofrimento; E- a ser informado e F- a recusar tratamento (Grupo de trabalho de cuidados paliativos, 2008)

De acordo com Neto *et al.* (2006), as bases de intervenção em clientes com necessidade de cuidados paliativos, assentam nas seguintes áreas:

- Oferta de cuidados globais que tenham em conta os aspetos físicos, emocionais, sociais, psicológico e espirituais. “ *A prestação destes cuidados deve fazer-se de uma forma personalizada, verdadeiramente centrada no doente, e continuada*”.

(P.53)

- Promoção da dignidade e autonomia dos clientes, devendo ser regidas por decisões terapêuticas.
- Conceção terapêutica ativa, através de uma atitude reabilitadora que leva a ultrapassar o “*não à mais nada a fazer*”.
- Importância do tipo de ambiente, “*já que a atmosfera de respeito, conforto e apoio, com uma comunicação aberta, influência de modo decisivo o controlo de sintomas*” (P.54)

- Para os clientes os enfermeiros devem demonstrar conhecimento sobre a patologia, o seu tratamento e possuir capacidades técnicas que aliviem o sofrimento, promovendo a sua proteção e segurança. Valorizam enfermeiros experientes. (Kvale *et al.*, 2010 – Artigo II-).

Muitos clientes com neoplasia enfrentam problemas físicos resultantes da patologia, assim como a ocorrência de efeitos colaterais graves resultantes dos tratamentos. (Kvale *et al.*, 2010).

O conhecimento clínico na qualidade do cuidar em enfermagem promove no cliente segurança e alívio do sofrimento, fornecendo informações úteis; previne e alivia o sofrimento e insegurança durante a quimioterapia e alivia a dor, atenuando os efeitos colaterais do tratamento e os sintomas da doença. (Kvale *et al.* 2010)

## 1.2. ALÍVIO DE SINTOMAS:

No que alude ao controlo sintomático, de acordo com Neto *et al.* (2006) deve respeitar um conjunto de procedimentos que passam por:

- Avaliação e monitorização corretamente de sintomas;
- Utilização de estratégias terapêuticas mistas (medidas não farmacológicas e farmacológicas);
- Adequação da via de administração;
- Antecipação das medidas terapêuticas;
- Estabelecimento de planos com o cliente e família;
- Elucidação da situação;
- Reavaliação periódica;
- Dar atenção aos detalhes;

- Disponibilidade.

O autor supracitado defende ainda que os profissionais de enfermagem devida à sua maior proximidade ao cliente, tem um papel crucial na monitorização de sintomas e consequentemente no sucesso do processo terapêutico. Se o objetivo final do controlo sintomático passa por promover maior nível de conforto, é fundamental ser monitorizado. *“Assim recorre-se em cuidados paliativos às chamadas constantes de conforto, que dizem respeito a: 1. Presença de sintomas; 2. Qualidade de sono e 3. Bem-estar psicológico”*. (P.58/59)

No controle de sintomas é imprescindível que o enfermeiro possua conhecimentos específicos, de modo a ser capaz de proceder à identificação precoce e à comunicação atempada aos restantes elementos da equipa, planeando, implementando e avaliando as intervenções mais adequadas, de caráter autónomo e/ou interdependente. (Carvalho, 2011)

No que toca ao sofrimento, este é definido como uma dimensão ontológica do ser humano, enquanto consciência de si ao ser confrontado com a vulnerabilidade perante a fragilidade face à finitude e/ou inquietação referente à finalidade da vida. As características essenciais podem ser manifestadas por sentimento de vida contrariada, perda dos quadros de referência habitual, perda de controlo sobre si, dependência em relação aos outros, isolamento profundo e alterações da consciência interna do tempo. (Barbosa, 2006). No contexto de atuação sobre o sofrimento, o autor refere que *“as principais estratégias adaptativas desencadeadas no esforço de superação existencial só poderá ser realizado num âmbito de uma relação humana sensível e próxima e não pelo mero preenchimento mecânico de instrumentos de avaliação”*. (P.409)

Já Alves *et al.* (2012), sustenta que o sofrimento é caracterizado por angústia, dor ou aflição física, emocional e espiritual. É definido como uma emoção negativa, em que os sentimentos prolongados de enorme sofrimento associados ao flagelo e à necessidade de tolerar condições devastadoras, como os sintomas físicos, stress psicológico, má reputação ou injustiça. O mesmo autor defende que nos cuidados paliativos as principais fontes de sofrimentos são *“as perdas (autonomia e dependência de terceiros, sentido da vida, dignidade, papéis sociais, estatuto e regalias económicas); sintomas mal controlados; alterações da imagem corporal e nas relações interpessoais; modificação de expectativas e de planos; futuro e abandono por parte de familiares”*. (P.116)

- Outro estudo demonstra que os clientes (idosos) valorizam a informação relacionada com o tratamento, informações que visem o seu impacto na vida diária e como lidar com os efeitos secundários, comunicação afetiva e a discussão de expectativas realistas; no último estudo os clientes contestam que é essencial a realização de ensinamentos sobre a alimentação e alterações que podem decorrer da doença. (Weert, *et al.* 2013 – Artigo III-; Reid, *et al.* 2009 – Artigo IV-)

Weert *et al.* (2013) confirma que os profissionais de saúde muitas vezes não têm habilidades de comunicação necessárias para identificar as preocupações e problemas individuais dos clientes, conseqüentemente a informação fornecida é muitas vezes insuficientemente adaptada às necessidades de informação e comunicação, resultando em necessidades não satisfeitas. A comunicação com os clientes idosos com neoplasia pode ser complicada por variadas barreiras relacionadas com a idade, como o declínio cognitivo, défices sensoriais e crenças, percepções e conhecimento sobre a neoplasia. Estudos revelam que as necessidades de comunicação influenciam a qualidade de vida mais negativamente em clientes idosos, em comparação a clientes jovens.

### 1.3. COMUNICAÇÃO:

Para Andrade *et al.* (2013), a comunicação representa uma estratégia de extrema relevância para a prática dos cuidados paliativos e quando em interação com relação de atitude, cooperação, sentimento e sensibilidade, é considerado um instrumento importante impulsionador da relação entre o enfermeiro e o cliente em fase terminal. Assim sendo, a escuta atenta, o olhar e a postura é uma medida terapêutica comprovadamente eficiente para clientes que dela necessitam, sobretudo os que se apresentam em fase terminal. Quando o enfermeiro recorre à comunicação verbal e não-verbal, incentiva a participação do cliente nas decisões e cuidados específicos relacionados com a sua patologia e, dessa forma, obtenha um tratamento digno.

Já Carvalho (2011) afirma que na comunicação e relação de ajuda é esperado que o enfermeiro se pautem pelo respeito, empatia, escuta ativa, atenção, autenticidade através de uma atitude aberta: “*estabelecer desde o primeiro contato que qualquer pedido receberá resposta verdadeira e honesta, que nunca haverá mentira*”. (P.9).

O enfermeiro deverá estar atento ao nível de comunicação entre os familiares e entre estes e o cliente, detetando problemas, inseguranças e fragilidade, contribuindo para a resolução de conflitos. (Carvalho, 2011)

Querido *et al.* (2006) assegura que comunicar eficazmente no contexto de cuidados paliativos implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre o profissional de saúde, o cliente e família. Essas perícias incluem ouvir, observar e tomar consciência dos próprios sentimentos. O mesmo autor defende que a comunicação empática sobre a situação clínica, para além de uma expectativa da maioria dos clientes, é uma obrigação ética e moral da equipa de cuidados paliativos. Uma comunicação adequada é uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associado à doença avançada e terminal. Situações problemáticas mais frequentes na comunicação em cuidados paliativos com os clientes/famílias são a comunicação do diagnóstico (ter em conta o individualizar e considerar o estado de orientação; um clima de desorientação e medo do cliente e família levará a dificuldades acrescidas de um projeto minimamente realista), do prognóstico (criar um horizonte ao qual o cliente se pode ir adaptando de acordo com a sua evolução) e a transmissão de más notícias (é uma das tarefas mais difíceis de desempenhar. Sem o treino adequado, o desconforto e a incerteza associada a esta atividade pode levar os profissionais a afastarem-se emocionalmente dos clientes).

