



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Perceção dos Enfermeiros acerca da utilização da via subcutânea na pessoa em fim de vida

Fernanda Senra Silva



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Fernanda Senra Silva

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

**Perceção dos Enfermeiros acerca da utilização
da via subcutânea na pessoa em fim de vida**

I Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof. Doutora: Maria Manuela Cerqueira

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Manuela Cerqueira pelo empenho, rigor e objetividade na condução deste trabalho. Sem margem de dúvida que o seu interesse, a sua preocupação e disponibilidade foram determinantes na concretização do mesmo.

À Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar Médio Ave, pelo acolhimento, pelo espírito de equipa, pela troca de experiências, pelos momentos de discussão, imprescindíveis na resolução de obstáculos que foram surgindo ao longo de todo o trabalho.

À Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital Santa Maria Maior, da qual sou parte integrante, pela compreensão, convicção e entusiasmo para que concluísse este percurso.

À minha família, em particular ao Daniel, pelo incentivo e compreensão do tempo dedicado a este fim, pelas opiniões esclarecidas e ajuda na revisão do texto.

Aos amigos pelas palavras sábias e confortantes nos momentos de maior aperto.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização desta investigação.

Estou grata pela oportunidade, e por tudo o que, todos os dias, aprendo com a pessoa doente e famílias.

Aos meus filhos, José e Laura!

“Não quero possuir a terra mas ser um com ela. Não quero possuir nem dominar porque quero ser: esta é a necessidade. Com veemência e fúria defendo a fidelidade ao estar terrestre. O mundo do ter perturba e paralisa e desvia em seus circuitos o estar, o viver, o ser. Dai-me a claridade daquilo que é exatamente o necessário. Dai-me a limpeza de que não haja lucro. Que a vida seja limpa de todo o luxo e todo lixo. Chegou o tempo da nova aliança com a vida”.

“Dai-me a casa vazia”, Sophia de Mello Breyner, Inédito, sem data.

RESUMO

Os cuidados paliativos são uma abordagem que promove a qualidade de vida da pessoa doente e sua família diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Assim, cuidar numa perspectiva de cuidados paliativos envolve compromisso, disponibilidade, criar laços de confiança, fomentar a comunicação e interação, envolver e apoiar a família no processo de doença e do luto, saber gerir sintomas como uma doença em si e trabalhar em equipa. Neste sentido, dando continuidade ao processo de ensino/aprendizagem, optámos por realizar um estágio de natureza profissional numa equipa intra hospitalar de suporte em cuidados paliativos com o objetivo de desenvolver competências comuns e específicas na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa.

O presente relatório do estágio de natureza profissional procura apresentar uma reflexão crítica e analítica do processo de aprendizagem e da aquisição de competências. No sentido, de alcançar estes objetivos, mobilizamos metodologias ativas, participativas, conhecimentos teóricos adquiridos no 1º ano do curso de mestrado recorrendo a evidências científicas.

O estudo de investigação debruçou-se sobre uma necessidade do contexto da prática clínica e versou a temática: A percepção dos enfermeiros/as acerca da utilização da terapêutica subcutânea na pessoa doente em fim de vida. Este estudo tem a finalidade de contribuir para uma melhoria da qualidade de cuidados prestados numa perspectiva de cuidados paliativos especializados privilegiando a via subcutânea no cuidar da pessoa doente em fim de vida. Assentou no paradigma quantitativo, utilizamos um questionário para a recolha de dados e estes foram submetidos a tratamento através do SPSS. Verificamos, ser premente a dinamização de formação aos profissionais de saúde no contexto da prática clínica, sendo potenciadoras de mudanças/ inovação no cuidar.

A nível do desenvolvimento de competências específicas a nossa prática clínica assentou nas dimensões essenciais dos CP, nomeadamente: gestão de sintomas; comunicação/interação; trabalho em equipa, apoio à família e acompanhamento no processo de luto, respeitando os princípios éticos, deontológicos e legais e adotando modelos de cuidados centrados na pessoa doente e família considerando-os como uma unidade de cuidados.

