

Curso de Mestrado em Enfermagem  
Pessoa em Situação Crítica

**Administração de terapêutica por via subcutânea:  
uma intervenção especializada na promoção do  
conforto na criança**

**Rui Jorge Bachelos Silva**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Pessoa em Situação Crítica**

**Administração de terapêutica por via subcutânea:  
uma intervenção especializada na promoção do  
conforto na criança**

**Rui Jorge Bacelos Silva**

**Maria Cândida Durão**

**2014**



## PENSAMENTO

*“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”*

Leonardo Boff (1999)

## AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Cândida Durão, agradeço as orientações, acompanhamento e partilha de conhecimentos disponibilizados.

Às Enfermeiras Orientadoras dos diferentes campos de Estágio por onde passei, que sempre foram disponíveis, ensinando-me e ajudando-me grandemente no meu percurso de aquisição de competências.

Aos doentes e famílias com quem contactei ao longo do meu percurso de Estágio, que sempre se mostraram colaborantes e cordiais para comigo.

À equipa médica e de enfermagem do meu contexto laboral, por terem colaborado e continuarem a colaborar na área específica de intervenção, de forma motivada e ativa.

Aos meus pais, que sem eles nada era, tendo-me sempre motivado, acarinhado e demonstrado uma escuta incansável.

Aos meus amigos, que sempre me acompanharam e me acompanham nos momentos mais importantes da minha vida.

À “minha” Inês, a pessoa que me equilibra, a quem vou buscar forças e que percorreu comigo este percurso.

## SIGLAS E ABREVIATURAS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

CVC – cateter venoso central

Enf<sup>a</sup> – enfermeira

EPE – Entidade Público-Empresarial

EV - endovenoso

IPO – Instituto Português de Oncologia

ml – mililitros

OE – Ordem dos Enfermeiros

PO – *per os*

PVP – punção venosa periférica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SC – subcutânea

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UAD – Unidade de Assistência Domiciliária

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIEP – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

## RESUMO

As UCI's Pediátricas foram criadas com o objetivo de tratar e cuidar de crianças em risco iminente de vida, mediante a realização de procedimentos cada vez mais complexos e, muitas vezes, invasivos. Ao ser hospitalizada, a criança enfrenta, além do ambiente interpretado como hostil, a presença de pessoas desconhecidas e a realização de procedimentos dolorosos.

Apesar de um grande avanço ter ocorrido quanto à atenção pediátrica, muito do que é feito com as crianças para o tratamento da doença e prolongamento da sua vida é traumático, doloroso, desagradável e ameaçador. Um dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que causam dor é a punção venosa periférica, sendo responsabilidade do enfermeiro utilizar medidas de conforto adequadas para reduzir o número dessas punções, minimizando o impacto do processo de internamento e hospitalização ligado a procedimentos dolorosos.

A via subcutânea, através das suas vantagens, benefícios e indicações, pode contribuir para aumentar o leque de opções terapêuticas bem como a qualidade do processo de internamento da criança. Ao longo do meu percurso enquanto enfermeiro, comecei a considerar que a administração da terapêutica subcutânea poderia ser uma forma eficaz e até uma opção primária válida na administração de determinada terapêutica, nomeadamente analgésica e sedativa, podendo este procedimento proporcionar uma alternativa para diminuir o elevado nível de *stress* existente, nomeadamente relacionado com a punção venosa periférica repetida.

Através de uma revisão bibliográfica e de uma reflexão e avaliação das vivências e atuações nos diferentes contextos de Estágio, delineei como objetivo adquirir competências especializadas na área de administração de protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente na administração de terapêutica por via subcutânea, como contributo na diminuição do desconforto associado à punção venosa das crianças internadas em UCI Pediátrica, promovendo a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. Atualmente, este projeto encontra-se em fase de desenvolvimento e implementação.

**Palavras-chave:** UCI Pediátricos, conforto, via subcutânea, enfermagem

## **ABSTRACT**

The PICU's were created with the goal of treating and caring for children at imminent risk of life, by conducting increasingly complex procedures and often invasive. As being hospitalized, child faces a hostile environment, as well as a presence of unknown persons and carrying out painful procedures.

Although a breakthrough has occurred regarding pediatric care, much of what is done with the children for the treatment of disease and prolonging their life is traumatic, painful, unpleasant and threatening. One of the diagnostic and therapeutic procedures that cause pain is peripheral venipuncture, and is the responsibility of nurses use appropriate comfort measures to reduce the number of these punctions, minimizing the impact of inpatient hospitalization and painful procedures process.

The subcutaneous route, through its advantages, benefits and indications, may contribute to increase the range of therapeutic options and the quality of the process of admission of the child. Along my journey as a nurse, I began to consider that the administration of subcutaneous therapy could be an effective way and even a valid primary option in the management of certain therapeutics, including analgesic and sedative, providing an alternative procedure to reduce the existing high level of stress, in particular related to the repeated venipuncture.

Through a literature review and a reflection and evaluation of experiences and performances in different Internship contexts, I outlined the goal of acquiring expertise in the area of managing complex therapeutic protocols, including the administration of therapeutic subcutaneously, as a contribution in the reduction of discomfort associated with venipuncture of children admitted to PICU, promoting the improvement of nursing care. Currently, this project is currently under development and implementation.

**Keywords:** PICU, comfort, subcutaneous route, nursing

## ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS .....	9
INTRODUÇÃO .....	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	16
2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	32
2.1. Unidade de Cuidados Paliativos .....	35
2.2. Unidade de Assistência Domiciliária .....	43
2.3. Serviço de Urgência Pediátrica .....	54
2.4. Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos .....	61
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	744
APÊNDICES .....	82
Apêndice I: Plano de Atividades – UCIEP .....	

## ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1: Locais de punção para administração de terapêutica por via subcutânea.....	28
Figura 2: Material utilizado e execução da técnica de punção subcutânea....	29
Tabela 1: Fármacos utilizados por via subcutânea.....	30

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), irei apresentar e desenvolver o meu relatório de operacionalização do projeto que me propus realizar, onde dou a conhecer a problemática sobre a qual me debrucei e a razão para a sua escolha, descrevendo e refletindo acerca do meu percurso de aquisição de competências, a nível teórico, clínico e pessoal.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) define Enfermeiro Especialista como

o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados. (Ordem dos Enfermeiros, 2012, Artigo 7º, nº 3).

Com estas competências pretende-se ser um profissional mais capacitado e com uma maior sensibilidade para reconhecer as necessidades individuais de cada pessoa. Tendo como referência Benner (2001, p.55),

a enfermeira apercebe-se das situações como uma globalidade e não em de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas (...) aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que podem acontecer numa determinada situação e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar.

Pretendo, assim, alcançar com a aquisição das competências o nível de proficiente/perito enquanto profissional, nomeadamente na área de intervenção que me propus desenvolver. Em consonância com esta ideia, o objetivo do ciclo de estudos do CMEPSC é o de

formar peritos, na área de especialização em enfermagem: a pessoa em situação crítica, capazes de participar na produção de conhecimento novo, desenvolver uma prática baseada na evidência, promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, cultivar a liderança

nos diferentes contextos da prática de cuidados e influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010)

Mantendo a especificidade do contexto de pessoa em situação crítica, é essencial a intervenção de enfermagem especializada à pessoa e sua família, por ser um ambiente impulsionador de *stress* e ansiedade, exigindo-se

observação, colheita e procura contínua de forma sistemática e sistematizada dos dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8656).

Tendo ainda em conta as competências do 2º ciclo de formação e os Descritores de Dublin enquadrados no Processo de Bolonha (Direção Geral do Ensino Superior, 2000) este percurso visou estimular a minha capacidade para agir, para pensar e refletir sobre o agir, competência inerente ao grau de mestre. Tudo isto teve sempre como epicentro o desenvolvimento pessoal e profissional, rumo a uma pretensão de ser um enfermeiro proficiente/perito e, conseqüentemente, conseguir promover uma melhoria da qualidade de cuidados prestados.

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são um

contexto específico de prestação de cuidados de saúde. Diferenciam-se dos outros serviços pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes que aí são atendidos. “A estas unidades é atribuído um duplo sentido, esperança de vida e gravidade do estado clínico do doente, associados à sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica (Rodrigues, 2011, p. 17).

A realização de diversos procedimentos dolorosos é uma prática algo frequente em UCI's e, infelizmente, necessária. Efetivamente este tipo de procedimentos estão frequentemente associados a qualquer contexto hospitalar, mas em UCI possui um peso bastante significativo no processo terapêutico; Almeida e Ribeiro (2008) evidenciam a dor e os procedimentos invasivos e dolorosos como dos principais fatores potenciadores de *stress* para os doentes em UCI. A punção venosa periférica (PVP) é um procedimento muito receado transversalmente por todos os doentes,

especialmente crianças, tanto pela dor que inflige como pela repercussão a nível emocional posterior. “De entre os procedimentos dolorosos, a punção venosa periférica é uma das mais traumáticas para a criança, pois contribui para aumentar o medo e a ansiedade, expressos por meio do choro, raiva e agressões.” (Lupi & Pettengill, 2008, p.74). A PVP provoca, de forma frequente, reações de pânico e, conseqüentemente, desconforto e dor na criança que precisa de uma via para administração de terapêutica segura e com eficácia garantida.

Estes sentimentos negativos, além de afetarem o processo de internamento da criança, por vezes com agravamento do quadro clínico, também são geradores de *stress* para os pais/acompanhantes e para os próprios profissionais de saúde. A consciencialização de que o momento de punção periférica é, geralmente, um momento indutor de *stress*, o seu reconhecimento e a promoção e utilização de estratégias alternativas para minimizar esse acontecimento constitui-se como um cuidado de enfermagem especializado. Esta especialização permitirá “cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica (...)”, e “demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Ao longo dos meus 5 anos de experiência profissional na área pediátrica, nomeadamente em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos, local onde “o *stress* da criança é inevitável durante o período de internamento na UCI, visto que são vários os fatores causadores deste distúrbio, entre os quais medo, dor (...)”(Molina *et al*, 2007, p.440), identifiquei, efetivamente, a necessidade de obtenção de uma alternativa à realização de administração terapêutica endovenosa (EV), sempre que possível. É devido à minha experiência pessoal de observar e partilhar variados sentimentos e vivências, muitas vezes com conotação negativa, que os doentes de idade pediátrica e respetivos cuidadores experienciam ao longo do internamento, que me propus a conceber e abraçar este projeto. Os alvos dos cuidados devem ter um papel ativo em todo o processo de cuidados e de decisão clínica, fazendo parte do chamado triângulo terapêutico, podendo ser definido como “uma dança, representado por um círculo aberto, em que cada pessoa traz o seu

dom especial e o direciona de forma a entender o que importa para aqueles que procuram cuidados e responder a esse entendimento” (Boykin, Bulfin, Schoenhofer, Baldwin & McCarthy, 2005, p.18).

Enquanto enfermeiro, sinto-me angustiado e relutante em puncionar um doente várias vezes sem sucesso, despoletando em mim um sentimento de *stress* e até frustração, por ser causador de desconforto e dor. Segundo Kolcaba (2003), as necessidades de cuidados como necessidades de conforto são resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão; neste caso, a punção venosa periférica, por ser um fator stressor que causa condicionamento e tensão no equilíbrio da pessoa doente. Através das medidas de conforto, definidas como intervenções de enfermagem concebidas para gerir necessidades de conforto específicas das pessoas, poder-se-á minimizar o impacto do processo de internamento e hospitalização ligado a procedimentos dolorosos.

Assim, comecei por me questionar acerca de uma alternativa para poder colmatar este tipo de situações, adotando um papel de enfermeiro enquanto promotor da segurança e facilitador da transição saúde/doença, com o objetivo de proporcionar cuidados mais especializados e direcionados ao bem-estar geral dos intervenientes da tríade terapêutica. De acordo com Meleis (2000, p.21), “mudanças na saúde-doença dos indivíduos criam um processo de transição, e os doentes em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem, por sua vez, afetar a sua saúde.”

Após ter assistido a uma formação avançada, subjugada à temática de cuidados paliativos pediátricos, comecei a considerar que a administração da terapêutica subcutânea (SC) poderia ser uma outra forma eficaz e até uma opção primária válida na administração de determinada terapêutica, nomeadamente analgésica e sedativa, podendo este procedimento proporcionar uma outra alternativa para diminuir o elevado nível de *stress* existente. O objetivo primordial será o de proporcionar à criança um sentido de tranquilidade ao evitar a PVP repetida; Kolcaba (2003) considerou a tranquilidade como um tipo de conforto, definido como *um estado de calma ou contentamento*.

Existem vantagens comprovadas desta via de administração, nomeadamente o “índice de absorção semelhante ao da via IM mas com menos desconforto local associado, biodisponibilidade sobreponível à da via EV mas com menos complicações e custos associados, que decorrem de menor necessidade de vigilância por possível infeção e extravasão”, (Neto, 2008, p.277). Tem a particularidade de “além da comodidade, ter poucos efeitos adversos, ser menos dolorosa e de fácil manejo tanto na conservação quanto na manipulação” (Pontalti *et al*, 2012, p.200). Assim, a administração terapêutica por via SC é uma técnica “menos invasiva, com menores custos e com um risco de infeção menor que a terapia por via EV” (Cowan, 2007, p.59; Khan & Younger, 2007, p.51). Este procedimento também é atualmente realizado e comprovado em contexto pediátrico, nomeadamente em contexto de cuidados paliativos pediátricos. Deve, no entanto, haver um cuidado referente ao peso da criança que se nos apresenta, sendo também aconselhável e preferível a envolvimento da criança no procedimento, nomeadamente no local de escolha de punção da via SC, para que haja um maior cumprimento e aceitação no processo de cuidado (Jassal, 2013, p.153).

De acordo com a finalidade definida: “Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados a pessoa e família a vivenciar situações críticas de saúde, mais especificamente a crianças em contexto de UCI Pediátrica”, defino como objetivos para este relatório:

- Dar a conhecer evidência científica acerca da problemática em estudo, tendo subjacente um pensamento de enfermagem;
- Ilustrar de que forma as diferentes experiências de estágio, em distintos contextos, foram importantes para a aquisição de competências nas diferentes vertentes, e de que modo contribuiu para o aprofundamento da temática em estudo;
- Analisar a minha atuação ao longo do percurso de aquisição de competências, destacando os benefícios, ganhos, assim como dificuldades sentidas e aspetos que poderão ser aperfeiçoados.

Por conseguinte, o trabalho irá ser constituído, primeiramente, por um enquadramento teórico, onde são desenvolvidas as diferentes temáticas,

nomeadamente as particularidades do ambiente de cuidados em UCI, a vulnerabilidade dos doentes em UCI e dos seus cuidadores, na vertente pediátrica, a dor e desconforto associada à PVP e a administração por via SC, com foco no contexto pediátrico. Interligando com esta componente teórica, estão associados alguns referenciais teóricos conceptuais de Enfermagem, nomeadamente a Teoria do Conforto de Kolcaba e o *Nursing as Caring* de Boykin, Schoenhofer, Baldwin e McCarthy, assim como a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Posteriormente, irei apresentar o percurso de aquisição de competências e seu desenvolvimento, dividindo esta apresentação consoante os contextos de estágio por mim experienciados, realizando uma auto-reflexão acerca das diferentes competências comuns e específicas do Enfermeiro Especializado na Área Pessoa em Situação Crítica que fui adquirindo e desenvolvendo, nos diferentes domínios definidos. Por fim, realizarei algumas considerações finais, onde destacarei os ganhos e evolução da aquisição de competências, assim como as dificuldades superadas, limitações sentidas e projetos futuros que poderei desenvolver após o final deste percurso profissional e académico.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O contexto de cuidados intensivos difere de outros serviços “devido às configurações da complexidade da saúde do doente, às modalidades de tratamento utilizadas e do ambiente” (Yava *et al*, 2010, p.36) provocando, um aumento do nível de *stress* no doente que se encontra internado. “A estas unidades é atribuído um duplo sentido, esperança de vida e gravidade do estado clínico do doente, associados à sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica.” (Rodrigues, 2011, p.17). A população em geral costuma associar a UCI a “locais onde são atendidos os doentes mais graves e onde a distância entre a vida e a morte é ténue. Daí, também a ideia generalizada do sofrimento que acompanha o internamento nestas unidades e que corresponde a estados limite de doença.” (Almeida e Ribeiro, 2008, p. 80). São precisamente estas características que se destacam nas vivências dos doentes, porque são potencialmente indutoras de *stress* e interferem no seu bem-estar.

Lerch e Parck (1999) apontam como fatores que contribuem para o *stress* físico e psicológico nos doentes em estado crítico, o ambiente ameaçador da UCI, a dor e os procedimentos invasivos, a privação do sono, entre outros. Para além do estigma do sofrimento e desconforto associados, a imprevisibilidade é também outro fator bastante presente, uma vez que “muitos dos fatores de *stress*, senão a sua maioria, não são previsíveis para o doente. Por exemplo, o doente não sabe quando vai ser picado com agulhas, ou quando vai receber outro tratamento doloroso.” (Martin, 2001). Também Yava *et al* (2010) concluem no seu estudo que os “stressores fisiológicos, tais como dor, problemas de sono e tubos no nariz ou boca são percebidos como os stressores da UCI mais importantes, tanto para os doentes como para os enfermeiros”.

Todos estes processos, acontecimentos e vivências irão provocar um sentimento de vulnerabilidade nos intervenientes do processo de cuidados (doente, cuidador e profissional de saúde). O conceito de vulnerabilidade é interpretado no sentido de suscetibilidade a problemas de saúde, malefício ou negligência (Rogers, 1997, p.65), sendo um conceito importante para os enfermeiros porque está ligado à saúde e a

problemas de saúde. Toda a pessoa é vulnerável, em diferentes níveis, consoante variados fatores, tanto intrínsecos como extrínsecos, havendo no entanto certos grupos sociais automaticamente enquadrados como potencialmente mais vulneráveis, sendo que os “bebés e crianças são considerados muito vulneráveis, porque geralmente são totalmente dependentes dos outros para seus cuidados, para além de serem incapazes de expressar as suas próprias necessidades” (Rogers, 1997, p.66).