Em relação à comunicação de más notícias, de acordo com Twycross (2003), as más notícias são informações que inevitavelmente alteram drástica e desagradavelmente a opinião que o cliente tem em relação ao seu futuro. Ao se dar más notícias deverá estar-se preparado para enfrentar uma reação emocional intensa. Partilhar-se a informação com o cliente e família em conjunto evita dificuldade e desconfianças, promovendo o apoio mútuo.

O mesmo autor refuta que:

1. O local indicado para a transmissão de más notícias deverá ser escolhido em conjunto com o cliente/família, que forma a promover privacidade;

2. O cliente deverá ser abordado por forma a que o profissional conheça o que ele sabe sobre a doença assim como aquilo que deseja saber. No momento em que se partilha informação, em que as estratégias passam por fazer-se questões de resposta aberta, por forma a deixar a livre expressão de sentimentos e preocupações; não dar falsas esperanças; não fornecer mais informação do que a desejada; promover o espaço

para silêncios; assegurar que a mensagem foi recebida; ter coragem para dizer “*não sei*”; aceitar a negação e não compactuar com ela; e por fim partilhar os tratamentos disponíveis.

### 3. Deverá permitir-se a expressão de emoções fortes.

A antevisão da perda da própria vida desencadeia respostas psicológicas que não ocorrem necessariamente em determinada sequência. Muitas podem surgir e outras podem nunca existir. Essas respostas psicológicas são mais marcantes no “*momento do diagnóstico ou pouco tempo depois; na altura da primeira recidiva; à medida que a morte se aproxima*” (P. 47), podendo ser manifestadas por três fases respetivamente: Fase I- Rutura, é caracterizada por sintomas como a descrença, negação, choque e desespero, a duração habitual pode ser de dias a semanas; Fase II- Disforia, caracterizada entre outros por ansiedade, insónia, dificuldade de concentração, culpa, tristeza e depressão e poderá ocorrer entre semanas a meses e por fim a Fase III- Adaptação, que se manifesta por o enfrentar das implicações e estabelecimento de novas metas em que a duração habitual é meses. (Twycross, 2003)

No que concerne à alimentação, Reid *et al.* (2009) reforça que os argumentos sobre os alimentos podem afetar a qualidade de vida dos clientes e ter repercussões negativas para a família. Deve-se fazer ensinamentos à família, por forma a dar a conhecer que a comida é um meio de diversão social, mais do que um tratamento para ajudar a caquexia. Deve-se interceder junto da família, fazendo-as entender como o apetite alterado do cliente pode contribuir para a perda de peso. As intervenções tencionam ajudar os familiares a distinguir as alterações no apetite que podem ser explicadas fisiologicamente, e os que são uma consequência esperada da caquexia sobre o qual o cliente tem controlo mínimo.

Gonçalves *et al.* (2006) defende que comer e beber são funções corporais básicas e consideradas como um sinal de saúde. A incapacidade ou dificuldade em comer podem provocar um profundo impacto físico e psicológico no cliente e família. A síndrome anorexia-caquexia é uma manifestação habitual nos clientes em situação de fase terminal, esta síndrome caracteriza-se por “*um severo estado de má nutrição, devido a uma diminuição de ingestão de alimentos, alterações metabólicas e hormonais, resultantes da resposta do organismo à presença do tumor. (...) combina perda de peso,*

*lipólise, perda de proteína muscular e visceral, anorexia, náusea crónica e astenia”*  
(P.168)

O autor supracitado defende que as medidas farmacológicas têm pouco sucesso, devendo haver maior investimento na explicação do sintoma, nas medidas de adaptação à situação e no reforço pedagógico regular de que a caquexia não beneficia da ingestão alimentar forçada.

## 2. MÉTODO SUBCUTÂNEO

O método subcutâneo surge pela primeira vez por Russel em 1979. Russel utilizou a via subcutânea para administrar morfina a clientes com sintomas de neoplasia avançada. (D'Aquino, 2012).

A via de administração subcutânea é indicada como via de segunda opção de fármacos de forma contínua ou intermitente nos clientes em cuidados paliativos que não podem usar a via oral (Pontalti *et al.*, 2012). Os mesmos autores defendem que a via de eleição nos cuidados paliativos é a via oral, por ser mais simples e não invasiva. Contudo estudos revelam que entre 53% e 70% dos clientes oncológicos, em situação de incurabilidade, requerem de outra via alternativa para a administração de fármacos. Em cerca de 80% dos casos, os clientes em fase final de vida apresentam situações clínicas que pode passar por náuseas, vômitos, disfagia, obstrução intestinal, dispneia e dor. Nestes casos, na impossibilidade de receber medicação por via oral, a via subcutânea é uma alternativa para o controle desses sintomas.

Lopes *et al.* (2012) asseguram que a via subcutânea é suprema, quando se depara com perda ou alterações da via oral, surge a necessidade de escolha de uma nova via para a administração de terapêutica ou hidratação. Esta via impera por diversas vantagens, das quais se destaca a manutenção de autonomia, mobilidade do cliente e pela facilidade de manuseamento pelo cliente e família.

Para Pontalti *et al.* (2012) a perfusão subcutânea oferece uma série de vantagens face à perfusão intravenosa. Além da comodidade, têm poucos efeitos adversos: é menos dolorosa, de fácil manipulação e conservação no domicílio e apresenta um baixo índice de infecção.

Segundo Burlá (2010) a hipodermóclise (soroterapia) é uma técnica simples e segura, desde que sejam obedecidos as normas de administração, volume, qualidade dos fluídos e medicamentos a serem infundidos.

Viegas (2011) afirma que o tecido subcutâneo *“por ser dotado de inúmeros capilares sanguíneos torna-se uma via de eleição à administração de fluídos e/ou fármacos, uma vez que serão absorvidos e transportados pelos mesmos à macrocirculação. Os fármacos administrados por via subcutânea têm o comportamento farmacocinético semelhantes aqueles administrados por via intramuscular, atingindo no entanto uma concentração sérica menor, mas com tempo de ação prolongado. Deste*

*modo, evita a clearance pré sistêmica pelo fígado, originando uma concentração sérica estável do medicamento evitando picos plasmáticos que levam a efeitos colaterais indesejáveis.” (P.3)*

A terapia subcutânea consiste na administração de uma solução no tecido subcutâneo, localizado abaixo da derme cuja vascularização é similar à que se observa nos músculos. (Pontalti *et al.*, 2012)

Os fatores que podem condicionar a absorção e difusão dos fármacos são inúmeros, como a lipossolubilidade, a concentração do fármaco, volume administrado, o estado do tecido subcutâneo (fibrose, edema), o nível de obesidade do cliente, a superfície corporal (maior superfície, maior absorção), a sua função cardiovascular (fluxo sanguíneo) e a perícia do profissional. (Pontalti *et al.*, 2012).

Pontalti *et al.* (2012) apontam como contra indicações a esta técnica, o edema; a insuficiência cardíaca; a desidratação grave; os distúrbios de coagulação, o foco infeccioso próximo ao local de punção e a administração em clientes com necessidade de diálise peritoneal.