Palavras-chave: cuidados paliativos; competência clínica; enfermagem especializada; terapêutica subcutânea.

ABSTRACT

Palliative Care is an approach that promotes the quality of life of the sick person and their family in the face of diseases that threaten the continuity of life. Thus, caring from a palliative care perspective involves commitment, availability, create bonds of trust, foster communication and interaction, involve and support the family in the illness and grief process, know how to manage symptoms as a disease in itself and teamwork. In this sense, continuing the teaching/learning process, we chose to carry out a professional internship in an intra-hospital support team in palliative care with the aim of developing common and specific skills in the area of nursing for the person in palliative situation.

This professional internship report seeks to present a critical and analytical reflection of the learning process and the acquisition of competences. In order to achieve these goals, we mobilize active, participatory methodologies, theoretical knowledge acquired in the 1st year of the master's course, using scientific evidence.

The research study focused on a need in the context of the clinical practice and addressed the theme: The perception of nurses about the use of subcutaneous therapy in the sick person at the end of life. This research has as a purpose to contribute to an improvement in the quality of care provided in a perspective of specialized palliative care, privileging the subcutaneous injection in the end-of-life patient caring. Based on the quantitative paradigm, we used a questionnaire to collect data and these were submitted to treatment through SPSS. We verified that the promotion of training to health professionals in the context where the internship is being carried out is urgent, being drivers of changes/innovation in care.

In terms of developing specific skills, our clinical practice was based on the essential dimensions of palliative care, namely: symptom management; communication/interaction; teamwork, family support and monitoring in the grieving process, respecting ethical, deontological and legal principles and adopting care models centered on the sick person and family, considering them as a unit of care.

Key words: palliative care, clinical competence, specialized nursing, subcutaneous therapy

SIGLAS

CDE - Código Deontológicos dos Enfermeiros

CHMA - Centro Hospitalar Médio Ave

CP - Cuidados Paliativos

EAPC - European Association for Palliative Care

EC CI- Equipa de Continuidade de Cuidados Integrados

EIHSCP - Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ESAS- Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

HSJD - Hospital São João de Deus

HSJD- Hospital São João de Deus

ICN - International Council of Nurses

LBCP - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos

MCDT- Meios Complementares de Diagnóstico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

POS-S- Palliative Outcome Scale - Sintomas

PPS - Palliative Performance Scale

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

WHPCA - Worldwide Hospice Palliative Care Alliance

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	v
RESUMO.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
SIGLAS.....	xv
ÍNDICE.....	xvii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xix
ÍNDICE DE TABELAS.....	xxi
INTRODUÇÃO.....	1
1. O INÍCIO DO PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	7
2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	13
2.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	17
3. DIMENSÃO INVESTIGATIVA.....	19
3.1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO.....	21
3.2. CONCEITOS CENTRAIS DO ESTUDO.....	24
3.2.1. Cuidados paliativos - conceito e filosofia.....	24
3.2.2. O papel da via subcutânea na melhoria da qualidade de vida.....	25
3.2.3. Papel do enfermeiro na administração de medicação pela via subcutânea.....	27
3.3. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	29
3.3.1. Tipo de Estudo.....	30
3.3.2. População e Amostra.....	31
3.3.3. Instrumentos de Recolha de Dados.....	33
3.3.4. Procedimento de Tratamento da Informação.....	34
3.3.5. Considerações éticas.....	35
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	37
4.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	39
4.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	52
5. CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	55
6. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDOS NO ENP.....	59