Quando uma pessoa se apresenta doente, num ambiente desconhecido e sujeita a realização de procedimentos, muitas vezes invasivos, essa vulnerabilidade aumenta exponencialmente, provocando *stress* e ansiedade. A vulnerabilidade está presente em todos os contextos de internamento, “não apenas a um físico e psicológico, mas também a nível social” (Scanlon & Lee, 2007, p.54), com uma proporção aumentada num ambiente de cuidados intensivos e ainda mais quando o doente é sujeito a processos dos quais não tem controlo e que lhe causam dor e desconforto. “Neste sentido, a vulnerabilidade está relacionada com experiências de transição, interações e condições ambientais que expõem as pessoas a um dano potencial, a recuperação problemática ou prolongada”. (Meleis, 2000, p.18). O papel do enfermeiro será o de identificar os graus e tipos de vulnerabilidade que cada doente apresenta, conseguindo desenvolver estratégias adequadas para minimizar as implicações que este conceito tem para a situação do doente. Aqui, a promoção do conforto tem um papel crucial, e o enfermeiro uma atuação de primeira linha. Consequentemente, para que este conforto tenha sucesso e cumpra os seus objetivos, as intervenções ou ações de implementação de conforto necessitam de provocar no doente um aumento do nível de conforto.

Fatores ambientais, pessoais e sociais, mutáveis ou imutáveis, podem determinar a existência de uma maior ou menor suscetibilidade de cada pessoa. Para além disso, “em qualquer admissão em contexto hospitalar agudo haverá fatores que têm, podem ou irão afetar essa pessoa, antes, durante e após o seu internamento” (Scanlon & Lee, 2007, p.58). É importante, assim, “que os profissionais de saúde reconheçam o *stress* desencadeado pela doença grave e internamento na UCI, e levem em consideração os fatores que os próprios doentes identificam como mais

stressantes” (Almeida e Ribeiro, p. 87, 2008). Por conseguinte, “vários fatores podem ajudar a reduzir esses fatores de *stress*, como ter um acompanhamento familiar, proporcionar um ambiente humano na UCI, realizar avaliações individuais do doente e intervenções de enfermagem apropriadas” (Yava *et al*, 2010, p.36).

Ao enfermeiro que exerce a sua atividade profissional em áreas de cuidados intensivos, é exigida uma preparação específica e diferenciada em vários domínios, atendendo às variadíssimas atividades por si executadas aquando da abordagem e tratamento do doente crítico. Urden, Stacy e Lough (2008, p.6) afirmam que “o enfermeiro de cuidados intensivos tem de ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas, quando apropriadas ao tempo e à situação dos doentes”, possuindo, também, a capacidade de avaliar as áreas de maior força e vulnerabilidade de cada doente de quem cuidam.

Integrada nesta ideia, está a definição de conforto holístico de Kolcaba (1997), que o apresenta “como a experiência imediata de ser reforçado por ter necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência que se reúnem e convergem em quatro contextos (física, psicoespiritual, social e ambiental)”. Por conseguinte, “os profissionais não devem limitar-se a transmitir informações sobre procedimentos, mas incluir informações sobre o que lhe aconteceu, onde se encontra, orientá-lo no tempo, o seu estado e pequenos progressos, (...)” (Almeida e Ribeiro, 2008, p. 87).

Seguindo esta linha de pensamento,

os enfermeiros, numa tentativa de reduzir os efeitos negativos da tensão resultante do ambiente de UCI, podem priorizar as necessidades dos doentes juntamente com cuidados de enfermagem adequados durante o planeamento para o atendimento ao doente (...) como o fornecimento de avaliação objetiva da dor e sua gestão adequada (Yava *et al*, 2010, p.44).

Em contexto pediátrico, os “pais percebem a hospitalização do filho através da interação com os membros da equipe de saúde e do cuidado prestado ao filho. Valorizam a tecnologia e a dedicação dos profissionais, mas, acima de tudo, as atitudes de respeito e consideração, julgando-as indispensáveis na relação

interpessoal” (Molina *et al*, 2007, p.438). Para além do doente, o enfermeiro de cuidados intensivos tem que ser um elemento ativo no triângulo terapêutico, dando uma importância também aos familiares dos doentes. Tendo em consideração que, de acordo com a teoria do *Nursing as Caring*, todas as pessoas cuidam: tanto os profissionais de saúde, mas também o próprio doente e seus familiares.

Cuidar é viver no contexto das responsabilidades e possibilidades de uma relação e reconhecer a importância de conhecer a pessoa como Pessoa”. Decorrente desta teoria, a ideia do Cuidar ser como uma dança é algo que se deve e se quer interiorizar dentro da profissão e disciplina de enfermagem, onde “todos os dançarinos são valorizados, respeitados e apoiados no seu papel único (Boykin, Bulfin, Schoenhofer, Baldwin, McCarthy, 2005, p.18).

Esta ideia defende que todos os intervenientes dos cuidados têm uma contribuição a dar para o cuidado que está a ser criado, prestado e expresso. Assim, a “dança dos cuidadores” transmite uma sensação de fluidez e uma conexão entre os indivíduos que se encontram envolvidos numa ação partilhada.

Boykin e Schoenhofer (2000, p.37) definiram a Enfermagem como cuidado como a que “provém de um quadro de referência com base na interligação e colegialidade, em vez de conhecimentos técnicos e hierarquias desempoderadoras”. Na realidade de UCI, apesar de a abordagem ser mais centrada na correção de disfunções orgânicas e associada a um contexto tecnológico, essa tecnologia não deve ser vista como um afastamento ou impedimento de se cuidar humana e holisticamente. Deve-se, pelo contrário, “proporcionar competência tecnológica como cuidado em enfermagem” (Locsin, Purnell, 2007, p.40). Na verdade, “se os cuidados de saúde são organizados para o doente, é importante o seu contributo na avaliação da qualidade desses serviços (Almeida e Ribeiro, p. 86, 2008). Decorrente desta ideia, os cuidadores familiares parentais constituem-se participantes ativos e integrantes durante o internamento da sua criança em contexto de UCI. Deste modo,

os profissionais atuantes nas UTI’s necessitam, além do conhecimento científico e da habilidade técnica, buscar conhecimentos para realizar intervenções também junto às famílias das crianças hospitalizadas”, tornando-se necessário “dirigir o olhar para a família

como objeto de cuidado, num processo de relações e intervenções para além do cuidado clínico” (Molina *et al*, 2007, p.438).

Portanto, em qualquer contexto de cuidados, “toda a enfermagem é formada nessa relação única que é o cuidar-partilhado, onde o enfermeiro entra intencionalmente no mundo dos outros” (Bailey, 2009, p.16).

Este cuidar integrado numa relação terapêutica é de extrema importância para a avaliação, controlo e atuação do profissional de saúde nas situações desencadeantes de *stress* e desconforto que os procedimentos invasivos, nomeadamente a PVP, provocam no equilíbrio do doente e dos seus cuidadores. O procedimento de PVP é encarado como um fator de *stress* mesmo ainda antes da sua realização, fazendo com que se encarem muitos dos internamentos e cuidados de saúde de uma forma bastante mais stressante. “Os sinais observados na prática pediátrica trazem consequências graves para o desenvolvimento psicossocial da criança, ao desencadearem sentimentos como o medo e a ansiedade.” (Gomes *et al*, 2011, p.295). Estas reações são importantes mesmo na criança saudável, pelo impacto que tem nas atitudes de conforto das situações de *stress* mais rotineiras. Corroborando com a afirmação supracitada, em relação ao *stress* sofrido pela criança, durante a hospitalização, devido a frequentes punções venosas, pode-se afirmar que “um dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que causam dor é a punção venosa, sendo da responsabilidade do enfermeiro, utilizar técnicas adequadas para reduzir o número dessas punções” (Gomes *et al*, 2011, p.288).

Qualquer procedimento invasivo, nomeadamente a colocação de uma via para administração de terapêutica segura e com eficácia garantida, causa sentimentos de ansiedade, pânico “devido à sua inabilidade de verbalizar os seus sentimentos” (Moreno, 2011, p.33) e, conseqüentemente, desconforto e dor à criança, “podendo trazer consequências negativas para a criança a curto e longo prazo” (Gomes *et al*, 2011, p.293). Nestes casos o conforto físico está comprometido, e necessita de ser restaurado ou equilibrado; segundo Kolcaba (1992), “o seu comprometimento afeta o repouso e relaxamento, o tratamento de condições médicas, nível de nutrição e hidratação (...)”. Apesar de ser o contexto de conforto mais visível e fácil de avaliar,

não se pode dissociar do conforto ambiental ou sociocultural, estando este “interligado a relações interpessoais, familiares e sociais” (Kolcaba, 1997).

No seguimento da conceção anteriormente referida, os pais são afetados por estes mesmos procedimentos. Conforme o estudo de Molina *et al* (2007), este concluiu que existe temor dos pais pelos procedimentos invasivos realizados em UCI. Um dos papéis do enfermeiro é o de “cuidar da criança ampliado para além da patologia, ao promover a sua reinserção na família e comunidade, (...) Isto é compartilhar o cuidado promovendo o bem-estar de todos os envolvidos” (Lupi & Pettengill, 2008, p.78).

O alívio da dor na criança exige um trabalho de equipa; idealmente, a própria criança assim como os seus cuidadores terão um papel ativo e positivo no processo de cuidados e na minimização do desconforto a este associado. “A criança com dor deve ser vista num contexto particular e único, em que fatores como o seu estágio de crescimento e desenvolvimento, organização e funcionamento familiar, vulnerabilidade da criança, mecanismos mediáticos, entre outros, influenciam a sua perceção e expressão dolorosa” (Batalha, 2010). O enfermeiro ao integrar na sua prática o cuidado do conforto, irá adotar uma atuação ativa e direcionada na minimização do desconforto. Segundo Kolcaba (1997), para que este cuidado seja corretamente aplicado, os profissionais de saúde deverão ter em mente algumas medidas de conforto, nomeadamente medidas de conforto técnicas, que apresentam como objetivo a manutenção da homeostasia e controlo da dor, seja na administração de analgesia ou em ações e técnicas que evitem ou diminuam o grau de desconforto provocados por atos invasivos.

Além disso, “evidencia-se que a aceitação dos pacientes por diferentes vias de administração, fármacos e fluidos é influenciada pela expectativa, pela experiência prévia com a via e pela intensidade da dor” (Pontalti *et al*, 2012, p.205). Tem-se vindo a constatar um crescente “interesse do controlo da dor na criança tem suscitado um grande investimento da parte dos enfermeiros nos últimos anos, uma vez que a dor e o sofrimento também fazem parte da realidade do mundo da criança” (Moreno, 2011).

Existem várias definições para o conceito de dor, sendo que a International Association for the Study of Pain (Merskey *et al*, 1979) conceptualiza a dor como uma: “experiência sensorial e emocional associada a dano tecidual potencial ou real, ou descrita em termos de tal dano”. Falar em dor origina a representação de um fenómeno complexo, que não se esgota na consciência de um estímulo, prolongando-se num crescendo de emoções, atitudes e comportamentos que interferem e condicionam a dimensão do sofrimento. Trata-se assim de “uma experiência completamente subjetiva e holística. É descrita como uma situação que envolve todas as dimensões da pessoa e não como um mera ocorrência” (Moreno, 2011, p.23).

“A percepção da dor em crianças é multidimensional e influenciada por inúmeras variáveis como qualidade, intensidade, duração, localização e imagem simbólica que a dor pode despertar” (Okada *et al*, 2001, p.136). Para uma criança, “ter dor é estar sozinha, abandonada por todos, mesmo pelos seus pais, apesar de estarem sempre ao seu lado” (Moreno, 2011, p.20). Apesar de se saber muito pouco sobre a epidemiologia da dor nas crianças, “estima-se que as taxas de prevalência possam em alguns casos ser superiores a 90%. A consciencialização desta realidade pelos profissionais de saúde parece-nos imperiosa, quanto mais não seja, porque se reconhece a avaliação da dor como o primeiro passo para o seu controlo” (Moreno, 2011, p.25). É, assim, importante “uma ampla abordagem no tratamento da dor em pediatria, devendo-se lançar mão tanto de técnicas farmacológicas como não farmacológicas para o alívio da dor” (Menezes, 2006, p.1202), sendo este alívio da dor uma “exigência absoluta e determina uma prioridade da ação dos profissionais de saúde” (Twycross, 2003). Estas situações são provocadoras de tensão, que necessitam de cuidados de conforto individualizados, para que haja um resultado holístico desejável, sendo este um dos pressupostos da Teoria de Conforto (Kolcaba, 1994).

Na infância, a dor é mais frequentemente consequência de procedimentos de diagnóstico ou tratamento (dor aguda) do que propriamente da doença, sendo modificada por “fatores relacionados ao desenvolvimento e fatores situacionais, emocionais, étnicos, etários e familiares” (Okada *et al*, 2001, p. 136). A maioria dos

procedimentos invasivos envolve dor e desconforto, que estão associadas a ansiedade e perturbação, conduzindo a reações agudas de ansiedade condicionada. “Este tipo de reações é importante mesmo na criança saudável, pelo impacto que tem no seu desenvolvimento, nomeadamente nas atitudes de conforto das situações de *stress* mais rotineiras” (Moreno, 2011, p.26). Assim,

não é tanto a doença, mas os injetáveis, colheitas de sangue ou colocação de cateteres intravenosos que fazem sofrer muitas crianças hospitalizadas. (...) muitas vezes não tem como base uma experiência direta, mas antes uma fobia adquirida vicariamente, na medida em que é bastante generalizada, mesmo entre os pais e educadores” (Moreno, 2011, p.26).

O processo de internamento, o ambiente desconhecido e até os sentimentos e comportamentos expressados pelos pais influenciam a criança, qualquer que seja o seu estadio de desenvolvimento e cognição. É possível afirmar que “a experiência e as características individuais do temperamento influenciam o repertório comportamental via condicionamento operante com o ambiente” (Okada *et al*, 2001, p. 137). Para que estes acontecimentos marcantes e desestabilizadores possam ser atenuados, corrigidos e reequilibrados, é inevitável que haja uma monitorização do nível e processo de conforto do doente, para além de modificar/adaptar as intervenções para que o nível adequado de conforto se mantenha, segundo a avaliação do doente, cuidador e do profissional.

Diariamente, crianças internadas ou que se deslocam a instituições hospitalares manifestam medo e dor, antes, durante e após uma PVP, “expressando estes sentimentos através do choro, grito, pedido de ajuda, tentativa de fuga, o que traduz a importância que assumem estas intervenções na vida destas crianças”. (Salgado e Maranhão, 2002, p.6). Algumas dessas crianças “vivenciam inúmeros e repetidos procedimentos dolorosos durante meses ou anos e tornam-se progressivamente mais ansiosas. Crianças medrosas, tensas, angustiadas e ansiosas exacerbam a dor durante procedimentos devido a estresses físicos e emocionais prolongados” (Okada *et al*, 2001, p.143).

Visto que a PVP é um procedimento rotineiro em contexto de unidade hospitalar, em especial, pediátrica, tendo por objetivo a administração de medicação e colheita de sangue, torna-se um desafio cada vez maior para os profissionais de saúde minimizar a dor e o sofrimento das crianças submetidas a tal procedimento (Gomes *et al*, 2011, p.292). O tratamento farmacológico em pediatria sofreu um desenvolvimento nos últimos anos, tendo os profissionais de saúde a prevenção da dor como uma das finalidades da intervenção terapêutica. “A prevenção e tratamento da dor envolvem toda a equipa de saúde, onde se incluem necessariamente as crianças e os pais. Contudo, são os profissionais de saúde que partilham as maiores responsabilidades na eficácia do tratamento farmacológico” (Moreno, 2011, p.33). O enfermeiro, porque tem uma maior proximidade com a criança e com a família, desempenha um papel chave para melhorar a qualidade de vida da criança que sofre (Pimentel, 2001).

De referir, ainda, que o “acesso venoso periférico apresenta como desvantagem, a dificuldade de sua manutenção quando houver a necessidade de uma terapia prolongada, facto que exigirá a realização de várias punções.” (Gomes *et al*, 2011, p.289). Deste modo, “a terapêutica farmacológica e a via através da qual é instituída devem sempre subjugar-se ao princípio de provocar o menor sofrimento possível ao doente, sendo rápida e eficaz quanto às ações pretendidas” (Neto, 2008, p.288).

Assim, a administração medicamentosa por via SC poderá ser contemplada como uma alternativa viável, eficaz e cómoda na administração de determinada terapêutica, nomeadamente analgésica, sedativa e até na realização de soroterapia de hidratação (hipodermóclise). Esta técnica é ainda “pouco utilizada no nosso contexto clínico” (Neto, 2008, p.277), sendo essencialmente em contexto de cuidados paliativos e de doentes crónicos, estando associada a um controlo sintomático, quando a via oral está contra-indicada e/ou não é tolerada. No entanto, devido às suas vantagens, nomeadamente no que concerne a um menor desconforto em relação à via EV e à facilidade da realização da técnica (Pontalti *et al*, 2012, p.199), sendo “tão eficaz como a via intravenosa, mas com a vantagem de ser menos invasivos, considerando-se para alguns a escolha para o controlo da dor”

(Avilés, Antinolo, 2013, p.6), considero que poderá ser um grande benefício em outros contextos que não os referidos, nomeadamente em contexto pediátrico.

A administração de fármacos representa seguramente um papel central na viabilização do conforto e do controlo sintomático. Pretende-se com as intervenções terapêuticas assegurar um controlo sintomático constante e reduzir ao máximo a ocorrência de crises que agravem a qualidade de vida do doente e aumentem a ansiedade dos familiares (Neto, 2008, p.277).