As complicações major associadas a más práticas e ao uso abusivo de hidratação subcutânea no cliente em final de vida pode ser o aumento de náuseas e vômitos; aumento de secreções brônquicas, edema, eritema, formação de abscesso, celulite, granuloma e infiltração. (Burlá, 2010)

Os locais privilegiados para a realização desta técnica devido às características supracitadas são a região deltóide, região anterior do tórax, região escapular, região abdominal, e face lateral da coxa (D’Aquino, 2012).

Os medicamentos utilizados na administração subcutânea para controle sintomático são frequentemente o Sulfato de Morfina; Brometazida; Ondansetrona; Metadona; Midazolam; Prometazina; Octreotide; Metoclopramida; Fenobarbital; Escopolamina; Dexametasona; Clorpromazina; Clonidina; Brometo de n-butil; Ranitidina; Garamicina e Tramadol. Os medicamentos incompatíveis com a via de administração subcutânea são o Diazepam; Diclofenac; Eletrólitos não diluídos; Fenitoína e Clorpromazina por poderem provocar necrose tecidual. (D’Aquino, 2012).

Neto (2008) refuta que não se deve injetar mais de três fármacos no mesmo local, uma vez que pode comprometer a absorção dos mesmos e conseqüentemente influenciar a eficácia da terapêutica.

Segundo Viegas (2011), na terapia subcutânea as agulhas epicraneanas ou butterfly (calibre 21-25 Gauge), podem permanecer entre 5 a 8 dias no mesmo local, enquanto as agulhas teflon podem permanecer até 11 dias, apresentando apenas como desvantagem o ser mais dispendioso.

É importante vigiar o local de inserção do cateter e na presença de sinais inflamatórios, extravasamento ou edema, o cateter deve ser retirado o mais precocemente e puncionar um novo local. A zona de punção deverá ficar pelo menos a 5 centímetros da primeira ou então realizar a rotação para evitar lesões tecidulares. (Mariela, *et al.*, 2014)

Antes de iniciar a técnica deve-se higienizar as mãos por forma a prevenir infecção, desinfetando o local a puncionar com antisséptico para assegurar a assepsia. Punciona-se a pele num ângulo de 45° a 60°, numa prega cutânea, fazendo-se posteriormente rotação da agulha num ângulo de 180°, com o bisel da agulha para baixo, proporcionando uma melhor e mais rápida difusão, evitando assim que a agulha fique obstruída devida a tecido adiposo do tecido subcutâneo. (Viegas, 2011)

Imediatamente faz-se a fixação do sistema epicraneano (com opsite ou adesivo), podendo iniciar-se de imediato a administração de fármaco e/ou fluidos. Antes de tudo isso deve proceder-se ao preenchimento do sistema epicraneano com soro fisiológico. Após a administração de terapêutica, dever-se-á injetar 2ml de soro fisiológico, de forma a não ficar vestígios de medicação na tubuladura. (Viegas, 2011)

O acesso pode ser mantido fechado sem necessidade de heparinizar, uma vez que não é utilizado um vaso do sistema nervoso ou arterial. Quando existe necessidade de administração por esta via, poderá ser feito um volume variando entre 1.000 a 1.500 ml em 24 horas, com um fluxo de infusão de 40-60 ml/h. (Burlá, 2010).

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, C.; Costa, S.; Lopes, M. (2013). *Cuidados Paliativos: a comunicação como estratégia de cuidados para o paciente em fase terminal*. 58.059.900. (P.2525-2530)
- Alves, M.; Jardim, M.; Freitas, O. (2012). Sofrimento do doente oncológico em situação de paliativos. *Revista Referência*. III- Série, Nº 8. (P.115-124)
- Barbosa, A; Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa: Centro de Bioética. ISBN: 978-972-9349-21-8
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- Carvalho, S; Botelho, M. (2011). Os Cuidados Paliativos no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários: As intervenções dos Enfermeiros. *Pensar em Enfermagem*. Vol.15. Nº1
- D´Aquino, M. & Souza, R. (2012). *Hipodermóclise ou via subcutânea*. Artigo 12. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ
- Direção Geral de Saúde (2013). *Portugal- doenças Oncológicas em números - 2013*. Direção Geral de saúde. Lisboa. ISSN: 2183-0746
- Gonçalves, M<sup>a</sup>. et al. (2006) in *Manual de Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa: Centro de Bioética. ISBN: 978-972-9349-21-8
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-20-7
- Kvale, K.; Bonderik, M. (2010). *Patients´ perceptions´ of the importance of nurses knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care*. Oncology Nursing Forum. Vol. 37, Nº 4
- Lopes, A. et al. (2012). *Vantagens e desvantagens da terapêutica e hidratação Subcutânea*. Mestrado em Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr.º Lopes Dias – Castelo Branco
- Mendes, K.; Silveira, R.; Galvão, C. (2008). *Revisão integrativa: Métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem. 17(4): 758-64
- Neto, I. (2008). *Utilização da via subcutânea na prática clínica*. Medicina interna, 41.

- Pontalti, G et al (2012). *Vias subcutânea: Segunda Opção em Cuidados Paliativos*.  
Artigo de Revisão. Revista HCPA; 32(2): 199-2017
- Querido, A. et al. (2006) in *Manual de Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina de  
Lisboa: Centro de Bioética. ISBN: 978-972-9349-21-8
- Reid, J.; Mckenna, H.; Fitzsimons, D.; McCance, T. (2009). *Fighting Over Food:  
Patient and Family understanding of Cancer Cachexia*. Oncology Nursing  
Forum. Vol.36, Nº 4
- Rchaidia, L.; Casterlé, B.; Blaeser, L.; Gastmans, C. (2009). *Cancer patients´  
perceptions of the good nurse: a literature review*. Nursing Ethics. 16(5)
- Sapeta et al. (Junho, 2007) – Cuidar em Fim de Vida: Fatores que interferem  
no processo de interação Enfermeiro – Doente. *Revista Referência*. II-Série, Nº.4
- Souza, M.; Silva, M.; Carvalho, R. (2010). *Revisão integrativa: o que é e como fazer*.  
Einstein: 8(1 pt 1): 102-6
- Twycross, R. (2003) - Cuidados Paliativos. 2ªedição. Lisboa. Climepsi Editores  
ISBN: 972-796-093-6
- Viegas, M. (2011). *Via Subcutânea: Uma nova alternativa*. 1ª Jornadas de Enfermagem  
Médico-Cirúrgicas. Centro hospitalar do Barlavento Algarvio
- Weert, J.; Bolle, S.; Dulmen, S.; Jansen, J. (2013). *Older Cancer Patients´, information  
and communication need: What They Want is what they get?*. Patient Education  
and Counseling: 92 388-397

## REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS

- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de Serviços em  
Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*. Acedido a 26/06/2014, em:  
[http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes\\_Organizacao\\_de\\_Servicos.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf)
- Burlá, C. (2010). *Hipodermoclise - Administração de fluidos pela via subcutânea*.  
Acedido a 07/11/2014, em: [http://ucbweb.castelobranco.br/webcaf/arquivos/  
15465/6651/hipodermoclise.pdf](http://ucbweb.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15465/6651/hipodermoclise.pdf)
- Grupo de trabalho de Cuidados Paliativos (2008). *Proposta de Revisão do Programa*

*Nacional de Cuidados Paliativos (2008-2016)*. Acedido a 06/12/2014, em:  
<http://www.portaldasaudefp.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1-E3AB-46CF-B79C-E9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf>

## **APÊNDICE 7- PÓSTER**



# Incêndio, como atuar ...

## Introdução

De acordo com a lei de bases da proteção civil (artigo 3º, lei nº 27/2006 de 3 de Julho de 2006), catástrofe é definida como um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocar elevados prejuízos materiais e eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida da população. Existem duas situações que podem levar à catástrofe: situações de alta intensidade mas de curta duração, em que o fator desencadeante ocorre de forma inesperada atingindo um pico dentro de poucas horas (ex. desastres naturais) e as situações de baixa intensidade mas de longa duração (ex. pandemias).