6.1. ÁREA DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM CP	61
6.1.1. Gestão de sintomas.....	68
6.1.2. Comunicação em Cuidados Paliativos.....	79
6.1.3. Trabalho em Equipa	82
6.1.4. Apoio à família.....	85
6.1.5. Ética em Cuidados Paliativos	90
6.2. FORMAÇÃO EM CP.....	93
6.3. GESTÃO EM CP	95
CONCLUSÃO GERAL.....	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
APÊNDICES.....	115
APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO: AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA NO DOENTE EM FIM DE VIDA	117
APÊNDICE II - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	127
APÊNDICE III - PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO	131
APÊNDICE IV - CONTEÚDO FORMATIVO.....	135
APÊNDICE V - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	149
APÊNDICE VI - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	155
APÊNDICE VII - GUIA INFORMATIVO: TERAPÊUTICA TRANSDÉRMICA	161
APÊNDICE VIII - PROCEDIMENTO DE UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA.....	165
ANEXOS.....	175
ANEXO I - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON	177
ANEXO II - ESCALA PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE	181
ANEXO III - DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	185

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Etapas do estudo de investigação quantitativo (Polit & Beck, 2019).	29
Figura 2. Dor total, segundo Cicely Saunders. Adaptado de Sapeta (2007).....	72
Figura. 3. Abordagem da dispneia. Adaptado de Kamal et al., 2012.....	75

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1. - Caracterização da amostra.	32
Tabela 2. - Frequências das respostas à pergunta da definição de hipodermóclise....	40
Tabela 3. - Frequência das respostas à pergunta dos métodos de aquisição de conhecimentos.....	40
Tabela 4. - Frequências das respostas à pergunta das vantagens da utilização da via subcutânea.	41
Tabela 5. - Frequências das respostas à pergunta da indicação para a utilização da via subcutânea.	42
Tabela 6. - Frequências das respostas à pergunta acerca das contraindicações para a utilização da via subcutânea.	43
Tabela 7. - Frequências das respostas à pergunta sobre as complicações relativas à utilização da via subcutânea.	44
Tabela 8. - Frequências das respostas à pergunta acerca do volume máximo administrado por via subcutânea.	44
Tabela 9. - Frequência das respostas à pergunta sobre utilização da via subcutânea nos serviços.....	45
Tabela 10. - Frequência das respostas à pergunta acerca da técnica de colocação do cateter subcutâneo nos últimos 5 anos.	45
Tabela 11. - Frequências das respostas à pergunta sobre a utilização da técnica em contexto domiciliário.	46
Tabela 12. - Frequência das respostas à questão dúvidas acerca da técnica na colocação do cateter subcutâneo.....	46
Tabela 13. - Frequência das respostas à pergunta acerca da importância da formação.	47
Tabela 14. - Relação entre a idade e como adquiriu conhecimentos sobre hipodermóclise.....	47
Tabela 15. - Relação entre a idade e quantas vezes realizou a técnica de colocação do cateter subcutâneo nos últimos 5 anos.	48
Tabela 16. - Relação entre experiência profissional e os fatores, que levam à pouca utilização no serviço.....	49
Tabela 17. - Relação entre experiência profissional e dúvidas acerca da colocação do cateter subcutâneo.	50
Tabela 18. - Relação entre experiência profissional e a indicação para a utilização da via subcutânea.....	51

A Pessoa procura durante a sua existência dar sentido à vida, atribuindo valor à experiência de estar vivo e, como tal, jamais pensa na sua finitude (Heintzelman & King (2019, 2014); Hill, 2018). O sentido da vida é uma necessidade humana. Quando a pessoa se confronta com uma doença grave, com uma incapacidade ou com a possibilidade da morte num curto espaço de tempo, desencadeia uma variabilidade de emoções e sentimentos. Estes fatores vão exigir ao profissional de saúde, nomeadamente ao enfermeiro, competências e habilidades para lidar com a dimensão emocional, sobretudo saber intervir no sofrimento presente nesta etapa da vida, assim como, intervir nas outras dimensões da pessoa como um ser subjetivo e individual.