Esta é uma realidade transversal a todos os contextos de cuidados de saúde, e não somente direcionada aos cuidados em fim de vida.

Terapia subcutânea ou hipodermoclise pode ser definida como “a administração de uma solução no tecido subcutâneo localizado abaixo da derme cuja vascularização é similar a que se observa nos músculos.” (Pontalti *et al*, 2012, p.199). No final dos anos 80, a sua utilização tanto em adultos quanto em crianças, passou a ser de grande aceitação. Foi, no entanto, em 1913 que foi relatado a primeira situação de uso de via de administração terapêutica SC na criança, nomeadamente no tratamento da diarreia. Perto do ano de 1940, iniciou-se a administração de soroterapia SC em idade pediátrica; em 1950 houve vários casos de mortes e choque osmótico, como consequência de mudanças para perfusão subcutânea, o que levou ao seu abandono desta técnica. Posteriormente, foi observado que estas falhas se deveram à má utilização da técnica, à administração de fluidos inadequados para esta via, assim como de grandes volumes de fluidos e altas velocidades de infusão (Avilés, Antinolo, 2013, p.9). A publicação de *guidelines* e guias clínicos referentes à terapia subcutânea, têm reforçado a validade e eficácia da utilização dessa via. A via SC é uma técnica que, atualmente, é “consensualmente reconhecida como segura internacionalmente, não produzindo nenhuma complicação grave quando comparado ao intravenoso e, tecnicamente, a aplicação do cateter subcutâneo é mais fácil.” (Pontalti *et al*, 2012, p.199), utilizada largamente para controlo de sintomas amplamente comprovados e definidos, nomeadamente dor, agitação, náuseas, vômito, secreção excessiva, convulsões, dispneia, tosse, diarreia, aumento da pressão intracraniana, febre e sudorese (Avilés, Antinolo, 2013, p.9).

O tecido subcutâneo ou hipoderme é a terceira camada da pele, encontrando-se abaixo da epiderme e da derme. Atua como isolamento térmico, local de reserva de energia e de proteção contra lesões mecânicas externas. Ao contrário de outras camadas da pele, o tecido subcutâneo possui muito poucos recetores de dor, tendo uma biodisponibilidade de 90%, evitando o mecanismo de primeira passagem na metabolização hepática. É muito irrigado, favorecendo a absorção de drogas, tendo uma capacidade de distensão graças ao tecido conjuntivo, sendo capaz de retomar o seu estado normal através da reabsorção de volume de líquido administrado. A via subcutânea não apresenta barreiras absorção, já que a medicação vai diretamente na corrente sanguínea através de capilares. Poder-se-á considerar comparável a capacidade de absorção de fluidos por via subcutânea à via endovenosa, sempre que a velocidade, a quantidade e tipo de fluido seja apropriado. (Avilés & Antinolo, 2013).

A administração de terapêutica por via SC pode ser administrada continuamente por sistemas de infusão, na forma de bólus ou por infusão intermitente. A administração por infusão intermitente apenas permite 2-3 mililitros (mL) por bólus (limite de tolerância da pele), não sendo necessária diluição da medicação. Se for administrado um volume maior, poderão aparecer problemas, como endurecimento, eritema e dor. Já o ritmo máximo de administração para infusão contínua é de 3 mL / minuto (180 mL / hora), dependendo da superfície corporal do doente (Avilés e Antinolo, 2013).

É possível observar as “vantagens comprovadas da realização de terapêutica por via SC, em grande parte comparativamente à via EV, nomeadamente por ser menos invasiva, com uma maior facilidade de canalização de via, provocando um menor *stress* para o doente, com menores custos económicos, menor risco de infeção, e não causando fenómenos de tromboflebite” (Khan & Younger, 2007, p.51). Uma das vantagens ainda não referida é a existência de uma área de punção muito mais vasta do que qualquer outra via de administração. Deve ter-se como critério de escolha “a individualidade do doente (...) a adequação do tecido subcutâneo e a existência de uma boa drenagem linfática” (Khan & Younger, 2007, p.52). Para além disso, “os artigos e guias de orientações revisadas têm descrito que os efeitos

adversos da administração de fármacos por essa via são raros e facilmente evitáveis” (Pontalti *et al*, 2012, p.201). A referir que uma das principais limitações da via SC é “a restrição do número de fármacos que podem ser administrados por essa via” (Pontalti *et al*, 2012, p.205).

O artigo de Khan & Younger (2007, p.52), menciona também algumas possíveis indicações para a utilização do uso de terapêutica por via SC, designadamente na “correção de desidratações leves a moderadas e na existência de acessos venosos debilitados”, situação que também identifiquei como possível indicação de realização da utilização da via SC em contexto laboral. Também Pontalti *et al* (2012, p.200) refere que “está amplamente indicada em casos de desidratação moderada, nos quais tanto a rede venosa como a ingestão de líquidos via oral encontram-se impraticáveis”. Ainda, segundo Avilés e Antinolo (2013), a hipodermóclise é tão eficaz quanto a re-hidratação EV, nomeadamente em desidratações leves a moderadas, secundárias ao uso de diuréticos, a episódios de vômitos e diarreia, assim como febre.

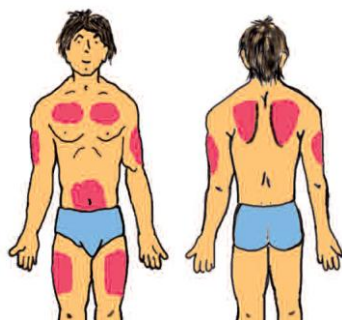
É importante mencionar também algumas das contra-indicações relativas à utilização desta modalidade de administração de terapêutica apresenta, nomeadamente na presença de edema, insuficiência cardíaca, distúrbios de coagulação, foco infeccioso próximo ao local da punção, a não-aceitação do paciente ou cuidador e a administração em pacientes em diálise peritoneal (Neto, 2008). No caso de hipodermóclise, dever-se-á considerar se o doente apresenta vasoconstrição importante, sobrecarga hídrica, desidratação grave, desequilíbrio eletrolítico severo, choque ou condições que requerem a administração rápida de fluidos e em grandes quantidades (superior a 3 litros em 24 horas). (Avilés e Antinolo, 2013, p.10).

Descrevendo resumidamente a técnica, esta diz respeito, numa primeira parte, à “colocação de agulha epicraneana (*butterfly*), desejavelmente de baixo calibre (21-23G), introduzida a 45º numa prega cutânea, em distintos locais possíveis (face anterior do tórax, abdómen, coxas e antebraços)” (Neto, 2008, p. 279). As informações disponíveis parecem apontar para o facto de as agulhas não metálicas

poderem oferecer vantagens sobre as de metal: podem permanecer mais tempo sem ter que ser mudadas e estão associadas a maior tolerância local. Neto (2008) refere que, com a administração de fármacos, as agulhas *butterfly* podem permanecer entre 5-8 dias no mesmo local, e no uso das Teflon podem chegar a ultrapassar esse número; essas têm-se revelado mais vantajosas comparativamente com as típicas agulhas metálicas. Menahem & Pesach (2001) perante um estudo revelam que os doentes com a agulha Teflon® (não metálicas) podem permanecer até cerca de 11 dias comparativamente à média de dias que se pode permanecer com a *butterfly*. No entanto, é também importante estar atento às possíveis diferenças no custo de cada uma delas (Ross, Saunders, Cochrane & Zeppetella, 2002).

A colocação da agulha deverá ser tão proximal quanto possível, por forma a permitir uma difusão medicamentosa mais rápida, favorecida pela gravidade. A região torácica e a abdominal são aquelas de maior capacidade de absorção de fluidos, daí serem estas as zonas preferenciais para a prática de hipodermóclise e administração prolongada de fármacos, e os outros locais serem mais indicados para a administração intermitente. As autoras Pereira, Piedade & Coelho (2005), complementam que a região peitoral no género masculino, e a região infra-mamária no caso do género feminino, sobre o espaço intercostal, poderão ser utilizadas.

Figura 1: Locais de punção para administração de terapêutica por via subcutânea



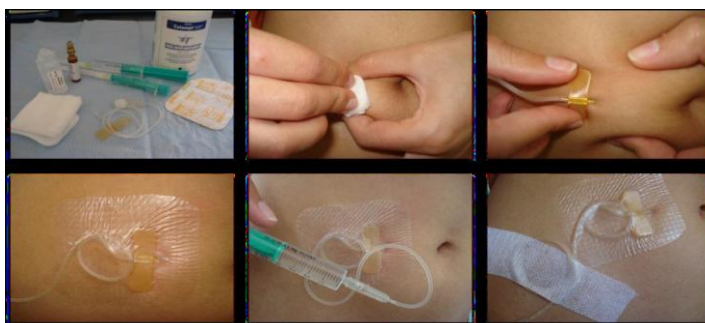
**Fonte:** Márquez M.P.R. (2010). *Guía Clínica. Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos*. Extremadura: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura.

Em contexto pediátrico, dever-se-á ter em conta os locais em que a criança poderá obter um menor alcance ao acesso SC, para além da necessidade de se considerar a proteção do local de fixação e os seus movimentos, muitas vezes inconscientes ou pouco conscientes da permanência do acesso para administração de terapêutica. Existe, desta forma, a necessidade de adequar o local de punção consoante a individualidade da criança, nomeadamente a sua idade e estadio de desenvolvimento.

Os autores Porta, Batiste & Tuca (2008) alertam que a punção deverá ser realizada de acordo com as linhas da pele, para não ser mais doloroso ao doente o ato da punção. Neste contexto, também dever-se-á executar uma prega para estimular os nociceptores e diminuir a dor. Segundo as autoras Takaki & Klein (2010), após puncionar a pele num ângulo de 45° a 60°, numa prega cutânea, dever-se-á realizar uma rotação de 180° com o bisel da agulha para baixo de forma a proporcionar uma melhor difusão, evitando a obstrução da agulha causada pela gordura do tecido subcutâneo.

Uma vez fixada a agulha e a tubuladura, e no caso da administração se fazer em bólus, procede-se à administração do conteúdo das ampolas do fármaco através de seringa que se adapta ao sistema, não esquecendo que depois da administração do fármaco, se administra cerca de 2cc de soro fisiológico, de forma a evitar que fique medicação na tubuladura. Habitualmente não se injetam mais que 3 fármacos na mesma administração para evitar acumulação de volume considerável de líquido.

Figura 2: Material utilizado e execução da técnica de punção subcutânea



Fonte: Portero, C. & Viegas, M. (2011). Via Subcutânea: Uma Nova Alternativa? In 1ª Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Portimão.

Existem certos cuidados a ter com esta técnica, nomeadamente considerar-se sempre a mudança de local quando existe a presença de sinais inflamatórios locais e a existência de sangue na tubuladura. Porta, Batiste & Tuca (2008) explicam que o novo local de punção deve localizar-se à distância mínima de 5cm da antiga punção.

Algumas complicações poderão estar presentes, no entanto menos graves e frequentes em comparação com a via EV, nomeadamente eritema, edema local, hemorragia ligeira e hematoma local, prurido, défice de absorção, abscessos, inflamação, dor, fugas, infeção local (Caballero, 2006).

Relativamente à farmacocinética da medicação por via SC, terapêutica administrada por esta via “tem comportamento farmacocinético semelhante àqueles administrados por via intramuscular, atingindo, entretanto, concentração sérica menor, mas com tempo de ação prolongado” (Naylor, Azevedo & Nunes, 2009, p.23). Os fármacos mais comumente utilizados são os opióides, neurolépticos, antieméticos e a butilescopolamina. Outros fármacos como o midazolam, , furosemida, , ceftriaxona e cefipima podem ser administrados por esta via. (Neto, 2008). De seguida apresenta-se uma tabela com alguns fármacos que podem ser administrados pela via SC, fazendo enfoque aos mais utilizados e relacionados com a minha prática e com os meus objetivos.

Tabela 1: Fármacos utilizados por via subcutânea

#### Alguns fármacos utilizados na administração de terapêutica subcutânea

Adrenalina	Dexametasona;
Anestésicos locais;	<b>Fentanil;</b>
Atropina;	Fenobarbital;
Heparina de baixo peso molecular;	Furosemida;
Insulina;	<b>Ketamina;</b>
Naloxona;	Metoclopramida;
Ceftriaxona;	<b>Midazolam;</b>
Cetorolac;	<b>Morfina;</b>
Cloreto de potássio;	Omeprazol;
<b>Cloreto de Sódio;</b>	Tramadol.

Fonte: Neto, I.G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Medicina Interna*, 16 (4), 277-283.

De acordo com Neto (2008), na administração de fármacos pela via SC é necessário ter em conta alguns fatores, nomeadamente se os fármacos apresentam uma baixa viscosidade, não são irritantes e/ ou citotóxicos, e que sejam bem absorvidos pelo tecido conjuntivo e adiposo. Outras das particularidades acerca da realização de administração de terapêutica por via SC prende-se com a utilização de medicação *out of label*. Esta é uma prática usual em contexto de Cuidados Paliativos; de acordo com informações do Reino Unido,

um quarto de todas as prescrições em medicina paliativa são para medicamentos licenciados que são usados para indicações não autorizadas ou que são apresentados por uma via não licenciada. Tais prescrições podem afetar dois terços dos pacientes internados em unidades de cuidados paliativos especializadas (Pavis & Wilcock, 2001, p.484).

Esta situação, que se revela como uma necessidade no controlo sintomático, levanta algumas questões relativamente à responsabilidade profissional e ao consentimento informado. Este mesmo documento refere que o consentimento informado para a utilização de fármacos de forma inovadora deveria ser obtido de forma escrita. Outro fator indispensável retratado no documento acima referido prende-se com a necessidade de se trabalhar com os organismos regulamentadores e com as companhias farmacêuticas de forma a encorajar o alargamento do licenciamento de certos medicamentos e legislar de acordo. No entanto, por questões de custos acrescidos associados ao processo de revisão de licenças já adquiridas, este trabalho apresenta alguns obstáculos à sua resolução.

Esta realidade e procedimentos são também partilhados em contexto pediátrico; o Royal College of Paediatrics and Child Health defende o uso de medicação fora de licença como algo comum em pediatria (Pavis & Wilcock, 2001, p.485). No entanto, este processo aumenta de complexidade na sua resolução em pediatria, já que as dosagens consoante o peso corporal da criança e sua capacidade de absorção dependente da sua superfície corporal, tornam ainda mais suscetível o desencorajamento e relutância por parte das entidades reguladoras farmacológicas.

## 2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Transversalmente a qualquer conceção de projeto, nas inúmeras áreas do conhecimento existentes, este começa a ser projetado e pensado através de uma visão e necessidade sentida por parte do investigador acerca de um *deficit* que deteta e deseja colmatar, inserido num determinado contexto e num espaço temporal que considera. O objetivo é a “resolução de problemas, capaz de reproduzir a realidade e de a transformar. Procura traduzir-se num ganho de capacidades e competências para elaborar e concretizar projetos em situação real” (Ruivo *et al*, 2010), conjugando com uma análise crítica da dimensão ética, (...), social e económica na prática (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

O começo da idealização do projeto iniciou-se no ano de 2011, quando frequentei um curso de formação avançada subordinada ao tema dos Cuidados Paliativos Pediátricos, na Universidade Católica Portuguesa. Entre os variados temas constituintes da formação, foi lecionada uma palestra acerca das particularidades e características da administração de terapêutica por via SC, tendo na altura considerado uma técnica relativamente simples e com muitas possíveis benefícios. Assim, comecei a considerar que a administração da terapêutica por via SC poderia ser uma boa alternativa e até uma opção primária válida na administração de determinada terapêutica, nomeadamente analgésica, sedativa e até na realização de soroterapia de hidratação. Esta técnica é essencialmente utilizada em contexto de cuidados paliativos e de doentes crónicos, estando associada a um controlo sintomatológico, quando a via oral está contra-indicada e/ou não é tolerada. No entanto, devido às suas características, já anteriormente abordadas, considerei que esta modalidade terapêutica poderia ser uma alternativa ao desconforto provocado por procedimentos invasivos e dolorosos, nomeadamente a PVP. Este procedimento poderá dar resposta a uma manutenção do conforto físico, que é definido por Kolcaba como um dos quatro contextos de conforto, e o mais óbvio; para a autora, o “conforto físico abrange todas as ramificações fisiológicas dos problemas médicos, podendo ou não resultar em sensações físicas” (Kolcaba, 2003, p.11).

Após a discussão e validação da minha ideia sobre a área de investimento no 3º semestre do CMEPSC, por parte da minha professora orientadora, realizei alguma pesquisa individual, informei-me junto de alguns colegas e pessoas de referência com contatos e conhecimentos acerca da temática que iria abordar. Todo este planejamento e orientação do caminho a percorrer permitiriam atingir um desenvolvimento de “uma compreensão aprofundada e inovadora do discurso contemporâneo sobre saúde, doença e cuidar/tratar e sua implicação nas políticas de saúde, na prática dos profissionais da saúde e na organização dos cuidados à pessoa em situação crítica” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Assim, realizei idas a campo à Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) de um hospital privado de Lisboa, à Unidade de Assistência Domiciliária (UAD) de uma Entidade Público-Empresarial (EPE) de Lisboa e à UCP de uma outra instituição privada na área da grande Lisboa, respetivamente. Na minha primeira ida a campo, na entrevista que a enfermeira (Enf<sup>a</sup>) chefe da UCP da área do centro de Lisboa me concedeu, esta garantiu-me que naquele contexto teria garantidamente oportunidades de desenvolver conhecimentos e competências na realização da técnica de administração de terapêutica por via SC, por ser algo utilizado de forma frequente. Informou-me também que, para que eu pudesse ali atingir os meus objetivos, teria obrigatoriamente de me integrar em todo o contexto de trabalho e realizar uma prestação de cuidados globais a cada pessoa internada, não me focalizando apenas na minha área de interesse específica. Na UAD, apercebi-me da experiência e conhecimento que os profissionais que lá trabalhavam tinham acerca da administração de terapêutica por via SC, sendo também uma prática comum para estes. Por fim, ao ir à UCP da instituição localizada na área da Grande Lisboa, apercebi-me que as oportunidades de observação e aplicabilidade da técnica seriam substancialmente menores em relação aos dois locais anteriormente abordados, razão pela qual este local de estágio ficou de fora dos meus planos.