Bandeira (2008) refuta que a catástrofe é qualquer acontecimento que provoque estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas, deteriorização da saúde e dos serviços de saúde, a um nível tal que justifique uma mobilização excepcional de auxílio vindo do exterior. Este conceito traduz-se num fluxo elevado de vítimas, destruição de ordem material intensa e desproporcionalidade entre os meios humanos de socorro e o número de vítimas.

Segundo a Autoridade Nacional de proteção Civil (2009), capítulo II, referente à caracterização dos edifícios e recintos (artigo 6º, alínea 1e) os edifícios hospitalares e lares de idosos são classificados como sendo do tipo V. Este corresponde a edifícios ou partes de edifícios que recebem público, que se destinam à execução de ações de diagnóstica ou à prestação de cuidados na área da saúde, com ou sem internamento, ao apoio a pessoas idosas ou com condicionalismos decorrentes de fatores de natureza física ou psíquica, ou ainda onde se desenvolvam atividades a essas pessoas, nomeadamente hospitais, centros de saúde.

A presença de um elevado número de ocupantes em condições de deficiente capacidade de perceção e reação a uma situação de alarme, faz com que o aspeto fundamental, em termos de segurança dessas instalações seja a prevenção, já que o processo de evacuação encontra-se fortemente comprometido. A primeira preocupação a nível de segurança deste tipo de edifícios, deverá ser a prevenção na ocorrência de situações indesejáveis ou, caso estas venham a ocorrer, limitar ao máximo a propagação de modo a reduzir a necessidade de evacuação dos ocupantes, com exceção da zona afetada. (Plano de emergência interna, 2008)

De acordo com o plano interno de emergência (2008), o período mais crítico em termos de ocupação é o turno da manhã, em contrapartida o turno da tarde, noite são os mais críticos do ponto de vista de evacuação, este fato deve-se ao reduzido número de pessoal que assegura os serviços de internamento, que poderá não ser suficiente face ao número de clientes acomodados, com mobilidade reduzida e ainda de visitas.



Fonte: <http://protvale.com.br/wp-content/uploads/2013/04/prevenir.jpeg>

## Tipos de emergência:

### Emergência Parcial:

Emergência de âmbito local em que numa primeira avaliação, não é previsível a extensão dos sinistros, a qual em princípio pode ser controlada pelos meios próprios tanto humanos como materiais. Nesta fase, não é previsível a existência de vítimas ou caso estas ocorram, apresentam lesões de caráter ligeiro.

### Emergência Geral:

Corresponde a situações catastróficas ou a ocorrências em que as consequências previsíveis poderá afetar a maior parte, ou a totalidade da unidade hospitalar. Da avaliação do sinistro ou da sua evolução, resulta que o controlo do mesmo poderá realizar-se com o apoio de meios externos.

(Plano de emergência interna, 2008)



Fonte: <http://www.chbrn.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9F47C17D-9559-4EE9-8083-5F1E2BE9A4D3/14164/simulacro1.JPG>



Fonte: <http://www.jornaldealgarve.pt/wp-content/uploads/2011/08/inc%20c3%83%C2%83%C3%82%C2%AAudio-hospital-portim%C3%83%C2%83%>

## Fase de evacuação:

### 1. Alarme inicial

. Efetuado por meios humanos/ automáticos (contatar a central de segurança nº 119 referindo o tipo de sinistro e o local de ocorrência)

### 2. Alarme restrito

. Difusão de mensagens codificadas, pré-definidas, identificativas do tipo de ocorrência e da zona do edifício em alarme.

### 3. Alarme geral

. Informar os membros das equipas de emergência e todos os ocupantes dos edifícios em geral, de que deverá ser iniciada a evacuação.

### 4. Alerta

. Se o sinistro evoluir para dimensões consideradas difíceis, emite-se um alerta às entidades para controlar a emergência (Bombeiros, Proteção Civil)

### 5. Intervenção

. Deverá ser rápida, de forma a assegurar a maior eficácia e limitação das consequências. São definidos três níveis de intervenção.

**1ª intervenção:** são da responsabilidade dos membros do pessoal do hospital, que recebem treino e formação especializada até à chegada da equipa de intervenção;

**2ª intervenção:** inicia-se com a chegada ao local da equipa de intervenção (elementos habilitados a utilizar os extintores portáteis), que assumem a responsabilidade das ações de extinção de incêndios.

**3ª intervenção:** intervenção efetuada por meios de socorro externos, por equipas com meios específicos e de maior capacidade (Bombeiros; Proteção Civil).

Nos serviços de internamento antes de proceder à evacuação dever-se-á estabelecer de imediato quais os locais para onde os ocupantes deverão ser dirigidos de modo a criar condições para a continuação da evacuação (ponto 1- junto à receção; ponto 2- junto ao serviço x), quando a situação poderá por em risco os ocupantes de todo o edifícios. A evacuação dos serviços procede-se da seguinte forma:

1º clientes sem alteração na mobilidade;

2º clientes sem mobilidade, a maior distância da saída;

3º clientes sem mobilidade a menos distância da saída.

(Plano de Emergência Interna, 2008)

## Referências bibliográficas:

Autoridade Nacional de Proteção Civil (2009). Segurança contra incêndios em Edifícios. Compilação Legislativa. 1ª edição. Ministério da Administração Interna;

Bandeira, R. (2008). Medicina da Catástrofe: Da exemplificação histórica à introitica. Editora da Universidade do Porto: Porto.

Decreto-lei nº27/2006. Diário da República, I Série 126/03-07-06. Lei de Bases da Proteção Civil. 4696-4706

Unidade Local de Saúde Cuidar com qualidade (2008) . Acedido em <http://intranet/ficheiros/regulamentos/p%20E%20I%20-%20HLAEPE.pdf> a 20/11/2014.

## **APÊNDICE 8- ESTÁGIO OPCIONAL**

## **0. INTRODUÇÃO**

O presente relatório surge no âmbito do 3º MEMC que decorreu na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Setúbal, em contexto do estágio opcional inserido na unidade curricular: Enfermagem Médico - Cirúrgica III. O estágio decorreu na Unidade de Cuidados Paliativos da Unidade de Local de Saúde Cuidar com qualidade, no período de 6 a 26 de Outubro de 2014.

Este relatório visou narrar as atividades que foram desenvolvidas no decorrer do estágio e pretendeu promover a aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, desenvolvidas na prestação de cuidados de enfermagem ao cliente em fase paliativa.

O presente relatório encontra-se dividido em quatro partes respetivamente:

Parte I- Contextualização da unidade de cuidados paliativos;

Parte II- Explanação das ações desenvolvidas no decorrer do estágio

Parte III- Retratação das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica ou Paliativa;

Parte IV- Descrição da reflexão final da estudante, através de uma introspeção das atividades desenvolvidas no decorrer do estágio.

Assim sendo a realização deste relatório teve como objetivos:

- Descrever a estrutura física, equipa e missão da unidade de cuidados paliativos;
- Transmitir a partir de uma prática reflexiva as atividades em contexto de estágio;
- Realizar uma reflexão de todo o trabalho realizado pela estudante.

## 1. UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

A Unidade de Cuidados Paliativos encontra-se situada na ULSCQ, no 2º piso junto às unidades: intermédios e cuidados pós cirúrgicos, sendo que o seu acesso é efetuado através da porta principal do HM que dá acesso a todos os serviços de internamento.