Desta forma, torna-se fundamental reconhecer a importância dos Cuidados Paliativos (CP) como uma abordagem de cuidados ativos, multidimensionais, focados na pessoa doente e família como sujeito de cuidados (Al-Marenzi & Al-Mandhari, 2016).

Em 2018, através da Lei nº 31/2018 (2018), estabeleceu-se os Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Desta forma, os CP são cuidados reconhecidos como um direito e essenciais para a pessoa doente com uma doença grave, progressiva e terminal. No entanto, estes são prestados já numa fase muito tardia em unidades hospitalares de internamente orientados para a pessoa com doença aguda (Kozlov, Cai, Sirey, Ghesquiere & Reid, 2018). Ou seja, estas unidades de internamento, estão focadas para uma medicina essencialmente curativa, com aposta na tecnologia, direcionada para fornecer à vida mais quantidade de dias do que apostar na qualidade desses dias.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), define CP como, cuidados que procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas físicos, psicológicos, sociais ou espirituais. É fundamental, continuarmos a investir na formação em CP, em melhorar as condições para as equipas de saúde trabalharem no terreno, pois só assim, os CP poderão chegar a um maior número de pessoas que deles necessitam.

Desta forma, emerge a necessidade dos enfermeiros desenvolverem habilidades e competências técnicas, científicas e humanas (Achora & Labrague, 2019). Para isso, é fundamental o reforço na formação em CP. O ICN (2020), vem salientar que o conhecimento refere-se ao “conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência; levando ao conhecimento e reconhecimento da informação”. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019), o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica

e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p.4744) e, especificamente no que se refere à Especialidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa ele:

- a) Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- b) Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto (Regulamento n.º 429/2018, 2018)).

Efetivamente, a apropriação de um domínio específico de enfermagem reforça a visão holística e contextual da pessoa e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de enfermagem (OE, 2019).

A nossa opção recaiu pela realização do Estágio de Natureza Profissional (ENP) numa Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar Médio Ave, EPE, (CHMA, EPE) devido não só aos pressupostos anteriormente referidos, como também às evidências científicas da nossa experiência profissional e às nossas vivências como estudantes em estágios realizados anteriormente. Estes estágios, realizaram-se em contexto de internamento, na unidade de cuidados paliativos (UCP) de San Camilo de Três Cantos, em Madrid e na UCP do Instituto Português de Oncologia, Porto (IPO). Realça-se, que com a sua realização obtivemos habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção assente nas necessidades efetivas da pessoa doente e família. Estes pontos, foram impulsionadores para o treino de uma reflexão crítica e analítica. Na prática clínica, favoreceu as tomadas de decisão partilhadas e perfilhadas por todos na equipa de saúde. Contudo, imperando a necessidade de desenvolver novas competências em outros contextos de prestação de CP, optamos pela realização do ENP que integrou o 1º semestre do 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa na EIHSCP.

A experiência profissional como enfermeira generalista numa EIHSCP exigiu que desenvolvesse este ENP, num contexto similar à prática do exercício profissional, na perspetiva de que com o conhecimento de vários contextos de prestação de cuidados favorece o desenvolvimento de competências diferenciadas.

Para elaboração do presente relatório utilizou-se uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva, recorrendo à pesquisa das evidências científicas atuais para a respetiva fundamentação.

Estruturalmente, o presente documento baseia-se na descrição do estágio efetuado para a aquisição de competências especializadas na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Este relatório encontra-se organizado em três capítulos: o primeiro capítulo enceta a caracterização do contexto do estágio, o segundo capítulo refere-se à dimensão investigativa, e o terceiro capítulo refere-se às atividades e competências desenvolvidas no ENP.

As citações e as referências bibliográficas apresentadas estão de acordo com as normas da *American Psychological Association (APA)*.