Posterior a estas idas a campo, ficaram definidos os contextos clínicos nos quais iria construir o meu caminho rumo ao desenvolvimento sólido e com sucesso do meu projeto. Além dos locais já referidos, o Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de um Hospital EPE da Grande Lisboa, seria uma boa oportunidade para ficar a conhecer

uma realidade de cuidados e de dinâmica da qual eu possuía um nível de conhecimento limitado. Por fim, através de um curto estágio no meu local de trabalho, desenvolvi competências num âmbito distinto dos outros contextos de estágio, com vista à sensibilização e divulgação dos conhecimentos já adquiridos junto da equipa de saúde e compreensão das reais necessidades a ter em conta numa fase posterior, quando avançasse na implementação do projeto de intervenção.

Por conseguinte, irei realizar uma abordagem avaliativa e refletida do meu percurso de aquisição de competências nos seus diferentes âmbitos, desagregando essa mesma análise por campo de estágio. Ao longo deste trajeto foram sendo realizados jornais de aprendizagem (um por local de estágio), assim como um estudo de caso, este último relacionado com uma experiência de cuidados na UAD. Estes trabalhos são essenciais para o ganho de uma prática reflexiva, que permitem “um importante meio de capacitação dos (...) profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos saberes e das suas práticas” (Santos & Fernandes, 2004, p.59). A realização do estudo de caso, que consiste numa “exploração de (...) um caso, obtido por meio de uma detalhada coleta de dados. É um estudo aprofundado de (...) um indivíduo, em sua complexidade e em seu dinamismo próprio, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão” (Galdeano, Rossi & Zago, 2003, p.372), auxiliou no processo de integração dos cuidados e no seu julgamento crítico.

Todo este processo permitiu e permitirá “a certificação das competências clínicas especializadas que assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo – alvo (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8649), para além do “desenvolvimento do conhecimento no âmbito dos cuidados críticos que sustente a prática de enfermagem” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Este foi um percurso caracterizado por transições situacionais e múltiplas, percecionando-se um desenvolvimento ao existir uma aquisição de um conjunto de

estratégias interrelacionadas para moldar as ações às situações vividas e experienciadas. (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher, 2000).

## 2.1. Unidade de Cuidados Paliativos

Este foi o primeiro Estágio que cumpri no âmbito do percurso de competências, onde pude vivenciar um conjunto de situações e experiências, em distintos campos de ação, que me permitiram refletir acerca da minha conduta e prática profissional. Com o intuito de compreender de que forma o meu ato de cuidar se poderia desenvolver, rumo a uma adoção de um saber, saber-ser e saber-estar mais especializado. Tanto neste como nos restantes campos de estágio em que desenvolvi o meu percurso, a análise do cumprimento ou não dos diferentes objetivos e atividades previamente delineados, tendo por base a autorreflexão e as diferentes competências comuns e específicas do Enfermeiro Especializado na Área de Pessoa em Situação Crítica e os Objetivos e Competências do CMEPSC, tornou-se essencial para o meu autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Para o estágio da UCP, defini como objetivo geral **Adquirir competências especializadas na área de administração de protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente na administração de terapêutica via subcutânea, como contributo na diminuição do desconforto**. Apesar de poder transmitir uma ideia abrangente acerca de como se poderia cumprir o proposto, permitiu-me demonstrar a problemática que queria desenvolver, justificando também a razão para tal, construindo um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8648).

A principal razão para a escolha deste local de estágio prendeu-se com a administração de terapêutica por via SC ser uma prática comum na UCP, permitindo-me, assim, adquirir as competências teórico-práticas pretendidas acerca deste procedimento. Ao longo do período de estágio, tive a oportunidade de observar e realizar a administração de variada terapêutica por via SC, tanto em

modo de bólus como por perfusão contínua, assim como realização de hipodermóclise. Além disso, pude proceder à execução do procedimento de colocação de via SC e da vigilância das suas possíveis complicações. Tive sempre o acompanhamento, orientação e explicação por parte da Enf<sup>a</sup> orientadora, facilitando a minha aprendizagem, adotando sempre uma “conduta preventiva, antecipatória” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8650), reconhecendo os meus “recursos e limites pessoais e profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8652), mas sempre refletindo “sobre o sentido das afirmações do outro(...)” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010). O cumprimento deste objetivo permitiu obter ganhos tanto na gestão da “administração de protocolos terapêuticos complexos” como na realização da “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8656). Ao longo do estágio, fui-me apercebendo que a administração terapêutica por via SC era uma prática comum, adotada tanto pela equipa de enfermagem como médica, e frequentemente utilizada como forma de evitar o desconforto da punção periférica e para administração de terapêutica com o intuito de promover o conforto do doente, através do controlo de sintomatologia, sendo um bom exemplo de uma prática integrada de “monitorização e avaliação da adequação das respostas aos problemas identificados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8656). Com esta atuação, os profissionais da UCP incidem o seu cuidado ao nível do alívio e, conseqüentemente, da tranquilidade do doente, com efeitos também nos cuidadores, sendo este dois tipos de conforto evidenciados na taxonomia de estrutura do conforto de Kolcaba (1997). Além disso, o contexto de conforto físico e sociocultural do doente são abrangidos por esta ação de cuidar, indo esta convergir com a definição de cuidado holístico proposta por Kolcaba (1997, p.14).

Para conseguir cumprir este objetivo geral definido, tive que projetar outros objetivos mais específicos, assim como atividades para os atingir. Para poder apreender a realização da técnica, primeiramente tive que Aprofundar conhecimentos relativos à administração de terapêutica por via SC, tendo sido um dos objetivos específicos por mim inicialmente definido. Assim, pude desenvolver uma “aplicação do conhecimento de Enfermagem (...) nos diferentes contextos da prática clínica” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010). Para que isso fosse exequível, realizei a *Revisão da literatura ligada à temática de administração medicamentosa*

*por via SC*, já tendo realizado essa ação previamente ao início do estágio. Tive que aprofundar esses mesmos conhecimentos, nomeadamente acerca das dosagens, preparação de medicação e da sua administração, para além da forma de constituição das perfusões contínuas, selecionando “fontes de informação relevantes para a tomada de decisão” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010). Para o alcance desse conhecimento, os esclarecimentos e ensinamentos da Enf<sup>a</sup> Orientadora foram uma importante mais-valia.

Para a concretização consistente deste objetivo, a participação no Curso Básico de Cuidados Paliativos Pediátricos, organizado pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), foi um grande ganho, já que consegui ter conhecimento e acesso a uma tabela terapêutica, com origem no Reino Unido, que discrimina as dosagens das diferentes medicações que são administradas por via SC, consoante o peso da criança. Este conhecimento permitiu-me conseguir justificar de forma bem mais consistente de que forma a equipa médica pode prescrever a diferente terapêutica em idade pediátrica, “incorporando diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade da prática” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8650-51). Sei, no entanto, que tem que haver um cuidado e uma monitorização acerca da possibilidade dos diferentes princípios ativos existentes entre a medicação utilizada no Reino Unido e a realizada na realidade nacional. Para além desta tabela, e de acordo com este objetivo, obtive uma fórmula que permite saber como calcular a preparação de uma perfusão contínua, consoante o ritmo de perfusão e a sua duração. Este ganho de conhecimento mais operacional e instrumental torna-se fundamental para que, *à posteriori*, na minha realidade laboral, possa transmitir às equipas de enfermagem e médica a existência de uma validação da informação por mim prestada, tornando-a mais coerente e consistente, de forma a “expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Outra das atividades a que inicialmente me propus, relacionou-se com o *Conhecimento do protocolo específico da UCP acerca da administração de terapêutica por via SC, assim como do modo de atuação da equipa de enfermagem em contexto de cuidados*. A leitura e interiorização do protocolo definido por parte

dos profissionais integrantes da UCP possibilitou-me ter um conhecimento validado e de referência acerca da técnica da qual quero desenvolver, permitindo posteriormente “mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010), fazendo com que possa “conhecer e aplicar a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8652). Além disso, tomei consciência de algumas especificidades que ainda não tinha conhecimento através da revisão da literatura por mim realizada, como, por exemplo, o facto de se realizar dexametasona SC ser um critério para mudança de via SC de 3/3 dias, ou o ceftriaxone SC de 4/4 dias, ao invés dos 7/7 dias para a restante medicação. Isto explica-se pelo risco de precipitação, nomeadamente da dexametasona, com alguns fármacos (haloperidol, midazolam), podendo danificar o acesso SC. Acerca do ceftriaxone, está demonstrado que poderá causar mais dor e necrose tecidual, comparativamente aos restantes fármacos (Avilés & Antinolo, 2013, p.22).

A adicionar a este conhecimento, a integração no processo de cuidados e na equipa de saúde, assim como a prestação de cuidados, permitiu-me conseguir “avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8650), no sentido de saber quais os critérios de seleção em que a administração de medicação por via SC estaria indicada. Ao investir nestes conhecimentos e no seu aprofundamento, possibilitou-me “basear a praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, desenvolvendo “o autoconhecimento e assertividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8649). Relacionado com esta atividade, “identifiquei uma oportunidade de melhoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8651) do meu trabalho de projeto ao realizar um pequeno filme, com a colaboração da Enf<sup>a</sup> orientadora e após aprovação por parte da Enf<sup>a</sup> chefe, doente e seus familiares, a retratar a correta realização da técnica de punção SC. Isto poderá ter uma utilidade futura no âmbito de formação, tanto no meu contexto laboral, como num outro contexto, em que seja pretendido a implementação desta técnica.

Outro dos objetivos específicos definidos prendeu-se com o Prestar cuidados de enfermagem a doentes, em contexto de cuidados paliativos, que revelem necessidade e benefícios na utilização da administração de medicação por via SC.

Intimamente relacionado com o outro objetivo específico anteriormente referido, a *Integração na equipa de saúde multidisciplinar, através do conhecimento da sua organização e dinâmica* tornou-se essencial para que pudesse desenvolver toda e qualquer atividade na UCP, enquanto profissional qualificado e responsável. Consegui estabelecer uma boa relação com a Enf<sup>a</sup> orientadora, “consciencializando a influência pessoal na relação profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8652), o que facilitou bastante o meu processo de integração com a restante equipa, assim como a troca de experiências, conhecimentos e orientação direcionada para um trabalho de equipa eficaz, otimizando a “gestão dos cuidados (...) e a articulação na equipa multiprofissional” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010). Houve também a necessidade de acompanhar outro enfermeiro da UCP sem ser a minha Enf<sup>a</sup> orientadora, tendo conseguido adaptar-me a uma nova forma de trabalhar e visão do processo de cuidados, tendo assim apreendido outras aprendizagens, nomeadamente ao nível do processo de reabilitação.

Não me focando somente na minha área específica de intervenção, exerci um papel na *Colaboração na prestação de cuidados, gerais e específicos, aos doentes internados na UCP e sua família, com destaque àqueles com indicação/realização de terapêutica por via SC*, tendo sido uma boa oportunidade de “aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010). Embora tendo tido oportunidade de me inserir no processo de cuidados de doentes com necessidade de realização de administração terapêutica por via SC, muitas vezes os meus cuidados foram direcionados para doentes em que a realização de medicação por via SC não era necessária e/ou indicada. Em contexto de Cuidados Paliativos, frequentemente o foco dos cuidados está direcionado ao conforto/diminuição do desconforto do doente; “os cuidados de conforto implicam uma intervenção adequada, realizados de forma carinhosa, e com o objetivo intencional de proporcionar conforto” (Kolcaba, 2003, p.82).

Assim, colaborei de forma frequente nos diferentes cuidados realizados aos doentes, nomeadamente na realização de cuidados de higiene, posicionamentos e mobilizações, assim como na administração de terapêutica por outras vias sem ser a

via SC, permitindo o ganho de outras competências, nomeadamente ao nível da relação terapêutica com os doentes, assim como da sua família. Todas estas experiências “favoreceram a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8653).

Vivenciei uma experiência marcante de morte de uma doente, tendo obtido uma experiência enriquecedora ao nível da comunicação de más notícias, gestão de expectativas e de ambiente, suporte emocional com a família e na realização de medidas paliativas na fase agónica, abordando “questões complexas de modo (...) reflexivo, (...) e inovador” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010). Pude assim explorar competências na área dos “conhecimentos e habilidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto”, assim como na “garantia de gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8656). Esta é uma situação em que a vulnerabilidade está presente em todos os intervenientes, desencadeando um processo de transição, (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000), existindo um turbilhão de emoções aquando da perceção da realidade e da finitude da vida. A existência de uma transmissão de informação veiculada pelos profissionais de saúde, bem como o suporte emocional proporcionado não só por estes profissionais, como também por outros familiares e amigos, permitiu que os familiares da doente pudessem desenvolver uma melhor perceção e aceitação da nova realidade.

De referir a obtenção de uma experiência distinta do meu atual contexto de trabalho em área pediátrica de cuidados intensivos, cuidando de uma população maioritariamente adulta/idosa e com uma vertente de cuidados paliativa e de promoção de conforto, revendo processos de cuidados e de estabelecimento de comunicação, assim como de patologia e de filosofia de cuidados. Esta vertente de cuidados incide sobretudo numa medida de conforto designada de instrução; esta é designada como uma medida “para aliviar a ansiedade, estimular uma reafirmação e informação, para além de instalar esperança, realizando um planeamento realístico de recuperação, integração ou mesmo da morte, de uma forma culturalmente sensível” (Kolcaba, 2003, p.84).

Este processamento nem sempre foi fácil ou linear, tendo experienciado um processo de transição devido a uma mudança de ambiente e de vivências; no entanto, esta transição permitiu-me adquirir uma outra perspectiva e ganhar um conhecimento que, ao ser explorado, poderei adotar na minha realidade profissional, “analisando criticamente a dimensão ética (...), social” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010) da minha prática. Considero, por exemplo, que ao nível da comunicação de más notícias, existe uma lacuna que se prende com o medo dos profissionais de enfermagem em enfrentar as reações e sentimentos negativos que os doentes e familiares possam demonstrar, descentrando muitas vezes o foco dos cuidados dos doentes e sua família, adotando mecanismos de defesa que vão focar este mesmo cuidado no próprio profissional. O profissional de enfermagem

precisa de estar ciente de que a sua postura, expressão facial, são mensagens da sua comunicação; precisa de ouvir a informação que está sendo transmitida e usar as suas habilidades de observação para observar e interpretar as reações dos pais, a fim de os poder apoiar (Price, McKeilly & Surgenor, 2006, p.118).

Neste contexto de estágio pude testemunhar uma maior e melhor preparação nesse aspeto, podendo assim adotar na minha prática de cuidados uma outra postura, com o intuito de prestar melhores cuidados e mais competentes, “desenvolvendo uma compreensão aprofundada (...) do discurso contemporâneo sobre (...) cuidar/tratar (...)” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Concluindo, pude absorver, neste contexto laboral, variadas oportunidades de contactar com a preparação, administração e monitorização de diferente terapêutica administrada por via SC. Pude também perceber, na realidade deste contexto laboral, de que forma é que a equipa multidisciplinar seleccionava os doentes que tinham indicação e vantagens na realização desta técnica.

De referir os grandes ganhos que obtive numa experiência num contexto de trabalho, teoricamente distinto, comparativamente ao local onde exerço a minha atividade laboral. Pude, primeiramente, aperceber-me de algumas semelhanças, nomeadamente ao nível da presença e participação frequentes nos cuidados e

tomadas de decisão por parte dos cuidadores familiares. Outro paralelismo do qual me apercebi diz respeito à fragilidade do doente que, muitas vezes, integrado num quadro crítico, ainda que paliativo, faz com que haja a necessidade de um suporte emocional por parte do profissional de enfermagem para com o doente e familiares, de forma a lidarem com os diversos acontecimentos e sentimentos que vão surgindo.

O contributo no âmbito da comunicação e abordagem de assuntos delicados, como a doença irreversível e a morte, os cuidados de enfermagem direcionados a uma promoção de conforto, controlo sintomatológico e estabelecimento de uma qualidade de vida em fase final de vida tornaram-se em aprendizagens que interiorizei de uma forma bastante particular, devido às falhas por mim sentidas e diagnosticadas no meu contexto laboral, podendo *aplicar este conhecimento de enfermagem num diferente contexto de prática clínica* (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010. Em contexto de UCI outras ações são adotadas e tomadas, devido à cultura curativa e de restabelecimento de saúde. Esta experiência permitiu-me obter uma visão alternativa no que concerne ao saber cuidar, não desvalorizando a filosofia de cuidados de nenhum dos contextos anteriormente referidos. De referir a existência de uma vivência de um processo de transição a nível pessoal e profissional; “todas as transições envolverão a mudança, enquanto que nem todas as mudanças estão relacionadas com a transição” (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000, p.19) A diferença está na consciência e no compromisso que o interveniente emprega para encontrar um (re)equilíbrio.