A Unidade de Cuidados Paliativos apresenta como missão “(...) a prestação de cuidados paliativos de qualidade a pessoas que sofram de doença grave e/ou avançada incurável e progressiva, com objetivo de melhorar a qualidade de vida do doente e sua família” (intranet do HM, s/d)

A estrutura física da unidade é constituída por:

- ✓ 5 quartos, sendo que 3 deles tem capacidade para dois clientes e os restantes são quartos individuais. Cada quarto tem um WC e uma sala de banho assistido;
- ✓ Sala de chefe de enfermagem;
- ✓ Sala de trabalho de enfermagem e de reuniões;
- ✓ Sala onde se encontra todo o material necessária a procedimentos de enfermagem: soros, terapêutica, material de punção, entubação nasogástrica, algaliação e pensos.
- ✓ Sala de limpos (material de higiene);
- ✓ Sala dos sujos (material de eliminação e higiene);
- ✓ Sala de refeições ou lazer e copa de apoio ao cliente e família.

A lotação máxima da unidade é de 8 clientes, e é incentivada a presença contínua da família ou cuidador principal, estando em cada quarto um sofá que permite a pernoita junto do cliente. É permitida a presença de familiares 24horas/dia, o cliente pode ser visitado por 3 pessoas em simultâneo num horário flexível (das 12h às 20horas).

A equipa multidisciplinar é composta por quatro médicos (um diretor clínico a tempo inteiro, um clínico a concluir o mestrado em cuidados paliativos a tempo parcial e dois clínicos apenas um dia por semana/cada), um psicólogo; um assistente social; um administrativo; um fisioterapeuta; um capelão (2-3 vezes/semana); nove assistentes operacionais e sete enfermeiros, incluindo a enfermeira chefe, sendo que há um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde pública e outro enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

## 2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A realização deste estágio decorreu no espaço temporal de 06 a 26 de Outubro de 2014 (realizados 7 turnos), surgiu por necessidade da estudante conhecer as intervenções de enfermagem a clientes em fase terminal, já que o seu relatório de trabalho de projeto para a obtenção de mestrado incide nessa temática: o cliente oncológico.

Antes de iniciarmos o estágio, fomos ao serviço supracitado a fim de informar a enfermeira chefe sobre a realização de estágio e se a autorização teria sido dada por parte da administração. Nesse dia apresentamos os nossos objetivos de estágio e facultaram-nos o horário do serviço.

No 1º dia de estágio foi mostrado a estrutura física da unidade, feita uma breve apresentação dos clientes que se encontravam no internamento, qual a patologia mais recorrente nessa unidade (neoplasia) e posteriormente foi-nos explicado as principais intervenções de enfermagem executadas. Relativamente ao rácio enfermeiros/cliente durante os turnos: Manhã: 2:8 (o enfermeiro chefe na maior parte das vezes conta como elemento na prestação de cuidados); na tarde e noite é 1:8.

### **Intervenções de enfermagem no turno da manhã:**

- Atividades de vida diárias: Higiene e conforto, alimentação, mobilização e posicionamentos;
- Administração e confirmação de terapêutica;
- Avaliação se sinais vitais;
- Realização de pensos;
- Encaminhamento para exames auxiliares de diagnóstico;
- Avaliação da escala de Edmonton;
- Registos de enfermagem.

### **Turno da tarde:**

- Atividades de vida diárias: Alimentação, posicionamento.
- Administração de terapêutica;
- Avaliação da escala de Edmonton;
- Registos de enfermagem.

### **Turno da noite:**

- Posicionamentos;
- Colheitas de sangue;
- Administração de terapêutica;
- Avaliação da escala de Edmonton;
- Registos de enfermagem.

É importante realçar que todas as segundas feiras no turno da manhã é feita a reunião de equipa (equipa multidisciplinar), onde se debate caso a caso o estado e evolução dos clientes. É também nessas reuniões que se discute a necessidade de conceber a “conferência familiar”, em famílias conflituosas ou em casos de conspiração do silêncio.

Sapeta *et al.* (2007) defende que quando a doença de base é a doença oncológica assim como o estigma criado à sua volta, surge a designada “conspiração do silêncio” quer a nível dos clientes como das famílias. Os mesmos autores afirmam que em relação à comunicação profissional-clientes/família, “ (...) as dificuldades em manter uma comunicação terapêutica enraízam numa complexa rede de fatores, todos imersos no secular medo da morte e na implícita dificuldade de lidar com o assunto”. (P.52)

Um dos aspetos que nos realçou durante o estágio foi a importância dada à sintomatologia aguda que os clientes referem e ao seu alívio imediato. É impressionante a autonomia que a equipa de enfermagem tem na administração de terapêutica, tudo isto deve-se ao fato da formação constante que os elementos têm na área (cerca de metade da equipa têm ou está a retirar mestrado em cuidados paliativos) e à confiança que os clínicos demonstram nos cuidados prestados pela equipe de enfermagem.

Foi crucial promover a privacidade dos clientes, não somente na higiene e conforto como aquando da interação cliente-profissional, utilizando muitas vezes como recurso o uso de cortinas. Foi realçado a consciencialização dos clientes/família/cuidador principal da evolução da doença, isto é, era explicado a sintomatologia relacionada com a patologia e a sua evolução a curto espaço de tempo.

Desde o início do estágio, por opção da estudante prestamos todos os cuidados inerentes às intervenções de enfermagem (competências do enfermeiro de cuidados gerais e enfermeiro especialista), por forma a conseguir estabelecer relação com os clientes. Conseguimos acompanhar a família no decorrer da agudização da patologia de base, procedemos a ensinamentos, aliviámos os sintomas tanto com medidas farmacológicas,

como não farmacológicas e procedemos ao reconforto emocional sempre que necessário. Sempre que houvesse necessidade de apoio mais qualificado, encaminhamos para técnicos diferenciados e posteriormente discutir-se-ia as necessidades dos clientes/família/cuidador principal na reunião de equipa semanal.

Contatamos com uma escala específica de avaliação de sintomas nas unidades de cuidados paliativos: Escala de Avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS)

A utilização desta escala despertou-nos para a verdadeira importância da avaliação de enfermagem. Devemos valorizar as queixas manifestadas pelos clientes, observadas pelos profissionais e referidas pela família. Contudo existe a componente subjetiva na avaliação dessa escala, por vezes apesar de pedirmos uma classificação objetiva de determinado sintoma ao cliente, percebemos que o valor dito pelo mesmo não correspondia à avaliação feita pelo profissional de saúde.

A ESAS é uma escala que permite que se conheçam os sintomas apresentados pelos clientes, por forma a planear intervenções específicas e individualizadas. Esta escala combina sintomas físicos e psicológicos, composta por nove sintomas frequentes em clientes com neoplasia (Sintomas). É classificada de 0 a 10, onde 0 representa a ausência de sintomas e 10 representa a manifestação máxima do sintoma. (Monteiro *et al.*, 2010)

Foram prestados cuidados em relação às atividades de vida diárias (alimentação, higiene e conforto, posicionamento), de acordo com as necessidades expressas pelo cliente. Realizamos pensos em feridas malignas, como único prepósito o controlo do exsudado, cheiro e promoção de bem-estar.

### **3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

A realização deste estágio opcional permitiu-nos uma abordagem ao cliente em fase crónica e paliativa, tendo em conta uma diversidade de situações.

Desde o início do estágio, abordamos o cliente em situação crónica ou paliativa de forma holística, prestando cuidados personalizados e diferenciados em conjunto com a equipa multidisciplinar, surgindo desse modo necessidade de demonstrar conhecimentos teóricos e práticos, com base em evidência científica.

Enquanto profissional este estágio foi uma mais-valia, porque apesar de exercemos atividade num serviço em que uma grande parte dos clientes apresentam patologias

crônicas e na maioria das vezes necessitam de cuidados paliativos, há um déficit visível na relação estabelecida com a família ou cuidador principal.