**1. O INÍCIO DO PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS**

Uma medicina cada vez mais avançada, favorece o aumento da esperança média de vida, e com ela maior longevidade e maior cronicidade das doenças. Esta cronicidade, apela para cuidados mais complexos exigindo intervenções mais específicas e, como tal, cuidados mais especializados no âmbito dos CP. Neste sentido, prestar CP em diferentes contextos da prática clínica exige intervenções alicerçadas numa visão holística da pessoa doente e família. Para isso, tal como menciona Capelas et al., (2017), no delinear das nossas intervenções temos que respeitar os valores em que assentam os CP, são eles:

- Autonomia: a pessoa é única e autónoma e deve manter a sua autodeterminação com vista à tomada de decisão;
- Dignidade: cuidados sensíveis aos valores, crenças, cultura, religião e leis da região/país;
- Relacionamento doente-profissional: os profissionais de saúde devem estabelecer uma relação empática e de ajuda com o doente e sua família.
- Qualidade de vida: alcançar o melhor índice possível e promover a sua manutenção.
- Posição face à vida e à morte: no respeito pela individualidade da vida humana.
- Comunicação: requisito essencial para CP de qualidade.

Também, Luís, M. et al., (2020) referiam que, para prestar CP que tragam ganhos em saúde para a pessoa doente e família, o “modelo ideal seria baseado numa avaliação sistematizada e objetiva de necessidades, permitindo selecionar os doentes certos, na altura certa, otimizando a utilização de recursos e promovendo um acesso equitativo” (p.9).

Neste sentido, perante a exigência e complexidade dos cuidados nos diferentes contextos dos CP e a crescente diferenciação das áreas de conhecimento em enfermagem é de extrema importância o desenvolvimento e certificação de competências, de forma a responder adequadamente às necessidades e expectativas de cuidados de saúde da população (OE, 2019). Assim, o estágio revela-se como um período crucial para aquisição de competências pois, é no contexto da prática clínica que surge o seu desenvolvimento. Refere Marques, D. (2002) que a competência “enraíza-se nas situações de trabalho, pondo em relação a acção, o actor e os contextos, situados num espaço, num tempo, numa cultura e numa história”(p.8), e como tal, só conseguimos desenvolver essas competências no contexto da prática.

A *European Association for Palliative Care* (EAPC) (2013), define competência como: “(...) um agregado de conhecimentos relacionados, habilidades e atitudes, que afeta

uma parte importante de um posto de trabalho (papel ou responsabilidade), que se correlaciona com o desempenho no trabalho, que pode ser medido perante padrões bem aceites e que pode ser melhorado via formação e desenvolvimento” (p.90).

As dez competências centrais para a prática clínica em CP fulcrais para todos os profissionais de saúde, definido pela EAPC são:

1. Aplicar os constituintes centrais dos cuidados paliativos, no ambiente próprio e mais seguro para os doentes e famílias;
2. Aumentar o conforto físico durante as trajetórias de doença dos doentes;
3. Atender às necessidades psicológicas dos doentes;
4. Atender às necessidades sociais dos doentes;
5. Atender às necessidades espirituais dos doentes;
6. Responder às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo;
7. Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos;
8. Implementar uma coordenação integral do cuidar e um trabalho de equipa interdisciplinar em todos os contextos onde os cuidados paliativos são oferecidos;
9. Desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos cuidados paliativos;
10. Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional” (EAPC, 2013).

A nossa experiência profissional ao longo destes 13 anos e, neste últimos anos como coordenadora de uma equipa de suporte em cuidados paliativos a nível hospitalar, impulsionou para a realização do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa para desta forma, participar ativamente na gestão de cuidados e de recursos humanos e materiais. Realça-se, que ao longo do nosso percurso profissional foi cumprido o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE). Este mesmo CDE refere no seu artigo 97º que “Os enfermeiros estão obrigados a exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, devendo adotar medidas que visam melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. Daí Vieira, M. (2017) concluir que “os enfermeiros devem ser competentes e estarem atualizados para agirem sempre de acordo com a *leges artis*” (p.89).