## 2.2. Unidade de Assistência Domiciliária

Após a realização do estágio em UCP, tive a oportunidade de vivenciar uma experiência igualmente enriquecedora na UAD. Este é outro contexto de cuidados, bastante distinto do local de estágio anterior, e ainda mais do meu contexto laboral. Isto permitiu que pudesse obter um saber mais proveitoso e eficiente, orientado para uma consecução de objetivos e de resultados que me permitissem desenvolver e cimentar os meus conhecimentos acerca da temática sobre a qual me debruço ao longo deste trajeto, “(...) promovendo o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, (...)” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Como objetivo geral defini **Adquirir competências especializadas na área de administração de protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente na administração de terapêutica via subcutânea, como contributo na diminuição do desconforto**. Este é um objetivo que surge na continuidade do objetivo geral também proposto aquando do meu estágio na UCP, desenvolvendo um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8648), em linha com o realizado no estágio anterior, *adotando uma análise crítica da dimensão ética, política, social e económica da minha prática* (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Durante a seleção dos locais de estágio realizada no 2º semestre, foi-me dada a perspetiva, por parte da Enf<sup>a</sup> chefe, de que a UAD seria um bom local para adquirir as competências teórico-práticas acerca da terapêutica SC, por ser uma prática realizada de forma relativamente frequente. Outras das razões que me levaram a optar pela UAD prendeu-se com o contexto de cuidados ser domiciliar. Considerei desde logo um desafio e um possível ganho para mim, já que o meu contexto laboral é uma UCI, local onde o ambiente de trabalho e as diferentes regras e rotinas são tipicamente manipuladas e estabelecidas pelos profissionais que lá exercem o seu trabalho, dando assim a estes uma sensação de controlo e de segurança, muitas vezes falsa e ilusória. Por outro lado, o doente e os seus cuidadores, em contexto de UCI, sentem-se algo perdidos e fora da sua zona de conforto, provocando nestes

uma maior vulnerabilidade, com conseqüente aumento de insegurança, fragilidade e perda de autonomia. Quando os cuidados são prestados em contexto domiciliário, esta realidade inverte-se, tendo que ser o profissional de saúde a adaptar-se ao espaço e rotinas dos doentes e seus cuidadores, sendo que “esta experiência de cuidar de um doente em casa tem-se tornado cada vez mais frequente no quotidiano das famílias” (Girardon-Perlini, 2001, p. 255). Esta realidade permitiu-me desenvolver competências em “gerir respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8653).

Ao longo do período de estágio, tive a oportunidade de observar e realizar a administração de alguma terapêutica por via SC, nomeadamente por perfusão contínua, inclusive hipodermóclise. Além disso, tive também a possibilidade de realizar o procedimento de punção de via SC. Tive sempre o acompanhamento, orientação e explicação por parte da Enf<sup>a</sup> que acompanhava nas visitas domiciliárias, facilitando a minha aprendizagem, adotando sempre uma “conduta preventiva, antecipatória” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8650), reconhecendo os meus “recursos e limites pessoais e profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8652), permitindo o cumprimento deste objetivo, tendo ganhos tanto na gestão da “administração de protocolos terapêuticos complexos” como na realização da “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8656).

Para conseguir cumprir este objetivo geral definido, tive que definir outros objetivos mais específicos, assim como atividades para os atingir. Apesar de já ter tido um contacto com a técnica de punção de via SC e administração de terapêutica no estágio anterior, senti a necessidade de continuar a Aprofundar conhecimentos relativos à modalidade terapêutica de administração por via SC, para melhor “elaborar projetos de investigação coerentes” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010), tendo sido um dos objetivos específicos que defini. Para isso ser possível, realizei a *Revisão da literatura ligada à temática de administração medicamentosa por via SC*, já tendo realizado essa ação previamente ao início deste estágio e durante o estágio na UCP. Durante os turnos, e após as visitas domiciliárias, tive a oportunidade de pesquisar diferente literatura existente no

Serviço, que me permitiu obter bibliografia importante para o desenvolvimento das minhas competências teóricas acerca da temática de administração terapêutica SC, das quais realço artigos científicos acerca da administração de cetamina (Benítez-Rosario *et al*, 2011) e fentanil (Watanabe *et al*, 1998) por via SC, assim como do uso de medicação não licenciada em contexto de cuidados paliativos (Atkinson & Kirkham, 1999).

Através de conversas informais com a equipa de Enfermagem da UAD, pude obter uma perspetiva mais prática acerca do doseamento da diferente terapêutica, nomeadamente em modo de perfusão contínua, assim como da conversão da medicação consoante as diferentes vias de administração utilizadas (*per os* (PO), EV, transdérmica e SC). A experiência e partilha de conhecimento com carácter informal percecionou-se como uma mais-valia essencial para o ganho de novas perspetivas e competências, de forma a posteriormente ser capaz "(...) de participar na produção de conhecimento novo" (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Outra das atividades a que me inicialmente me propus, relacionou-se com o *Conhecimento do protocolo específico da Unidade acerca da administração de terapêutica por via SC, assim como do modo de atuação da equipa de enfermagem em contexto de cuidados*. O contacto com o protocolo definido por parte dos profissionais integrantes da UAD possibilitou-me ter um conhecimento validado e de referência acerca da via SC. Pude constatar, que apesar de presenciar uma facilidade por parte da equipa de saúde em modificar algumas dosagens e conversões de medicação de via EV para SC, consoante as necessidades de cada doente, a equipa de saúde assumia um cumprimento com as diretrizes gerais comprovadas e validadas acerca da administração por via SC. Um dos exemplos é a conversão de 1:1 da perfusão/bólus de morfina de via EV para SC e de 1:3 da via SC para via PO, como também referido por Avilés & Antinolo (2013, p. 24). As ligeiras alterações de prescrição de medicação foram prontamente justificadas com bibliografia comprovativa, da qual desconhecia, e experiência na realização da administração da terapêutica aos doentes. Este conhecimento permitiu-me cimentar competências ao nível do "conhecer e aplicar a legislação, políticas e procedimentos

de gestão de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8652), *desenvolvendo uma prática baseada na evidência* (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

As situações em que a administração de terapêutica por via SC era ponderada e utilizada, tinham como principal objetivo a promoção do conforto do doente e da “(...) qualidade dos cuidados de saúde (...)”(Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010), através do controlo de sintomatologia ou intolerância de toma medicamentosa por via PO, sendo um bom exemplo de uma prática integrada de “monitorização e avaliação da adequação das respostas aos problemas identificados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8656). Por ser uma realidade de cuidados em contexto domiciliário, era avaliada no dia seguinte ao início da terapêutica, se a dosagem da medicação era a adequada para o controlo de sintomas, conseguindo-se depois obter um equilíbrio terapêutico, colocando-se um dispositivo descartável elastomético (Easypump®) com perfusão contínua durante vários dias (até uma semana). Em fases de fim de vida (ou agónica) dos doentes, compreendi que era uma prática corrente a equipa de saúde providenciar bólus de medicação sedativa (midazolam), para diminuição de farfalheira (buscopan®) e neuroléptica (haloperidol) preparados e devidamente identificados para que os cuidados familiares pudessem administrar por via SC durante o dia, caso o doente necessitasse, “identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8656). Era efetuado um ensino acerca do procedimento de administração e das possíveis complicações que poderiam surgir, disponibilizando-se um contacto telefónico caso existisse alguma dúvida e validando-se o ensino realizado no dia seguinte, “utilizando uma variedade de técnicas diretas e indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8652). De forma algo frequente, a visita era realizada somente pela enfermeira, tendo denotado uma grande autonomia no que dizia respeito à avaliação e mudança do esquema terapêutico, consoante a sua avaliação do estado do doente observado, sempre com prévio conhecimento e consentimento do médico, através de contacto telefónico. Todas estas ações descritas vão de encontro ao esperado por Kolcaba (2003, p.189) acerca dos cuidados de enfermagem: “o melhor cuidado significa que os doentes e familiares são mantidos confortáveis, de forma a se sentirem fortalecidos para se envolverem na busca de comportamentos de saúde”.

A adicionar a este conhecimento, a integração no processo de cuidados e na equipa de saúde, assim como a prestação de cuidados, fez-me conseguir “avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8650), no sentido de saber quais os critérios de seleção em que a administração de medicação por via SC estaria indicada. Ao investir nestes conhecimentos e no seu aprofundamento, permitiu-me “basear a praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, desenvolvendo “o autoconhecimento e assertividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8649), refletindo “sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Algo que marcou de forma bastante positiva esta experiência de estágio foi a dinâmica de trabalho multidisciplinar observada, nomeadamente a interação bastante ativa, respeitosa e eficaz entre os diferentes intervenientes, nomeadamente equipa de enfermagem, médica, administrativo e assistente social. Apesar das diferentes ações independentes e interdependentes, a comunicação entre os diferentes profissionais, a definição clara dos diferentes papéis que cada profissional de saúde assumia em cada caso discutido, permitia que a resolução, dentro do seu âmbito, fosse célere e direcionada para o bem-estar e integridade, não só do doente como também dos cuidadores domiciliários. Esta dinâmica por mim presenciada vai de encontro aos ideais que Kolcaba espectava acerca do futuro dos cuidados de conforto, nomeadamente no conforto a nível comunitário:

a minha visão dos cuidados de conforto na comunidade (...) inclui uma comunidade que dispõe de mecanismos de apoio aos doentes e suas famílias em casa (...). Esses apoios podem ser fornecidos por enfermeiros, gestores de cuidados, assistentes sociais, (...) e médicos que prestam serviços nas casas dos doentes. As equipas interdisciplinares seriam centralizadas e integradas na comunidade que servem (2003, p.191).

Todos os dias era realizada uma reunião multidisciplinar, com os profissionais acima referidos presentes, onde se discutia cada caso e em que a opinião e avaliação de cada profissional era corretamente justificada e aceite pelos outros presentes, observando-se assim uma interação eficaz e uma correta aplicação dos diferentes

recursos, ou seja, um trabalho interdisciplinar. Tornou-se clara a observação de uma boa prática no que concerne ao “reconhecimento e compreensão dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8652). Outro dos objetivos específicos definidos prendeu-se com o Prestar cuidados de enfermagem a doentes, em contexto de assistência a adultos em domicílio e sua família, que revelem necessidade e benefícios na utilização da administração de medicação por via SC. Intimamente relacionado com o outro objetivo específico anteriormente referido, a *Integração na equipa de saúde multidisciplinar, através do conhecimento da sua organização e dinâmica* tornou-se essencial para que pudesse desenvolver toda e qualquer atividade na UAD, enquanto profissional qualificado e responsável. Consegui estabelecer uma boa relação com a equipa multidisciplinar, “consciencializando a influência pessoal na relação profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8652), permitindo uma troca de experiências, conhecimentos e orientação direcionada para um trabalho de equipa eficaz, examinando o “desenvolvimento do conhecimento no âmbito dos cuidados críticos que sustente a prática de enfermagem” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Não me focando somente na área específica de intervenção, exerci um papel na *Colaboração na prestação de cuidados, gerais e específicos, aos doentes com necessidade de visita domiciliária da equipa da UAD e sua família, nomeadamente àqueles com indicação/realização de terapêutica por via SC*. Embora tendo tido oportunidade de me inserir no processo de cuidados de doentes com necessidade de realização de administração terapêutica por via SC, muitas vezes os meus cuidados foram direcionados para doentes em que a realização de medicação por via SC não era necessária e/ou indicada. Assim, colaborei de forma frequente nas diferentes atividades e contextos de cuidados, selecionando “fontes de informação relevantes para a tomada de decisão” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010), nomeadamente na realização de pensos de feridas malignas cancerígenas e/ou úlceras de pressão, na administração de terapêutica por outras vias sem ser a via SC, nomeadamente quimioterapia PO ou antibioterapia (ATB), ou mesmo na vigilância sintomática e emocional do doente e sua família, permitindo o ganho de outras competências, nomeadamente ao nível da relação terapêutica com os

doentes, assim como da sua família. Todas estas experiências “favoreceram a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8653).

A realidade dos cuidados domiciliários era algo que há já algum tempo não tinha contacto direto, o que me fez ter uma nova perspetiva e conhecimento de uma outra área de cuidados e necessidades, tão distinta da minha área de atuação, mas ao mesmo tempo tantas vezes próxima e com similaridades, refletindo “(...) sobre outras representações” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010). A experiência dos familiares a cuidar dos seus entes queridos foi algo que me causou impacto, no sentido de acarretar um conjunto de mudanças na vida e crenças nestes.

Os membros da família têm de enfrentar novos desafios que podem estar além da sua capacidade de se adaptar, nomeadamente dificuldades financeiras, mudanças de papéis dentro da família, problemas sexuais e mudanças no estado de saúde geral de outros membros da família (Yoo, Lee, Chang, 2008, p.224).

As rotinas e as prioridades mudam, e os doentes, ao experienciar “sentimentos como ansiedade, medo, tristeza, depressão, cansaço ou exaustão” (Yoo, Lee & Chang, 2008, p.224), irão afetar também os seus cuidadores, que muitas vezes se ressentem. Existe uma “exigência” em que os familiares assumam o papel de cuidadores, por terem uma responsabilidade culturalmente definida ou devido a um vínculo afetivo (Cattani & Girardon-Perlini, 2001, p. 255), provocando, por isso, sentimentos dicotómicos por parte dos familiares cuidadores, como altas taxas de ansiedade, cansaço, *stress*, um sentimento positivo de desafio, mais propósito para a vida, e alcance de uma intimidade familiar. Os resultados positivos e a redução de resultados negativos, segundo Singer *et al* (2005, p.73), parecem ser dependentes da disponibilidade de apoio adequado dos diferentes sistemas de apoio, para atender às necessidades tanto físicas como emocionais.

A saúde e a vulnerabilidade que a família possui são os dois elementos que dinamizam a estruturação deste sistema de cuidados, que procura a participação de cada um de seus membros, não só para construí-lo, mas também para consolidá-lo e manter uma continuidade. Ao ser quotidiana e coletiva, esta construção requer solidariedade e ética da parte dos membros do grupo familiar (Cattani & Girardon-

Perlini, 2001, p. 256). Por tudo o referido, e segundo Yoo, Lee & Chang (2008, p.224), os enfermeiros devem perceber que as famílias que prestam cuidados a pessoas em fim-de-vida são alvos de cuidados importantes, devendo ter um papel ativo no apoio emocional a estes, ajudando-os a lidar com o *stress* ou situações complicadas, de forma mais eficiente. “Os enfermeiros são, frequentemente, os principais cuidadores dos doentes e suas famílias que estão passando por um processo de transição. Eles assistem às mudanças e exigências que as transições provocam no quotidiano dos clientes e suas famílias” (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher, 2000, p.13).

Senti, com esta experiência, um desenvolvimento no que concerne ao “reconhecimento do impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa em situação crítica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8657), “abordando questões complexas de modo sistemático, reflexivo (...)” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Tive uma outra experiência marcante de acompanhamento do processo de fim de vida e morte de uma doente, da qual desenvolvi o meu estudo de caso. Através da realização deste trabalho concluí que uma atuação orientada, direcionada, planeada e antecipada permite diminuir as consequências negativas que um processo de doença crónica e degenerativa pode provocar, tendo a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem sido importante para o planeamento da assistência de enfermagem, que envolve a elaboração de metas, objetivos, com posterior atuação de enfermagem e consequente avaliação. Adquiri também uma perspetiva enriquecedora ao nível da gestão de expectativas e de ambiente, suporte emocional com a família, e na realização de medidas paliativas na fase agónica, *analizando criticamente a dimensão ética da minha prática* (Objetivos e Competência do CMEPSC, 2010). Nestas situações, “as famílias têm a dupla tarefa de atender às diferentes necessidades do doente na sua preparação para o fim de vida, e atender à sua própria preparação para a morte do doente e do seu próprio futuro.” (Steinhauser *et al*, 2001, p.735). Por vivenciarem um processo de transição “complexo e multidimensional”, (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher, 2000, p.19) uma preparação deste momento minimiza as consequências e facilita um processo, já por si doloroso. Segundo o estudo realizado por Steinhauser *et al*

(2001), os intervenientes neste processo, nomeadamente profissionais de saúde e família, demonstram um consenso acerca da importância de nomear alguém para tomar decisões, sabendo o que esperar sobre sua condição física, ter os assuntos financeiros em ordem, e sabendo que o profissional de saúde está à vontade para abordar a morte e o processo de morrer, havendo uma concordância esmagadora acerca da importância da preparação. O objetivo, tanto dos profissionais de saúde como dos cuidadores e familiares envolvidos, é o de proporcionar uma “boa morte” ao doente. Este conceito é consistente com o quadro de cuidados de conforto holísticos, onde “cada participante no processo é pró-ativo, atencioso e direcionado a um objetivo. Conforto total envolve revisão da vida, relacionamentos resolvidos, e a esperança de uma libertação pacífica” (Kolcaba, 2003, p.142).

Algo que diferiu grandemente em relação à minha experiência no estágio na UCP consistiu no acompanhamento pós-morte dos cuidadores familiares, em que o processo de luto já se tinha iniciado. A equipa de enfermagem possui, neste processo, um papel importante e ativo, nomeadamente no suporte emocional, no reforço positivo pelo trabalho realizado pelos familiares, ou ainda no encaminhamento para outros profissionais, nomeadamente psicólogo, para que aquele processo de perda não tenha consequências tão nefastas. O sentimento de dever cumprido é algo referido recorrentemente por parte dos cuidadores familiares, e é algo que ajuda a dissipar um pouco a dor sentida.

Pude assim explorar competências na área dos “conhecimentos e habilidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto”, assim como na “garantia de gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8656). De referir a obtenção e reforço de competências ligadas à vertente de cuidados paliativos e de promoção de conforto, revendo processos de cuidados e de estabelecimento de comunicação, assim como de patologia e de filosofia de cuidados. Apesar do enfermeiro ser muitas vezes o elemento principal na orientação de um processo de transição, enquanto elemento ativo, também o profissional experiencia um ato de transição; no meu caso em específico, a existência de um evento marcante identificável, como é o caso do processo de morte e luto, esteve intimamente “associado ao aumento consciente da mudança ou

diferença ou mais comprometimento ativo em lidar com a experiência de transição” (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher, 2000, p.21).