Assim estágio opcional permitiu-nos o desenvolvimento das duas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crônica ou Paliativa: “L5- *Cuida de pessoas com doença crônica incapacitante, ou terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida*” e “L6- *Estabelece relação terapêutica com as pessoas com doença crônica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas, e à morte*”. (Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crônica ou paliativa, 2011, Artigo 4º, P. 2)

#### **4. REFLEXÃO**

O estágio opcional na Unidade de Cuidados Paliativos da Unidade de Saúde Cuidar com qualidade permitiu-nos o desenvolvimento das 2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crônica ou Paliativa: “L5- *Cuida de pessoas com doença crônica incapacitante, ou terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida*” e “L6- *Estabelece relação terapêutica com as pessoas com doença crônica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas, e à morte*”.

O estágio supracitado permitiu-nos a identificação dos focos de intervenção no qual devemos direcionar as nossas intervenções e em conjunto com o projeto de desenvolvimento académico, conduziu-nos há aquisição de competências que nos proporcionou a concretização dos objetivos delineados no início do relatório de trabalho de projeto.

Este estágio permitiu-nos a mobilização de conhecimentos anteriormente lecionados em sala de aula, na unidade curricular: Cuidados em fim de vida; Ambientes (unidade modular: psicossociologia das organizações) e Médico-cirúrgica I (unidade modular: cuidados em situação de crise).

O contato direto com esta realidade foi uma mais-valia para o nosso desenvolvimento enquanto estudante e profissional. Ficamos mais despertos para questões que não valorizamos no dia-a-dia. Conseguimos transmitir enquanto estudante e profissional respetivamente (no serviço de urgência e na no serviço onde exercemos atividade) as necessidades destes clientes e família, despertando nos colegas a necessidade de focar a sua atenção nesses clientes como um todo.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Monteiro, D.; Kruse, M.; Almeida, M. (2010). Avaliação do Instrumento Edmonton Sympton Assessment em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem (online)*. Vol. 31, nº4. Porto Alegre. ISSN: 1983-1447
- Missão dos Cuidados Paliativos, acedido em [www.hlalentejano.min-saude.pt/downloads/texto-de-divulgacao.pdf](http://www.hlalentejano.min-saude.pt/downloads/texto-de-divulgacao.pdf) a 10/12/2014
- Ordem dos Enfermeiros (2011) - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica ou Paliativa* – aprovado por unanimidade em assembleia geral extraordinária da OE a 22 de Outubro de 2011. Acedido em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf). a 10/12/2014
- Sapeta *et al.* (2007) – Cuidar em Fim de Vida: Fatores que interferem no processo de interação Enfermeiro – Doente. *Revista Referência*. II-Série, Nº. 4

## **APÊNDICE 9- CARATERIZAÇÃO DO S.U.**

A ULSCQ iniciou funções em 2004, sendo que até 2008 era apenas constituído por o HM, nesse ano ocorreu uma reestruturação desencadeando a junção do hospital aos centros de saúde e respetivas extensões num total de cinco concelhos, constituído aproximadamente por 100.000 habitantes, distribuídos por uma área geográfica de 5.255.8 km<sup>2</sup>.

O serviço de urgência do H.M. é classificado como urgência médico-cirúrgica, cujo objetivo primordial é o atendimento a clientes em situação urgente ou emergente 24 horas/dia. É constituído por um enorme conjunto de meios físicos e humanos, que dá resposta aos clientes que recorrem a esse serviço, sendo desse modo prestados cuidados de saúde apropriados à situação clínica.

Esse serviço no que concerne à estrutura física, dá resposta a três áreas de atuação, mais designadamente: ambulatório, internamento e pediatria.

## AMBULATÓRIO

Constituído por uma sala de reanimação, que dá resposta a situações emergentes advindas do exterior ou do próprio serviço. Essa sala tem duas unidades separadas por cortinas, equipadas com monitores cardíacos, dois ventiladores, rampa de oxigénio, de ar respirável e sistema de vácuo com o aspirador devidamente montado e carro de emergência com monitor desfibrilhador com ambu. Esta sala por forma a chamar de imediato a equipa tem um sistema de campainha audível em todo o serviço.

Uma sala de triagem, assegurada por um enfermeiro durante 24 horas/dia, de acordo com o preconizado no protocolo de Triagem de Manchester.

Três salas de espera onde os clientes e família aguardam até ser chamados para a triagem, outra sala para os clientes ao qual foi atribuído a prioridade urgente (cor amarela) e uma terceira para quem tem prioridade não urgente (cor verde ou azul).

Uma sala de realização de exames complementares de diagnóstico (eletrocardiogramas).

Cinco gabinetes para observação clínica, sendo que dois são reservados a medicina de clínica geral; um de medicina interna; um para especialidades cirúrgicas e um quinto reservado a clientes que se façam acompanhar por forças policiais.

Uma sala aberta, na qual se procede a uma avaliação mais minuciosa após a triagem. Nesta sala o enfermeiro observa a necessidade e estabelece prioridades, o profissional procede a uma vigilância ativa no decorrer dos cuidados prestados.

Uma sala com nome indefinido, onde se realiza tratamentos e técnicas invasivas e não invasivas com o objetivo major o respeito pela privacidade do cliente.

Uma sala de pequena cirurgia, onde o clínico realiza intervenções cirúrgica de pequeno porte com a colaboração do enfermeiro.

Uma sala de observação e tratamento ortopédico, para onde são reencaminhados clientes com problemas traumáticos, em que os enfermeiros conjuntamente com o clínico prestam intervenções adequados ao cliente.

Três WC's.

## ÁREA DE INTERNAMENTO

Duas salas de observação, em que uma é designada por sala de observação com capacidade para seis camas (divididas em dois espaços físicos diferentes - um com 4 camas e outro com 2 camas), cada cama é equipada com um monitor cardíaco, suporte para seringa e bomba infusora, rampa de oxigénio e ar respirável e sistema de vácuo com aspirador montado; e um espaço físico designado como extensão do serviço de observação, com capacidade de sete macas.

Estas unidades visam o internamento de clientes com necessidade de uma vigilância recorrente de acordo com a patologia e valores hemodinâmicos manifestados. É recorrente a necessidade de ventilação invasiva e não invasiva devido à falta de vagas na unidade de cuidados intensivos. A extensão do serviço de observação destina-se a clientes cujo estado não necessita de uma vigilância tão apertada. No internamento existe um carro de emergência e respetivo ambu.

Tem uma casa de banho; uma sala de limpos.

## ÁREA DE PEDIATRIA

Esta área é constituída por uma sala de espera exclusiva a crianças e acompanhantes.

Uma sala para observação clínica.

Uma sala onde é realizada a Triagem de Manchester, que funciona também como sala de tratamentos e cuidados de enfermagem.

A sala de observação é constituída por uma cama e um berço, um monitor cardíaco, um sistema para seringa infusora, duas rampas de oxigénio, ar respirável e um sistema de vácuo com aspirador montado. Este espaço destina-se a crianças que necessitam de uma maior vigilância, monitorização de parâmetros vitais ou administração de terapêutica e soroterapia, uma vez que não existe internamento pediátrico.

Duas casas de banho equipas de acordo com as necessidades das crianças.

## ÁREAS DE APOIO

Quatros vestiários, dois femininos e dois masculinos.

Uma sala de sujos

Sala de limpos com material necessário a procedimentos (ex. suportes de soros)

Farmácia do serviço de urgência, com antibióticos, soros, balas de oxigénio.

2 armários de consumíveis (cateteres; sondas nasogástricas, algálias ...)