De referir, ainda, a oportunidade de observação do trabalho realizado pela equipa de saúde no contexto intra-hospitalar, num acompanhamento dos doentes seguidos em contexto domiciliário, aquando dos internamentos. Este processo inicia-se quando o serviço no qual um determinado doente se encontra internado, contacta a equipa de saúde da UAD no sentido desta prestar um apoio num controlo sintomático, seja devido a existência de dor não controlada, vômitos incoercíveis, ou mesmo de insónias, alterações do estado de consciência ou humor. A enfermeira da UAD destacada para realizar a visita intra-hospitalar faz um levantamento prévio da medicação que o doente realizou em SOS, de forma a já ir munida de uma maior informação acerca do doente. Quando chega ao serviço em que o doente se encontra, fala com o/a colega no sentido de obter mais alguma informação acerca do seu estado clínico e de alguma intercorrência que tenha ocorrido. Posteriormente fala com o doente, fazendo junto deste um levantamento da perspectiva do seu estado clínico, descortinando aquilo que o incomoda, que lhe causa desconforto e lhe aflige. Após reunida toda essa informação, é realizada uma adaptação do plano terapêutico e/ou o planeamento de estratégias a nível social, emocional, religioso, para que se consiga promover um bem-estar ao doente. Toda esta atuação está em sintonia com o definido e estipulado na Teoria do cuidado do conforto holístico de Kolcaba (2003), tendo sido, por isso, uma excelente oportunidade de observar e experienciar cuidados de excelência na vertente do conforto.

De realçar a interligação e intercomunicação entre as diferentes valências da instituição hospitalar EPE onde a UAD se insere, tendo como objetivo máximo a integridade e o conforto do doente, demonstrando uma humildade e conhecimento das limitações que apresentam na sua atuação.

Esta foi, a par do estágio na UCP, uma experiência bastante enriquecedora e com ganhos a diferentes níveis, englobando diferentes esferas de ação, ao nível do cuidar em enfermagem. Tive algumas oportunidades de contactar com a preparação, administração e monitorização de diferente terapêutica realizada por via SC. O facto de se realizar este tipo de terapêutica em contexto domiciliário, por ser

uma técnica de fácil execução e com complicações mínimas, e do ensino realizado aos cuidadores familiares acerca da sua manipulação e monitorização, foi algo que influenciou bastante a minha experiência de estágio.

Aqui o contexto familiar está bastante intrínseco e envolvido no processo de cuidados da equipa de saúde, e a atenção e investimento que esta tem que ter perante as suas necessidades é, e deverá ser, uma preocupação constante. Outro paralelismo em relação ao meu contexto de trabalho diz respeito à fragilidade do doente que, devido às variadas mudanças que se processam na sua vida, crenças e relações, faz com que haja a necessidade de um suporte emocional por parte do profissional de enfermagem, para que o doente possa lidar com os diversos acontecimentos e sentimentos que vão surgindo da forma mais eficiente e adequada.

Os cuidados de enfermagem direcionados, maioritariamente, a uma promoção de conforto e estabelecimento de uma qualidade de vida em fase final de vida, dentro das circunstâncias existentes, foi algo no qual tive inicialmente alguma dificuldade em abordar e interiorizar; isto porque em contexto de cuidados intensivos onde me insiro, outras ações são tomadas em situações sintomatológicas semelhantes, devido à cultura curativa e de restabelecimento de saúde implementada em Cuidados Intensivos. Esta experiência permitiu-me uma vez mais, obter uma outra perspetiva no que concerne ao saber cuidar, desenvolvendo capacidades na vertente do “cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença (...)” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

### 2.3. Serviço de Urgência Pediátrica

Este contexto de estágio aproximou-se mais das características às quais estou familiarizado no meu contexto laboral, distanciando-me do cuidado a adultos e da perspectiva paliativa. No entanto, por ser um SUP, pude presenciar uma forma organizativa diferente de cuidados, com especificidades muito particulares, tendo-se apresentado uma oportunidade para poder “aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Como objetivo geral para este estágio defini **Desenvolver competências na prestação de cuidados à população pediátrica e sua família, em contexto de SU**. Apesar de ser um contexto com o qual desenvolvo um trabalho de parceria, já que muitos dos doentes que chegam até à UCI onde exerço as minhas funções advêm do SUP, era um serviço no qual eu sabia que tinha algum desconhecimento acerca das suas rotinas e particularidades. Assim, esta experiência permitiu-me, uma vez mais, ter uma oportunidade para desenvolver um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8648).

Após ter desenvolvido competências na área específica de intervenção, nos locais de estágio anteriores, em contexto de cuidados a adultos, saindo da chamada “zona de conforto”, pude experienciar também no SUP um outro tipo de contexto de prestação de cuidados, no entanto mais interligado e de acordo com o trabalho que desenvolvo diariamente. Apesar disso, pude-me aperceber de uma divergência no que diz respeito ao trabalho do enfermeiro, das exigências que se lhes apresentam, assim como dos sentimentos vivenciados pelas crianças e seus cuidadores na ida e estadia no SUP. Este é um local onde a “intensidade de trabalho físico e mental, responsabilidade profissional e as ameaças constantes de perdas e fracassos” (Paiva, 2011) são muito particulares, provocando um aumento de risco de despersonalização dos cuidados. Este fator associado ao *stress* que os cuidadores vivenciam quando a sua criança está doente, ao observarem variadas situações de

doença enquanto estão à espera de serem atendidos, muitas vezes semelhantes aos dos seus filhos, pode-se tornar num fator traumático, impulsionador de ansiedade que irá influenciar a sua postura e resposta perante a adesão ao tratamento e à comunicação que estabelece com o profissional de saúde.

Os cuidadores experienciam um processo de transição, sendo o papel do enfermeiro “compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição, conduzindo ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem que são congruentes com as experiências únicas dos doentes e suas famílias, assim como na promoção de respostas normais de transição” (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher, 2000, p. 27). A atuação de enfermagem neste contexto evidencia uma necessidade de cuidado direcionado ao contexto de conforto sociocultural, estando este “interligado a relações interpessoais, familiares e sociais, em áreas educacionais e de suporte, para além de culturais. É importante que a equipa de saúde facilite alguns destes costumes (...)” (Kolcaba, 1997). A observação, vivência e avaliação desta relação terapêutica tão particular permitiu-me desenvolver “conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação”, para além de “reconhecer o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa (...)”(Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8657), seja em situação crítica ou não. Esta experiência foi importante para desenvolver capacidades em “maximizar a intervenção na prevenção (...)” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010), nomeadamente ao nível de complicações e de aumento de *stress* das pessoas alvo de cuidados.

Tendo estado presente num período de grande afluência de doentes, pude-me aperceber de uma utilização desproporcionada e despropositada do SUP (Caldeira, 2006), gerando um aumento de *stress* nos doentes e seus cuidadores, pelo tempo que têm que estar à espera para serem observados, avaliados e receberem um tratamento/respostas eficazes adequados, assim como nos profissionais de saúde, que muitas vezes são constrangidos a realizar o seu trabalho de uma forma mais apressada do que o desejável, para além de terem que lidar com as suas próprias frustrações e das dos doentes. Apesar de ter sido apenas num âmbito de observação, pude desenvolver uma competência, mesmo que teórica e de

conhecimento pessoal, no que concerne aos “indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8651).

Para conseguir cumprir este objetivo geral definido, tive que projetar outros objetivos mais específicos, assim como atividades para os atingir. O primeiro a ser realizado prendeu-se com o Aprofundar conhecimentos relativos ao trabalho realizado em contexto de SUP. Tive a oportunidade de observar a atuação e prestar cuidados diretos nas diferentes valências do SUP, nomeadamente na sala de observação (SO), sala de tratamentos e sala de aerossoloterapia. Apenas na triagem me restringi à observação da atuação da enfermeira orientadora, já que é necessário ter formação e domínio na manipulação do sistema informático que orienta e baseia a avaliação inicial realizada em processo de triagem, “reconhecendo os meus recursos e limites pessoais e profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8652). Esta atuação “é o primeiro contato visual que temos com a criança e com os pais” (Fernandes, 2012), e aqui é essencial que o profissional consiga incutir no doente e cuidador confiança na equipa multidisciplinar, adequando e adaptando diferentes estratégias de comunicação, consoante o doente que se tem perante si. Pode, assim, alargar competências no desenvolvimento de um ambiente terapêutico e seguro, nomeadamente na “envolvência da família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas” e de “promoção da sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/grupo” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8651).

Foi também possível observar e presenciar o processo de encaminhamento dos doentes para as diversas valências, hospitalares ou não, nomeadamente para a Enfermaria e UCI pediátrica. Muitas das vezes o tratamento é realizado e as crianças são encaminhadas para domicílio, com prescrição ou não de continuação de tratamento. No entanto, por vezes, a gravidade do estado clínico da criança exige que esta seja internada, sendo que esta avaliação e seleção dos ambientes de cuidados mais adequados são feitas entre a equipa médica e de enfermagem. Posteriormente, e consoante as vagas existentes, é contactado o serviço e questionado acerca da disponibilidade para receber um determinado doente,

preparando-se desde logo o processamento da informação clínica que se irá fazer chegar ao serviço que rececionará o doente. Aqui é importante a consonância entre os profissionais médicos e de enfermagem do SUP e dos outros serviços; ou seja, a importância do trabalho inter e intra multidisciplinar é crucial para encaminhamento dos doentes. Aliado às experiências dos anteriores contextos de estágio, isto permitiu-me desenvolver ainda mais o “reconhecimento e compreensão dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8652), com posteriores benefícios evidentes para os doentes e seus cuidadores. Isto poderá ajudar-me em melhor “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Intimamente ligado a este objetivo específico acima referido, está o objetivo de Prestar cuidados de enfermagem ao doente em idade pediátrica e à sua família, em contexto de SU. Para a consecução deste objetivo e do anterior já examinado, tive que desenvolver atividades, nomeadamente no *Conhecimento da estrutura física, organização, dinâmica e equipa multidisciplinar que presta cuidados no SUP*, assim como na *Colaboração na prestação de cuidados ao doente pediátrico que se dirige ao SU, em parceria com a família*. Devido a já conhecer tanto os enfermeiros como os médicos constituintes do SUP, devido à interligação regular existente entre este serviço e a UCI onde trabalho, o processo de integração na equipa multidisciplinar foi bastante facilitado, tendo sido muito bem recebido, demonstrando-se bastante disponíveis para me auxiliarem e esclarecerem no que fosse necessário. De ressaltar a atitude de prestabilidade por parte da enfermeira orientadora, que se disponibilizou a me acompanhar em todo o meu processo de conhecimento e integração do funcionamento do trabalho no SUP, e na troca de ideias e experiências comigo em relação à forma de trabalhar no SUP e na UCI pediátrica.

Como já referido, um dos grandes desafios que retive neste estágio foi o de lidar com a elevada ansiedade que se presencia por parte da família que acompanha a criança ao SUP. A saúde, ao dar lugar à doença, sujeita o indivíduo a confrontar-se com ambientes estranhos, com pessoas desconhecidas, onde a família cede aos

profissionais de saúde o cuidado e a responsabilidade pelas suas crianças e passando assim a depender de outrem, por períodos mais ou menos prolongados (Paiva, 2011). A grande multiculturalidade existente na instituição hospitalar onde este SUP se insere é já algo com o qual lido diariamente no meu contexto de trabalho, “promovendo o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8650). No entanto, considero que por ser um serviço em que a população tem relativa facilidade de acesso, em comparação com a UCI pediátrica, os profissionais de saúde do SUP estão mais expostos a variados sentimentos e emoções dos doentes e seus cuidadores. Para isso, têm que adotar uma postura de promoção de relações interpessoais de qualidade, sendo por vezes um processo algo desgastante. Pude, assim, desenvolver conhecimentos no que concerne ao desenvolvimento de relações terapêuticas adequadas e eficazes em situações de angústia e *stress*, “identificando as ações a serem tomadas em circunstâncias específicas” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8650), permitindo igualmente “analisar criticamente a dimensão (...) social e económica” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010) na prática de cuidados.

Em consonância com o supracitado, desenvolvi cuidados em parceria com a família, nomeadamente na explicação e esclarecimento de dúvidas acerca da situação clínica de doentes, assim como na realização da aerossoloterapia, em que explicava o modo correto de realização, sendo os cuidadores posteriormente a aplicar a medicação, desenvolvendo “estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8649).

Numa vertente tecnicista, tive a oportunidade de auxiliar os meus colegas em diferentes ações, “disponibilizando assessoria aos enfermeiros e equipa” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8649), nomeadamente na monitorização de doentes em SO, administração de diferente medicação, na preparação e realização de aerossoloterapia, assim como no auxílio na realização de diferentes exames e na punção de acessos venosos periféricos. Utilizei as minhas capacidades e conhecimentos para ajudar a equipa, ao mesmo tempo que ia conhecendo a dinâmica de trabalho e estrutura física do SUP.

Com a prestação de cuidados e comunicação com os profissionais de enfermagem e médicos, pude Analisar as vantagens da aplicabilidade da administração de terapêutica via SC em contexto de SUP, através da *Observação e avaliação de diferentes situações e contextos inseridos numa prática direta de cuidados, em que a aplicação da técnica de administração via SC seria uma mais-valia na qualidade dos cuidados prestados e da Partilha de ideias e opiniões com os profissionais de enfermagem, no sentido de saber qual a sua opinião acerca da aplicabilidade da terapêutica por via SC, em contexto de SU*, e assim “identificar oportunidades de melhoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8651), *expondo com clareza e argumentando os resultados do meu raciocínio* (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Sendo o SUP um local com características distintas da UCI pediátrica, pude aperceber-me de certas situações em que a utilização de via SC poderia ser uma mais-valia, tanto pela observação direta como pela partilha de ideias de diferentes profissionais do SUP, nomeadamente a Enf<sup>a</sup> orientadora, “rentabilizando as oportunidades de aprendizagem e toma da iniciativa na análise de situações clínicas”, “discutindo as implicações da investigação” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8653). A situação de diminuição de desconforto provocado pela PVP, é algo que não se coaduna muito com as necessidades do SUP, já que muitas das punções são para realização de colheitas de sangue. No entanto, na realização de hipodermoclise, em desidratações leves a moderadas, poderia ser uma mais-valia. Outra das situações de aplicabilidade seria a realização de terapêutica analgésica e sedativa aquando da realização de punção lombar, procedimento realizado para efeitos de despiste de diagnóstico de meningite. Por ser possível utilizar midazolam (Lidstone *et al*, 2006, p.8; Avilés & Antinolo, 2013, p.29) e cetamina (Jassal, 2013, p.129; NHS Lothian, 2010) por via SC, esta seria uma forma rápida e eficaz de aplicar uma via para administração de terapêutica, além de que o antibiótico de eleição para estes casos em que a meningite é confirmada, a ceftriaxona, é um dos poucos validados na utilização por via SC. Outra das situações que foram abordadas pelos profissionais de saúde do SUP seria na redução de fraturas, procedimento bastante doloroso e traumático, no entanto de rápida execução. Assim, a

administração de morfina ou mesmo fentanil via SC, apresentou-se como uma possibilidade vantajosa, tanto na minha visão como na visão dos colegas com quem falei. Fiquei, assim, como uma perspectiva de alargamento do tema de projeto de intervenção a outros serviços que não a UCI pediátrica onde trabalho. Porém, isto só poderá ser uma realidade mais verídica e estruturada após o sucesso do processo no meu serviço, podendo assim “contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8651) e “elaborar projetos de investigação coerentes” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010) *à posteriori* noutros contextos de cuidados.

Esta foi uma experiência bastante enriquecedora e com ganhos a diferentes níveis, englobando diferentes esferas de ação, ao nível do cuidar em enfermagem. Tive a oportunidade de observar e experienciar situações numa realidade laboral distinta do meu local de trabalho, dando-me uma melhor visão de todo o processo de encaminhamento do doente, para além das várias atividades que os profissionais realizam. Além disso, as diferenças de estabelecimento de relação terapêutica são evidentes em relação a uma unidade de internamento, uma vez que os doentes nunca ficam internados durante um grande período temporal em SUP, para além do *stress* e ansiedade que qualquer serviço de urgência provoca nos doentes e cuidadores, como já foi acima referido, afetando e manipulando o processo de comunicação e relacional.

Aqui o contexto familiar está bastante intrínseco e envolvido no processo de cuidados, tal como na UCI onde trabalho, e a atenção e investimento que a equipa de enfermagem tem que ter perante as suas necessidades é, e deverá ser, uma preocupação constante. Outro fator a referir diz respeito à fragilidade do cuidador que, devido às variadas mudanças que se processam na sua rotina, crenças e relações, faz com que haja a necessidade de um suporte emocional por parte do profissional de enfermagem, para que o cuidador possa lidar com os diversos acontecimentos e sentimentos que vão surgindo da forma mais eficiente e adequada. Este apoio é um agente facilitador da condição de transição que a ida ao SUP provoca nos alvos de cuidados; “apoio de parceiros e famílias, informações relevantes obtidas a partir de provedores de saúde confiáveis de saúde (...),

conselho de fontes respeitadas, modelos e respostas às perguntas” (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher, 2000, p. 22) são fatores comunitários importantes para um processo facilitador de transição. Pude, assim, “abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo (...)” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Outra realidade para a qual fiquei mais desperto e sensibilizado tem a ver com a elevada adesão de utentes aos SU, sejam eles pediátricos ou não, prejudicando muitas vezes a qualidade dos cuidados e aumentando o grau de insatisfação dos que lá se deslocam. Considero, portanto, de extrema importância o “planeamento e concretização de campanhas de educação para a saúde para que a maior e melhor oferta assistencial no domínio da urgência pediátrica não corresponda a maior procura injustificada.” (Caldeira, 2006).