Sala de enfermagem

Sala de chefe de enfermagem

Sala dos clínicos

Sala de refeições dos profissionais.

Aquando da admissão os clientes os familiares deslocam-se ao gabinete de admissão por fim a efetivar a consulta.

## CONSTITUIÇÃO DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos e assistente social.

A equipa de enfermagem é composta por 34 profissionais, divididos por 5 equipas constituídas cada por 6 elementos. Em cada equipa existe um chefe de equipa e o 2º elemento, com funções de gestão. A equipa é constituída por elementos jovens na

maioria das vezes, apresentando também elementos mais experientes (em idade, tempo de profissão e formação). A distribuição é feita pela enfermeira responsável, contudo pontualmente pode haver reajustes pelo chefe de equipa. Todos os elementos da equipa assumem os diferentes postos de trabalho, exceto na triagem, uma vez que só poderá ser executada por profissionais que detenham o curso de Triagem de Manchester.

Caso seja necessário o acompanhamento de clientes em situação crítica a exames complementares de diagnóstico, ou mesmo transferência para o bloco operatório ou unidade de cuidados intensivos é feito por um enfermeiro, assistente operacional e clínico.

Para além da componente técnicas exigidas, toda a equipa de enfermagem engloba a família na prestação de cuidados aos clientes, valorizando a sua presença; têm também um papel crucial da integração de novos elementos e na supervisão de ensinamentos clínicos.

Relativamente às assistentes operacionais, a equipa é formada por 21 elementos há semelhança da equipa de enfermagem, também são distribuídos pelos diferentes postos. As suas competências passam por realizar as tarefas delegadas e devidamente supervisionadas pelos enfermeiros, assim como a manutenção de espaços e transporte de clientes quer para a realização de meios complementares de diagnóstico ou mesmo transferências para outros serviços.

No que concerne aos clínicos, o serviço de urgência deve ter em cada turno 2 médicos de medicina interna (um na sala aberta - ambulatório e outro no internamento), 2 médicos de especialidades cirúrgicas, 2 ortopedistas (um em presença física e outro de chamada) e um pediatra.

## **APÊNDICE 10- CRONOGRAMA FINAL**

		Mês																																									
		Março				Abril				Maio				Junho				Julho				Agosto				Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro	
Semanas		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Atividades a desenvolver	A) 1. Elaboração da pergunta de investigação																																										
	2. Localização de estudos																																										
	2.1. Escolha de palavras-chave																																										
	2.2. Seleção de estratégias de busca e escolha de base de dados																																										
	2.3. Escolha de critérios de inclusão e exclusão																																										
	3. Recolha de estudos																																										
	4. Avaliação crítica dos estudos																																										
	5. Análise e apresentação dos dados																																										
	6. Apresentação dos Resultados																																										
	B) Realização do dossiê temático																																										
	C) Discussão do dossiê temático com a Enf. <sup>a</sup> Orientadora e Professora																																										
	D) Introdução de alterações, se necessário																																										
	F) Divulgação do dossiê temático																																										

## **APÊNDICE 11- ARTIGO**

# **Intervenções de Enfermagem de acordo com as necessidades expressas pelo cliente oncológico**

Autor: Faia, Ana Rita <sup>(1)</sup>

Orientador: Monteiro, Elsa <sup>(2)</sup>

**Resumo:** Este artigo traduz o trabalho desenvolvido no relatório de trabalho de projeto, mais concretamente numa dimensão nele inserido designado de projeto de desenvolvimento académico realizado no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, que decorreu na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal subordinado Cuidar e respeitar o cliente oncológico. Suportado na Teoria de Enfermagem de Médio Alcance de Pamela Reed – Teoria da Auto Transcendência e na metodologia de projeto de acordo com as etapas que a constituem: diagnóstico de situação, definição de problemas, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos achados, incorporando-os num dossiê temático e no presente artigo. Delineamos como objetivos aprofundar e adquirir conhecimentos sobre a temática, e para tal foi elaborada uma revisão sistemática da literatura sem metanálise seguindo o método Cochrane HandBook.

(1) – Discente do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

(2) – Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

**Palavras-chaves:** Cliente oncológico; Intervenções de Enfermagem; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Metodologia de Projeto.

Por forma a contextualizar o tema, iremos abordar a definição de cuidados paliativos e cliente terminal (oncológico).

O termo paliativo deriva do étimo latino *pallium* que significa capa, manto (Twycross, 2003). A primeira definição de cuidados paliativos surgiu com a Organização Mundial de Saúde em 1990, definição generalizada que defende que os Cuidados Paliativos são ativos e totais em clientes cuja doença não responde ao tratamento de cura. Considerava que o controlo da dor, outros sintomas e problemas psicossociais e espirituais eram primordiais. O seu objetivo inicial foi melhorar a qualidade de vida dos clientes e família. (Matsumoto, 2009).

Em Portugal os cuidados paliativos surgem por necessidade de resposta ao que a OMS considerava ser uma prioridade da política de saúde. Inevitavelmente o Conselho da Europa reconheceu que existia graves deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano ser apoiado e assistido na fase final de vida, realçando uma maior atenção para as condições de vida dos clientes terminais, na prevenção da solidão e sofrimento. (Direção Geral de Saúde,

2004). De forma a dar o seu devido valor, em 2004 houve a criação da Circular Normativa nº 14/DGCG, incorporada no Plano Nacional dos Cuidados Paliativos, estabelecendo que os componentes essenciais dos cuidados paliativos devem recair no alívio dos sintomas, apoio emocional, psicológico e espiritual, apoio à família e obriga o uso de dois instrumentos fundamentais: comunicação adequada e o trabalho em equipa multidisciplinar.

Para Twycross (2003), a “ (...) *filosofia dos cuidados paliativos centram-se mais no cliente do que na doença, promovem a aceitação da morte, melhorando a vida, constituem uma aliança entre o cliente e os prestadores de cuidados, e preocupam-se mais com uma reconciliação do que a cura*”. (P.17)

De acordo com a Associação Nacional dos Cuidados Paliativos (2006), as neoplasias são a 2ª causa de morte em Portugal com percentagens que rondam os 20-28%.

Macedo *et al.* (2008) refuta que a doença oncológica traduz-se numa situação crónica, debilitante e muitas vezes fatal que atinge cada vez maior número de indivíduos. Em relação à prevalência das neoplasias nos portugueses, a mais comum no sexo

masculino é o coloretal, o menos comum a Bexiga; no sexo feminino, o mais comum é o cancro da mama e o menos comum o coloretal.

Sá (2010) assevera que ao cuidarem do cliente com doença terminal, os enfermeiros centram-se no reconhecimento do cliente como pessoa, ouvem as suas necessidades e preferências, suportam as suas escolhas defendendo-as e mantendo a sua dignidade. As intervenções de enfermagem que aliviam o sofrimento da pessoa com doença oncológica passam por manter a dignidade e ver o ser humano como uma entidade de corpo, alma e espírito, valorizando as questões existenciais; promover a comunicação cliente-profissional; fazer ensinamentos sobre efeitos secundários do tratamento e doença; assegurar os cuidados de continuidade e aconselhamento; assistir nas atividades de vida diárias e avaliar a influência do meio na experiência de cuidados com potencial terapêutico (Sá, 2010).

Relativamente aos tratamentos ao cliente em fase terminal, devem basear-se em três dicotomias que necessitam ser aplicadas de forma equilibrada: os benefícios potenciais do tratamento devem ser ponderados relativamente aos riscos e malefícios

potenciais; lutar para que a preservação da vida ultrapasse os benefícios potenciais, devendo determinado tratamento ser suspenso; e proporcionar-se conforto na morte em que as necessidades individuais devem ser ponderadas relativamente às da sociedade. (Twycross, 2003)

O objetivo do projeto de desenvolvimento académico consistiu na realização de uma revisão sistemática da literatura sem metanálise conhecendo as necessidades dos clientes/família, as intervenções de enfermagem a clientes em fase terminal (oncológico) e posteriormente a elaboração de um dossiê temático intitulado: Cuidar e Respeitar o cliente oncológico.