#### 2.4. Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos

Este último estágio caracterizou-se por se diferenciar dos restantes anteriormente realizados, já que esses tiveram como principal objetivo o da obtenção de novos conhecimentos e experiências em contextos e valências para mim pouco conhecidos, numa vertente mais prática e teórica, tanto inseridos na área específica de intervenção ou não. Já este estágio na UCIEP possibilitou uma organização e planeamento da estruturação inicial da implementação do tema de intervenção no meu contexto laboral, por forma a “ influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Como objetivo geral, propus-me a **Sensibilizar a equipa terapêutica (médicos e enfermeiros) do meu contexto laboral para a modalidade terapêutica por SC, como alternativa à PVP, em contexto de cuidados à criança internada em UCIEP.** Esta sensibilização, iniciou-se algum tempo antes do começo da definição e alinhamento do projeto de implementação, até antes de me ter comprometido com a área de aprofundamento no CMEPSC.

A realização do meu percurso ao longo do CMEPSC foi permitindo com que eu adquirisse certas competências, conhecimentos, perspectivas e processos de pensamento e organização, que me munissem de argumentos e estruturas pessoais e ambientais para melhor desenvolver o tema que há já algum tempo ambicionava pôr em prática, estando em consonância com a definição de Enfermeiro Especialista apresentada pela OE, que remete para um “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8648). Associado a isto, o apoio e *know-how* de um conjunto de pessoas mais especializadas e com conhecimento para partilhar e me guiar no meu percurso tornou-se essencial para a consecução dos objetivos e para conseguir “demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Inicialmente tive que realizar a *Observação das diferentes situações de cuidados que poderiam ser beneficiados com a aplicação de uma alternativa face à PVP*. Em contexto de UCIEP, as crianças internadas que poderiam beneficiar com a punção SC e posterior administração de determinada terapêutica, prendem-se com a necessidade de administração de terapêutica sedo-analgésica para a colocação de cateter venoso central (CVC) para posterior execução de esquema terapêutico por períodos prolongados. A existência de internamentos recorrentes de crianças com situações de doença crónica em que, devido a múltiplas punções periféricas anteriores, começa a existir um trombosamento da rede venosa, provocando uma dificuldade elevada na PVP com sucesso. Por fim, aquando da existência de crianças com desidratação leve a moderada, esta punção venosa também se apresenta bastante dificultada. A realização de hipodermóclise seria um ato transitório, no sentido de causar um aumento do volume hídrico e vasodilatação periférica, de forma a posteriormente se conseguir realizar a PVP de forma mais eficaz. Após ter falado com a chefe de serviço, dando a conhecer de uma forma mais estruturada os objetivos e premissas da área específica de intervenção, esta propôs que se começasse a incidir, numa fase primária, apenas na realização de sedo-analgésia para colocação de CVC ou outro procedimento invasivo, assim como na colocação de drenagem torácica ou realização de punção lombar, na ausência de

uma via periférica endovenosa. Posteriormente a isto, e já com um estudo casuístico aplicado e avaliado em contexto da UCIEP acerca da administração de terapêutica por via SC neste caso específico, a chefe de serviço sugeriu então que se pudesse utilizar para as outras situações por mim apontadas e discriminadas. Foi deste modo desenvolver “aptidões a nível de análise e planeamento estratégico da qualidade de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8650), para poder “elaborar projetos de investigação coerentes” e, assim, “promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Intimamente relacionado com o objetivo geral que defini está o objetivo específico Dar a conhecer a técnica de administração terapêutica por via SC à equipa terapêutica da UCIEP em que me insiro. Numa fase inicial e mais informal do processo, ao falar com elementos da equipa médica e de enfermagem da UCIEP, acerca da possibilidade de realizar certa medicação por via SC, muitos demonstraram um certo ceticismo, devido ao desconhecimento em relação à técnica. Após uma explicação resumida primária fornecida por mim, denotou-se uma mudança de atitude, evidenciando um certo agrado e até curiosidade acerca das potencialidades dessa via de administração medicamentosa. No entanto, sem a existência de uma base bem fundamentada, com evidência científica e comprovada, saberia que nunca iria conseguir angariar o interesse e apoio dos elementos da equipa de saúde, tendo ocorrido um processo de *Discussão informal com os colegas de enfermagem no sentido de conhecer qual a sua opinião e conhecimento acerca da possível utilização da administração terapêutica por via SC em contexto da UCIEP.* Realizei, deste modo, um processo de “adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8649), mobilizando “com rigor os dados dos relatórios de investigação” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

Pude também cumprir outro objetivo inicialmente delineado, que se prendia com o Inferir junto dos elementos da equipa terapêutica a sua opinião acerca da importância que atribuem à administração de terapêutica por via SC, como alternativa à PVP múltipla sem sucesso. No seguimento deste objetivo, com o desenvolvimento do processo de pesquisa de informação, mais direcionado às ações e estruturação do tema específico de intervenção dentro do contexto da

UCIEP, pude proporcionar uma melhor perspectiva e expor de uma forma mais consistente o meu propósito para justificar a importância e mais-valia da administração de terapêutica por esta via. Com um aumento da minha exposição aos elementos da equipa de saúde, demonstrando “um nível aprofundado de conhecimento numa área específica de Enfermagem e consciência crítica (...)” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010), fui-me apercebendo de um interesse e entusiasmo crescentes por parte dos meus colegas, tanto da equipa de enfermagem como médica, o que naturalmente é uma motivação extra para o desenvolvimento do trabalho. Isto torna-se num contributo essencial na promoção da “incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8651).

Assim, após realizar uma pesquisa bibliográfica, reunindo informação acerca de variada informação relacionada com o procedimento de administração de terapêutica por via SC, detendo “conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e na melhoria contínua” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8651), cumpri outra das atividades definidas, que consistia na *Criação de um “grupo de apoio” constituído por um enfermeiro e um médico pertencentes à equipa de trabalho da UCIEP, ficando responsáveis pela divulgação e investigação acerca desta temática.* Realizei uma ligeira alteração em relação ao inicialmente proposto, tendo convidado duas colegas integrantes da equipa de enfermagem onde me insiro, tendo exposto os objetivos direcionados ao tema específico a implementar, partilhando o material bibliográfico que possuo, para posteriormente poderem partilhar as suas dúvidas, assim como as sugestões e uma outra visão acerca da matéria. Em relação ao elemento da equipa médica, confirmei o contacto previamente efetuado, tendo a médica em questão demonstrado disponibilidade para colaborar na execução do processo de desenvolvimento da organização da informação agrupada. Para além disso, é de extrema importância ter a equipa médica aliada e com mostras de entusiasmo, já que sem a sua colaboração e participação, o procedimento não poderá ser implementado no meu contexto laboral. Por ser o investigador principal, e por integrar colaboradores com diferentes níveis de competências e habilidades profissionais, tive que “adaptar o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências” (Ordem dos Enfermeiros, 2011,

p. 8652). Este é um processo mutável, com variáveis subjetivas e com necessidades adaptativas, consoante a realidade, os acontecimentos e as entidades que interagem e colaboram.

Finalmente, o último objetivo por mim delineado consistia em Programar ações de formação em contexto laboral, de forma a transmitir conhecimentos acerca da administração terapêutica por via SC. Para a consecução deste objetivo, é necessário que a informação esteja organizada e validada, que a equipa de apoio esteja integrada em todo o contexto, e que a haja uma sintonia entre os vários e diferentes intervenientes e decisores. Essa colaboração dos intervenientes, com contributos a nível pessoal, profissional e científico, vão ser basilares na promoção e estabelecimento da “aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8651), desenvolvendo “uma compreensão aprofundada (...) na organização dos cuidados à pessoa em situação crítica” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010).

No início deste estágio, como forma de organização do trabalho e atividades e para validação posterior, a professora orientadora sugeriu a realização de um plano de atividades (Apêndice I), que foi discutido e apresentado em reunião com a Enf<sup>a</sup> chefe. Uma das atividades estipuladas, cumpridas e comunicadas à Enf<sup>a</sup> chefe consistiu no contacto com o representante que fornece as agulhas não metálicas Teflon®, tendo tomado conhecimento que o seu preço unitário é bem mais elevado do que as agulhas *butterfly* metálicas já utilizadas na UCIEP, apesar destas últimas apresentarem um tempo de utilização menor face às *butterfly*s não metálicas (Torre, 2002). Apesar desse contratempo, a Enf<sup>a</sup> chefe demonstrou-se disponível a realizar o pedido de um número reduzido das agulhas Teflon®, a título experimental, aquando do início da aplicação da técnica SC. Outras das atividades desenvolvidas prendeu-se com uma reunião com a responsável do serviço de farmácia do hospital, a fim de expor o tema sobre o qual incide o meu trabalho, pedindo colaboração no esclarecimento e informação acerca da diferente medicação que pretendo inicialmente realizar por via SC, tendo sempre em consideração “comunicar resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e

gestores” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8650). Após a minha exposição acerca do que pretendo realizar em contexto de UCIEP, a responsável da farmácia informou-me que estava correntemente a ser realizado, a nível hospitalar, um processo de implementação de prescrição de medicação por via SC em sistema informático, através de uma colaboração entre o serviço de farmácia e um dos serviços de internamento do hospital, onde são prestados cuidados paliativos. Também me aconselhou e alertou para a necessidade de realizar um requerimento à Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) a expor a área específica de intervenção a implementar e seus objetivos, de forma delineada, concisa e justificada com evidência, já que o Infarmed não apresenta nenhuma aprovação de administração por via SC dos medicamentos que pretendo administrar, salvo no caso da morfina, “recolhendo e analisando informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8650). Para além disso, por se tratar de contexto pediátrico, a evidência acerca dos efeitos medicamentosos torna-se ainda mais restrita.

No seguimento desta informação, senti a necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica ainda mais aprofundada e dirigida à evidência que terei que apresentar à CFT, tendo pedido auxílio à Enf<sup>a</sup> chefe no sentido de me orientar acerca da estruturação e conteúdo do requerimento a enviar ao diretor clínico, também responsável da CFT. O estatuto, conhecimentos e *skills* que a minha Enf<sup>a</sup> chefe apresenta permitem que este processo possa ser realizado de uma forma mais célere, “reconhecendo os meus recursos e limites pessoais e profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8652). Tive conhecimento da variada documentação necessária a apresentar para se poder proceder à submissão de projectos a nível hospitalar, nomeadamente o documento dirigido à CFT, à Comissão de Ética, assim como um modelo de consentimento informado escrito. No entanto, enquanto não houver uma resposta e consequente validação por parte da CFT e da Comissão de Ética, não poderei avançar para o planeamento e realização das ações de formação, razão pela qual não consegui cumprir este último objetivo, assim como a atividade previamente planeada, que consiste na *Organização e elaboração de uma formação para dar a conhecer a técnica e a sua possível aplicabilidade e indicação em contexto de UCI pediátricos*. No entanto, já falei com a Enf<sup>a</sup> chefe no sentido de

saber quantas ações de formação consideraria necessárias e apropriadas realizar, tendo chegado a um consenso que pelo menos três ações de formação deveriam ser efetivadas, com o objetivo primário dos elementos de enfermagem e médico da UCIEP assistirem e tomarem um conhecimento mais estruturado e justificado da temática a implementar, e com objetivo máximo de “contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8653).

Tive a oportunidade de desenvolver atividades mais relacionadas com investigação, melhoria da qualidade e de desenvolvimento das aprendizagens profissionais, rumo à consecução dos meus objetivos e à melhoria dos cuidados prestados. As ações e atividades planeadas e realizadas deste estágio distinguem-se dos restantes, no entanto observou-se uma evolução, interligação e sequência entre eles. A consecução deste estágio permitiu-me desenvolver competências especializadas noutras áreas das quais um enfermeiro especialista também deve possuir e dominar, nomeadamente na organização, planeamento de recursos a nível humano e ambiental, e no “(...) cultivar a liderança nos diferentes contextos de prática de cuidados (...)” (Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010). Pude contactar mais de perto com um plano organizacional e de estratégia para se conseguir atingir um determinado objetivo. No decorrer deste processo, surgiu a necessidade de realizar uma atividade da qual não esperava, tendo que reorganizar a minha estrutura e processo de pensamento e trabalho, adiando outras ações dependentes dessa tal atividade. Devido a isso, não consegui atingir todos os objetivos e realizar todas as atividades inicialmente propostas. No entanto, este tipo de situações faz parte do decurso do trabalho, sendo este caracterizado pela sua motilidade e reestruturação, quando assim é necessário.

Por tudo isto, considero que este Estágio contribuiu de uma forma muito positiva, com ganhos bastante significativos para mim enquanto pessoa e profissional de enfermagem, apesar do não cumprimento dos objetivos na íntegra.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidados intensivos que visem à estabilização hemodinâmica da criança sem desumanizar a assistência ou desconsiderar a importância da família para a recuperação da criança são atitudes que devem ser tomadas pelos profissionais cuidadores atuantes nestas unidades (Molina *et al*, 2007, p.443). É, portanto, importante que os profissionais de saúde reconheçam o *stress* desencadeado pela doença grave e internamento na UCI (...), que reconheçam ainda a influência que a atuação dos profissionais pode ter sobre o bem-estar dos doentes e sobre a intensidade da resposta de *stress*, bem como sobre os fatores de *stress* (Almeida e Ribeiro, 2008, p.87). O enfermeiro especialista, em particular, segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011), tem o papel “dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais”, para além de “conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua de qualidade”.

Todos os contextos e acontecimentos podem influenciar, de uma forma mais ou menos intensa, a vivência do processo de cuidados e de internamento de todos os intervenientes. Em qualquer decurso de transição, que “requer definição e redefinição dos papéis envolvidos na constelação de interações” (Meleis, 2010, p.15), nas suas variadas vertentes e condicionantes, a pessoa vivencia um sentimento de vulnerabilidade que, se não for reconhecido quando existente, pode acarretar custos no processo de cuidar. Para que isso seja evitado ou minimizado, é necessário antecipar necessidades, nomeadamente de conforto, para além de ajudar os enfermeiros a desenvolverem capacidades que os apoiem na prática, reconhecendo sempre a importância da integração do doente e família no processo de tomada de decisão.

Considerando a existência desta problemática e sabendo, através da comprovação científica, da influência que os procedimentos invasivos têm no processo de internamento e no condicionamento do trabalho dos profissionais de saúde, torna-se imprescindível arranjar uma alternativa que seja comprovadamente eficaz e que possa oferecer resposta a uma série de situações vivenciadas em contexto de

cuidados de saúde, nomeadamente o desconforto do doente, com conseqüente aumento do seu nível de *stress*, repercutindo-se nos restantes elementos terapêuticos (profissional de saúde e familiar/pessoa significativa). Para que esta atuação se torne realidade, há que ter como premissa que todas as pessoas cuidam, sendo importante reconhecer a pessoa como pessoa, um ser único e completo em cada momento, repercutindo-se numa humanização dos cuidados. Este cuidar, direcionado ao conforto dos elementos da tríade terapêutica, com destaque para a criança em particular, pressupõe um educar e acompanhar, de modo a proteger e preservar a dignidade humana.

A administração de terapêutica por via SC, devido às suas características, pode ser visto como um procedimento direcionado ao estabelecimento do conforto do doente. Este procedimento é ainda muito subvalorizado e direcionado a contextos muito específicos. Porém, com tudo o que existe de evidência científica e com o demonstrado no desenvolvimento deste trabalho, torna-se pouco compreensível a razão para a qual não existe um maior investimento e interesse nesta área. É assim necessário que se inicie o caminho para que o que hoje não é aplicado e utilizado, seja *à posteriori* uma realidade. Com a divulgação destas práticas “pretende-se que cada vez mais doentes (...), qualquer que seja o serviço onde se encontrem, (...) possam ser apoiados com mais qualidade e que técnicos de saúde envolvidos detenham a informação necessária a esse progresso qualitativo” (Neto, 2008, p.282).

No caso específico da PVP, onde “os sinais provenientes de frequentes punções venosas periféricas podem ser classificados como emocionais, físicos e fisiológicos, mediante a observação empírica do quotidiano da prática de cuidar em enfermagem associada à literatura especializada” (Gomes *et al*, 2011, p. 295), este procedimento de administração de terapêutica por via SC tem um grande potencial para ser uma opção eficaz, nomeadamente em contexto pediátrico.

A temática da administração de terapêutica via SC é, atualmente, limitada a contextos de cuidados específicos, nomeadamente paliativos, e quando falamos em contexto pediátrico, esta limitação aumenta. Na realidade nacional, os cuidados

paliativos pediátricos encontram-se numa fase inicial, algo que não permite usufruir de experiências neste contexto de cuidados tão particular. Assim, a minha aprendizagem relacionada com o contacto e realização da técnica de punção e administração de terapêutica por via SC teve obrigatoriamente que ser efetuada em doentes em idade adulta, devido à inexistência de contextos de cuidados que apliquem este procedimento em crianças, o que se tornou uma limitação ao meu percurso de aquisição e aplicação de competências.

Como já anteriormente referido, a pouca utilização desta via de administração terapêutica poder-se-á dever primeiramente à pouca divulgação e investimento nesta via de administração, assim como ao pouco conhecimento por parte dos profissionais de saúde acerca das potencialidades e indicações para a utilização da via SC. Por outro lado, a investigação e investimento insuficientes por parte das entidades farmacológicas em regular os licenciamentos, de forma a se poder administrar medicação por via SC de forma mais segura e consistente, e não *out of labell*, como frequente e transversalmente acontece, é outros dos entraves existentes.

Outras das limitações por mim sentidas diz respeito ao facto de não ter tido oportunidade de poder contactar diretamente com a administração de determinada terapêutica que quero inicialmente implementar no âmbito da área de intervenção, nomeadamente cetamina. Ademais, existe pouca bibliografia acerca da administração por bólus de cetamina por via SC, contrariamente ao que acontece com o midazolam ou morfina. Apesar dessa contrariedade, a colaboração e entusiasmo demonstradas pela equipa médica para com esta área de intervenção permite que se possa ajustar e adaptar a informação existente, nomeadamente realizar a transição de dosagem da administração por perfusão contínua de cetamina para administração por bólus.

A necessidade de realizar um pedido formal de autorização à CFT, assim como à Comissão de Ética do hospital onde exerço o meu trabalho, tornou-se um condicionante à celeridade do processo de estudo, avaliação e implementação do projecto no meu contexto laboral, já que tive que reunir e desenvolver um conjunto

de documentação, e validá-lo posteriormente com a Enf<sup>a</sup> chefe e chefe de serviço, antes de enviar para as entidades de direito. Esta foi uma situação da qual não estava a contar no processo de construção e organização da área específica de intervenção, no entanto é perfeitamente compreensível a sua existência, sendo uma salvaguarda e uma exigência da instituição hospitalar, no sentido de proteger a integridade e interesse dos doentes.

Após as diversas e distintas experiências vivenciadas, refletidas e avaliadas nos diferentes contextos de cuidados em ambiente de estágio, pude desenvolver competências relacionadas com distintas áreas do conhecimento e do âmbito do cuidar, rumo a uma convergência das minhas capacidades individuais com o definido pela OE para Enfermeiro Especialista. Para além disso, e em conjunto com um estudo e pesquisa bibliográfica realizados, presenciei, aprendi e absorvi conhecimentos teórico-práticos relativos à administração de terapêutica por via SC, conhecimentos estes essenciais para poder construir, desenvolver e atingir a meta deste meu percurso de aquisição de competências. A utilização deste conhecimento adquirido e auto-avaliado é primordial para poder integrar e justificar de que forma o tema específico de intervenção poderá contribuir para uma melhoria da qualidade e complexidade dos cuidados prestados no meu contexto de trabalho.

Recorrendo aos domínios do cuidado de enfermagem definidos por Benner (2001, p.72), considero ter conseguido ao longo deste percurso de estágio e de relatório de estágio, desenvolver competências em diversos domínios. Ao nível da **função de ajuda**, pude contribuir ativamente nos variados cuidados realizados em contexto de estágio, para além do meu trabalho da área de intervenção ser direcionado para ajudar o doente a vivenciar um menor desconforto advindo de procedimentos invasivos e dolorosos. No **diagnóstico das necessidades dos doentes**, apercebi-me da possibilidade de melhoria dos cuidados em contexto de UCIEP, desenvolvendo atividades no sentido de fornecer uma resposta eficaz e desenvolver um procedimento que fosse de encontro a essa necessidade diagnosticada. No que concerne à **administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos**, usufruí de um contacto direto e prático na punção de via SC e administração de terapêutica por esta via em determinados contextos de Estágio, desenvolvendo

competências nesta área, permitindo aplicá-las no meu contexto de trabalho de forma conhecedora e segura. Também desenvolvi competências no domínio do **acompanhamento da qualidade dos cuidados de saúde**, ao refletir acerca da minha atuação e experiências de cuidados ao longo dos diferentes campos de estágio, utilizando todo o conhecimento adquirido com o propósito de incrementar um trabalho que tem como objetivo a melhoria dos cuidados e um aumento do conforto dos doentes. Por fim, considero ter desenvolvido as minhas competências em **matéria de organização**, nomeadamente na UCIEP, ao experienciar um conjunto de vivências e desenvolvido ações integradas na gestão de recursos humanos e organizacionais, assim como capacidades comunicacionais com variados profissionais de diferentes áreas e hierarquias. Todo este desenvolvimento nos diferentes domínios permitiu-me consolidar conhecimentos já existentes e alcançar outros ganhos cognitivos, desenvolvendo competências de perito numa área específica.

Tendo em conta o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, pude ao longo de todo este percurso adquirir e desenvolver um conjunto de competências e capacidades, que me possibilitaram realizar todo um trabalho mais coerente, justificado, ponderado e com uma visão mais holística e consciente das necessidades dos intervenientes dos cuidados. Baseando-me no Regulamento acima citado, desenvolvi competências integradas nos quatro domínios de competências comuns definidos por este Regulamento. Em relação ao domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, considero ter promovido “práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8649). No que concerne ao domínio da **melhoria contínua da qualidade**, julgo ter concebido, gerido e colaborado em programas de melhoria contínua de qualidade, criando e mantendo um ambiente seguro e terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8649). Acerca do domínio da **gestão de cuidados**, penso ter adquirido uma evolução na gestão dos cuidados, “otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”, adotando a “liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8649). No domínio das **aprendizagens**

**profissionais**, considero ter desenvolvido “o auto-conhecimento e assertividade”, baseando a minha prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8649). Reportando o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, desenvolvi ações e adquiri conhecimentos que me permitiram dar resposta a certas competências, nomeadamente na “gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos”, com repercussão direta na assistência à “pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8656). Estes ganhos também se refletiram na “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica (...), otimizando as respostas” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8656).

No que diz respeito a projetos futuros, após o envio da documentação à CFT e Comissão de Ética, procederei à organização e planeamento das ações de formação em contexto de UCIEP, com a colaboração e participação ativa dos restantes investigadores por mim convidados a integrarem este trabalho. Enquanto se aguarda pela aprovação da aplicação da área de intervenção específica na UCIEP, planeio organizar a realização das três ações de formação previamente delineadas com a Enf<sup>a</sup> chefe. Por fim, após realizadas as formações e o tema a implementar ter sido aprovado pelas entidades hospitalares, pretendo que se inicie a aplicação da administração de terapêutica sedo-analgésica em procedimentos de colocação de CVC em crianças que não possuam cateter venoso periférico. Este processo será acompanhado por um estudo casuístico, previamente consentido de forma escrita pelos cuidadores responsáveis participantes, onde se monitorizará a idade e patologia da criança, local de punção da via SC, assim como a dosagem da terapêutica realizada e a existência ou não do efeito desejado, efeitos secundários e/ou complicações. Concluindo, gostaria de destacar o desenvolvimento pessoal ao longo do curso e do percurso de estágio, para além do desenvolvimento profissional e dedicação pelos cuidados de enfermagem. Termino este trabalho com o sentimento de dever cumprido, mas inteirado da responsabilidade de como futuro enfermeiro especialista continuar a caminhada profissional, no sentido de melhorar a oferta de cuidados de enfermagem para as pessoas doentes e suas famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M.C.B., Ribeiro, J.L.P. (2008). Stress dos Doentes em Cuidados Intensivos. *Revista Referência*. 2 (7), 79-88.

Atkinson C.V., Kirkham S.R. (1999). Unlicensed uses for medication in a palliativecare unit. *Palliative Medicine*. 13. 145-52.

Avilés, R.G., Antinolo, F.G. (2013). *Uso de la via subcutânea en cuidados paliativos*. Monografia Secpal. 56 p. ISBN 978-84-940224-0-1.

Bailey, D.N. (2009). Caring Defined: A Comparison and Analysis. *International Journal for Human Caring*. 13 (1), 16-31.

Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel. 126p. ISBN 9789727575930.

Benítez-Rosario, M.A., Salinas-Martín, A., González-Guillermo, T., Feria, M. (2011). A Strategy for Conversion from Subcutaneous to Oral Ketamine in Cancer Pain Patients: Effect of a 1:1 Ratio. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41 (6), 1098-1105.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Lisboa: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.

Boykin, A., Schoenhofer, S. (2000). Is There Really Time to Care? *Nursing Forum*. 35 (4), 36-38.

Boykin, A., Bulfin, S., Schoenhofer, S., Baldwin, J. & McCarthy, D. (2005). Living Caring in Practice: The Transformative Power of the Theory of Nursing as Caring. *International Journal for Human Caring*, 9 (3), 15-19.

Caballero, M. (2006). Tratado de administración parenteral. *Madrid: Difusión avances de enfermería*.

Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1 (37), 1-4.

Cattani, R.B. & Girardon-Perlini, N.M.O. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 6 (2), 254-271.

Cowan, M. (Agosto 2007). Subcutaneous therapy. *Nursing standard*, 21 (50), 59.

Direção Geral do Ensino Superior (2000). Descritores de Dublin, de processos de Bolonha – objectivos e linhas de acção. Obtido em 26 de Maio de 2012, disponível em:

<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>

Fernandes, D. O atendimento à criança na Urgência Pediátrica. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos>

Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro Instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-am Enfermagem*, 371-375.

Gomes, D.O. *et al* (Julho 2011). Punção venosa pediátrica: uma análise crítica a partir da experiência do cuidar em enfermagem. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 287-296.

Jassal, S.S. (2013). *Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care – The Rainbows Childrens' Hospice Guidelines*. Together for Short Lives. 174 p. ISBN: 1 898447284.

Khan M., Younger G. (Março 2007). Promoting safe administration of subcutaneous infusions. *Nursing Standard*, 21 (31), 50-56.

Kolcaba, K. (1992). The concept of comfort in an environmental framework. *Journal of Gerontological Nursing*, 18 (6), 33-38.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic Comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.

Kolcaba, K. (1997). The Comfort Line. Disponível em:

<http://www.thecomfortline.com/>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company.

Lerch, C., Park, G. R. (1999). Sedation and analgesia. *British Medical Bulletin*. 55 (1), 76-95.

Lidstone, V., Delaney, J., Hain, R. & Jassal, S.S. (2006). Paediatric Palliative Care Guidelines. *The South West London, The Surrey, West Sussex and Hampshire, The Sussex Cancer Networks and The Northern Ireland Palliative Medicine Group*.

Locsin, R., Purnell, M. (2007). Rapture and Suffering with Technology in Nursing. *International Journal for Human Caring*, 11 (1), 38-42.

Lupi, M. & Pettengill, M.A.M. (Dezembro 2008). Manual de orientações à família da criança sobre cuidados com cateter venoso central semi-implantado no domicílio. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.*, 8 (2), 73-81.

Márquez M.P.R. (2010). *Guía Clínica. Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos*. Extremadura: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura.

Martin, P. (2001). *A mente doente: cérebro, comportamento, imunidade e doença*; trad. de M. A. Costa. Lisboa: Bizâncio.

Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, D.A.K.H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 23(1), 12–28.

Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory, Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Company Publishing.

Menahem, M. D. S. & Pesach, S. M. D. (2001). Hypodermoclysis: an alternative infusion technique. *American Family Physician*, 9, 1575-1578.

Menezes, M.S. (2006). Tratamento da dor em Pediatria. *Medicina Perioperatória*. 1202-1204.

Merskey, H., Albe-Fessard, D.G., Bonica, J.J., Carmon, A., Dubner, R., Kerr, F.W.L., Lindblom, U., Mumford, J.M., Nathan, P.W., Noordenbos, W., Pagni, C.A., Renaer, M.J., Sternback, R.A., Sunderland, S. (1979) Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. *Pain*, (6). 249-52.

Molina, R.C.M., Varela, P.R.L., Castilho, S.A., Bercini, L.O. & Marcon S.S. (Setembro 2007). Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. *Esc Anna Nery R Enferm*, 11 (3), 437-444.

Moreno, E.A.C. (Outubro de 2011). O Alívio da Dor na Criança Submetida a Punção Venosa Periférica: Utilização de Creme Anestésico.

Naylor, C., Azevedo, E.F., Nunes, M.G.S. (2009). Terapia subcutânea no Câncer avançado – Série Cuidados Paliativos. *Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer – INCA*. 32p. ISBN 978-85-7318-146-31.

Neto, I.G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Medicina Interna*, 16 (4), 277-283.

NHS Lothian (2010). Palliative Care Guidelines: Ketamine. Disponível em <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/documents/Ketaminefinal.pdf>

Objetivos e Competências do CMEPSC (2010). Extrato do processo apresentado e aprovado pela Agência Nacional de Acreditação do Ensino Superior (A3Es) com o nº NCE/09/01932, (21/06/2010).

Okada, M., Teixeira, M.J., Tengan, S.K., Bezerra, S.L., Ramos, C.A. (2001). Dor em Pediatria, *Rev. Med. (São Paulo)*. 80 (1), 135-156.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Academia do Design.

Paiva, C. (2011). *Qualidade e Satisfação dos utentes da Urgência Pediátrica do CHT-V, EPE*. Escola Superior de Saúde de Viseu. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Criança e Adolescente. Viseu.

Pavis H., Wilcock A. (2001). Prescribing of drugs for use outside their licence in palliative care: survey of specialists in the United Kingdom”, *BMJ*; 323 (7311), 484-485.

Pereira, A. & Piedade, A. & Coelho, E. (2005). Hipodermóclise: uma técnica do passado com futuro. *Sinais Vitais*, 61, 41-44.

Pimentel, M.H. (Abril 2001). Mitos e ideias incorretas acerca da dor na criança. *Nursing, Lisboa*. 154, 30-32.

Pontalti, G. *et al* (2012). Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. *Rev HCPA*, 32 (2), 199-207.

Porta, J. & Batiste, X. & Tuca, A. (2008). *Control de síntomas en pacientes com cáncer avanzado y terminal* (2ª ed.). Madrid: Arán Ediciones, S.L.

Portero, C. & Viegas, M. (2011). Via Subcutânea: Uma Nova Alternativa? In *1ª Jornadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, Portimão.

Price J., McNeilly P., & Surgenor M. (2006). Breaking bad news to parents: the children's nurse's role. *Internacional Journal of Palliative Nursing*. 12(3), 115-120.

Puntillo, K. A. (1990). Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart & Lung*. 19 (5), 526-533.

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Aprovado em D.R. II série N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011 o Regulamento n.º 122/2011 (8648-8653)

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica - Aprovado em D.R. II série N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011 o Regulamento n.º 124/2011 (8656-8657)

Rodrigues, M. H. R. (2011). Vulnerabilidade ao Stress em Familiares de Doentes Críticos.

Rogers. A.C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*. 27, 65-72.

Ross, J.R., Saunders, Y., Cochrane, M. & Zeppetella. (2002) A prospective, within patient comparison between metal butterfly needles and Teflon canulae in subcutaneous infusion of drugs to terminally ill hospice patients. *Palliative Medicine*, 16, 13-16.

Ruivo, M. A., et al. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista percursos*.

Salgado, A.M. de S., Maranhão, D.G. (2002) Uso e benefício do brinquedo terapêutico em procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de saúde. *Revista de Enfermagem UNISA*. 3, 5-7.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referências*, 59.

Scanlon, A., Lee, G.A. (2006). The use of the term vulnerability in acute care: why does it differ and what does it mean?. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24 (3), 54-59.

Singer, Y., Bachner, Y.G., Shvartzman, P. & Carmel, S. (2005). Home Death – The Caregivers' Experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30 (1), 70-74.

Steinhauser, K.E. *et al* (2001). Preparing for the End of Life: Preferences of Patients, Families, Physicians, and Other Care Providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22 (3), 727-737.

Takaki, C. & Klein, G. (2010). Hipodermóclise: o conhecimento do enfermeiro em unidade de internação. *ConScientiae*, 9, 486-496.

Torre, M.C. (2002). Subcutaneous infusion: non-metal cannulae vs metal butterfly needles. *British Journal of Community Nursing*, 7 (7), 365-369.

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. 2ª ed. rev. e ampl. Lisboa: Climepsi Editores. 207 p. ISBN 972-796-093-6.

Urden, Linda D., Stacy, Kathleen M., Lough, Mary E. *Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção*. 5.ª ed. Loures : Lusociência, cop. 2008. XXV, 1265 p. ISBN 978-989-8075-08-6.

Watanabe, S., Pereira, J., Hanson, J., Bruera, E. (1998). Fentanyl by Continuous Subcutaneous Infusion for the Management of Cancer Pain: A Retrospective Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 16 (5), 323-326.

Yava, A., Tosun, N., Unver, V., Cicek, H. (2010). Patient and Nurse Perceptions of Stressors in the Intensive Care Unit, *Stress and Health*. 27, 36-47.

Yoo, J.S., Lee, J.H. & Chang, S.J. (2008). Family Experiences in End-of-Life Care: A Literature Review. *Asian Nursing Research*, 2 (4), 223-234.

## APÊNDICES

Apêndice I: Plano de Atividades – UCIEP

- Falar com a médica Chefe de Serviço (Dr<sup>a</sup> Helena Isabel), expondo os objetivos e premissas do Projeto, com um discurso mais formal e planeado – 1h;
- Convidar formalmente Dr<sup>a</sup> Clara e Abadesso (já anteriormente referindo disponibilidade para colaborar no Projeto), para além de 2 enfermeiras da equipa de UCIEP, para integrarem o grupo de investigação ligado à temática tratada no Projeto – reunião inicial para apresentar o conteúdo e objetivos do Projeto, definindo o rumo do trabalho a realizar e atribuindo funções a cada um dos elementos – 2h;
- Reunir-me com a responsável da farmácia do Hospital (Dr<sup>a</sup> Rita Brito), juntamente com a Enf<sup>a</sup> Chefe, para expor o meu Projeto e pedir colaboração no esclarecimento e informação acerca da diferente medicação que pretendo inicialmente realizar por via SC – 2h;
- Após falar e expor intenção à Enf<sup>a</sup> Chefe, contactar fabricantes das agulhas SC Teflon®, de forma a ter conhecimento dos custos que o seu material acarretaria – 1h;
- Pesquisar mais informação bibliográfica acerca das temáticas que irei querer desenvolver para a implementação do Projeto – 10h;
- Delinear uma apresentação, a ser posteriormente apresentada em contexto da Unidade, para dar a conhecer o conteúdo do meu Projeto e a importância para a melhoria dos cuidados na Unidade – pedir colaboração e atualizando acerca do desenvolvimento do trabalho, tanto com a Enf<sup>a</sup> Chefe como com o grupo de trabalho constituído (se já formado) – 20h;
- Planear com a Enf<sup>a</sup> Chefe quando e quantas ações de formação serão apropriadas realizar em contexto de Serviço – 1h.