De forma a adequar o nosso projeto às etapas que constituem o método Cochrane HandBook, despoletou: 1. Elaboração de uma pergunta bem definida; 2. Localização de estudos (englobando escolha de palavras-chaves; seleção de estratégias de busca e escolha de base de dados; e escolha de critérios de inclusão e exclusão para a seleção de artigos.); 3. Recolha dos estudos; 4. Avaliação crítica dos estudos; 5. Análise e

interpretação dos estudos e 6. Apresentação de resultados.

A primeira etapa para a elaboração de uma revisão sistemática da literatura sem metanálise, consistiu na formulação de uma pergunta bem definida, despontando: “*Quais as intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades expressas pelo cliente oncológico?*”, em que se utilizou a estratégia PICO (Participantes; Intervenção; Comparação e Outcomes/resultados, emergindo: P- Cliente oncológico; I – Intervenções de Enfermagem; C - \_\_\_\_; O- Empowerment dos Enfermeiros

A localização de estudos foi efetuada com recurso à pesquisa nas bases de dados da Biblioteca do Conhecimento On-line (B-On), que emergiu para as bases de dados: Medline, Sciverse e CINAHL. Recorreu-se à pesquisa avançada com as seguintes palavras-chave: “*Cancer Patient*” AND “*Nursing Interventions*, selecionando os assuntos sobre “*Nursing Care*” na Medline e Sciverse e no Booleano da CINAHL: “*Nursing Care*” AND “*Cancer Patients*” e *Care*” AND “*Cancer Patients*” e posteriormente o subconjunto: “*Cancer*”, com os seguintes critério de

inclusão: artigos datados a partir de 2009, com idioma em Português ou Inglês, submetidos a clientes com idade superior ou igual a 18 anos, que fossem regularmente acompanhados por enfermeiros. Os critérios de exclusão incluíam artigos anteriores a 2009, em outra língua que não a Portuguesa ou Inglesa e que se centrassem: num só tipo de neoplasia; na comparação entre sintomatologia ou ainda que fosse aplicado a famílias após o óbito do cliente.

Relativamente à recolha de estudos, foram obtidos 4 artigos sendo 1 da Sciverse (Older Cancer patients, informations and communication need: What they is what they yet?; Kvale *et al.*, 2010); 1 da Medline (Fighting Over Food: Patient and Family understanding of Cancer Cachexia; Reid *et al.*, 2009) e 2 da CINAHL (Cancer patient perceptions of the Good Nurse: a Literature Review; Rcheidia *et al.*, 2009 e Patients’ perceptions of the importance of Nurses knowledge about cancer and its treatment for quality Nursing Care ; Weert *et al.*, 2013).

Na avaliação crítica, os 4 artigos selecionados foram avaliados de acordo com a CASPe (Critical Appraisal Skills Programme España), dando resposta de forma eficaz às 10 perguntas que constituem este programa.

Os resultados obtidos foram agrupados em duas categorias

respetivamente: Atitudes e Competências.

De acordo com Miranda (2010), a essência do ser enfermeiro deve conjugar a tripla dimensão de aquisição de saberes cognitivos (*saber*), práticos (*fazer*) e atitudinais (*ser e estar*).

Mão de Ferro (2011) refere que para o desenvolvimento dos indivíduos e respectivas potencialidades, os profissionais de saúde devem desenvolver um conjunto de atividades, que proporcionem oportunidade e meios de adquirir conhecimentos (saber-saber), capacidades práticas (saber-fazer), atitudes e comportamentos (saber-ser) e o conjunto das três anteriores (saber-evoluir).

Os resultados evidenciam que os clientes oncológicos referem défices nas competências relacionais dos enfermeiros, tais como na comunicação, relação interpessoal e nas competências técnicas resultante do alívio de sintomas, daí ser imperativo intervir nessas lacunas por fim a promover cuidados individualizados e personalizados ao cliente e simultaneamente família.

Para Barbosa *et al.* (2006), criar e manter uma relação genuína/autêntica, íntegra/respeitosa e responsável, tendo como alusão a consciência da

vulnerabilidade mútua nos cuidados de saúde, tem um valor moral e permite que essa relação propague o autodesenvolvimento pessoal de ambos os intervenientes.

Andrade *et al.* (2013), refuta que a comunicação representa uma estratégia de extrema relevância para a prática dos cuidados paliativos e quando em interação com relação de atitude, cooperação, sentimento e sensibilidade, é considerado um instrumento importante impulsionador da relação entre o enfermeiro e o cliente em fase terminal. O enfermeiro deverá estar atento ao nível de comunicação entre os familiares e entre estes e o cliente, detetando problemas, inseguranças e fragilidade, contribuindo para a resolução de conflitos. (Carvalho, 2011)

A relação interpessoal deve ser centrada no acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos seus conhecimentos de natureza científica e competências técnicas, revelam-se nesses casos como componentes essenciais a um cuidar de qualidade. (Hesbeen, 2001)

No controle de sintomas é imprescindível que o enfermeiro possua conhecimentos específicos, de modo a ser capaz de proceder à identificação

precoce e à comunicação atempada aos restantes elementos da equipa, planeando, implementando e avaliando as intervenções mais adequadas, de caráter autónomo e/ou interdependente. (Carvalho, 2011). Barbosa *et al.* (2006) afirma que os profissionais de enfermagem devida à sua maior proximidade ao cliente, tem um papel crucial na monitorização de sintomas e consequentemente no sucesso do processo terapêutico.

## Referências Bibliográficas

- Andrade, C.; Costa, S.; Lopes, M. (2013). *Cuidados Paliativos: a comunicação como estratégia de cuidados para o paciente em fase terminal*. 58.059.900. (P.2525-2530); Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*. Acedido a 26/06/2014, em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes\\_Organizacao\\_de\\_Servicos.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf)
- Barbosa, A; Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa: Centro de Bioética. ISBN: 978-972-9349-21-8
- Carvalho, S. (2001) - *Os cuidados Paliativos no âmbito dos Cuidados de Saúde Primário: As intervenções dos Enfermeiros*. Pensar Enfermagem, Volume 15,Nº. 1
- Direção Geral de Saúde (2004). Circular Normativa Nº. 14/DGCG – *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Acedido a 27/06/2014, em: [http://www.hsm.min.saude.pt/contents/pdfs/cuidados\\_continuados\\_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf](http://www.hsm.min.saude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf)
- Ferro. M. - *Na Rota da Pedagogia*. Edições Colibri. 2011
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-20-7
- Macedo, A. et al. (2008). *Perfil Oncológico em Portugal Racional, Objetiva e Metodológica – Estudo Perfil*. Acta Med. Port. 21:329-333
- Matsumoto, D. et al.. (2009). *Cuidados Paliativos: Conceitos, fundamentos e Princípios*. Manual De cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 1ª Edição. Rio de Janeiro. ISBN: 978-85-897/827-1
- Miranda, A. (2010). *Formação na Prática Clínica de Enfermagem: Os Sabres do Cuidar*. CHPC – Unidade de Sobral Cid
- Sá, E. (2010) – *A Contribuição de Enfermagem para aliviar o sofrimento do doente hemato-oncológico: Revisão de Literatura*. Pensar Enfermagem. Volume 14, Nº. 2
- Twycross, R. (2003) - *Cuidados Paliativos*. 2ª edição. Lisboa. Climepsi Editores ISBN: 972-796-093-6