Para se prestar CP é necessário, tal como defende Vieira, M. (2017), termos uma base sedimentada na investigação, pois só assim os enfermeiros responderão ao desafio de obter melhores resultados para a pessoa doente. Exigindo deste modo, uma atualização permanente, assim como, um investimento pessoal na aprendizagem ao longo de toda a sua carreira profissional. Neste sentido, é fundamental o desenvolvimento de competências especializadas em CP que se iniciou no 1º ano do curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

O enfermeiro especialista é um enfermeiro de prática avançada que fornece aconselhamento clínico especializado e cuidados com base em diagnósticos estabelecidos em campos clínicos especializados, juntamente com uma abordagem de sistemas como membro de uma equipa de saúde (ICN, 2020).

Segundo a ICN (2020) este enfermeiro especialista oferece, assim, serviços de saúde com base em conhecimentos avançados e especializados e experiência no cuidado à pessoa doente ou populações complexas e vulneráveis. É de realçar, que o enfermeiro especialista tem um papel relevante na formação a outros profissionais de saúde e no apoio à equipa interdisciplinar, além de facilitar a mudança e a inovação nos sistemas de saúde. De facto, com este profissional de saúde, fortalece-se o de ligação na equipa de saúde e espera-se que execute intervenções ajustadas, eficientes e eficazes de acordo com as necessidades da pessoa doente e família. Evidentemente, que terá que ter em conta o limite das suas competências, procurando uma abordagem em equipa de forma a alcançar ganhos em saúde, preservando a dignidade da pessoa doente, tal como preconizado pela OE (2005).

A pessoa que enfrenta a última etapa da vida exige cuidados multidimensionais, o enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro especialista, este deve privilegiar intervenções que visem essencialmente o conforto e a minimização do sofrimento presentes e, como tal, é primordial uma aposta efetiva na formação (Mota, C. & Beça, H. (2022). Realçamos ainda que, prestar CP em unidades de saúde ou equipas de saúde vocacionadas para a prestação de CP requer formação avançada/especializada em CP dos profissionais de saúde, de forma a que estes adquiram “competência ao nível de perito, ou seja, aquele que sabe administrar uma situação profissional complexa; sabe agir e reagir com pertinência: sabe combinar recursos e mobilizá-los num contexto; sabe transpor; sabe aprender, aprender à aprender e sabe envolver-se. O desenvolvimento das competências acontece na progressão da experiência, particularmente dos recursos incorporados no profissional: os saberes (teóricos, do meio, procedimentais),

o saber-fazer (formalizados, empíricos, relacionais, cognitivos), as aptidões ou qualidades, fisiológicas e emocionais (Sapeta, P., 2020).

O desafio reside assim, em considerar “a pessoa doente em fim de vida e família como uma unidade a cuidar, isto é, como um sistema único, que fomenta a informação, que se preocupa com a qualidade e não com a quantidade de vida, que assegura a continuidade dos cuidados de acordo com as necessidades/dificuldades individuais” (Cerqueira, 2010, p.214). Partindo destes pressupostos, enveredamos a nossa opção por um ENP, na medida em que defendemos um cuidar humano, valorizando a vida e a morte e em que a morte faz parte da vida, dando deste modo sentido à vida da pessoa na sua circunstância.

De facto, a realização do ENP no CHMA, EPE, favoreceu o processo de desenvolvimento de habilidades e competências em contexto da prática clínica, revelando-se como um espaço-tempo facilitador de um processo transacional de enfermeiro generalista para enfermeiro especialista, consolidando todo o processo formativo (OE,2021). Realçamos ainda que, o ENP foi organizado de modo a prestar cuidados especializados em contexto hospitalar de forma a desenvolver competências nas várias dimensões da intervenção.

Em Diário da República, foi publicado ao abrigo do artigo nº4 o regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. As competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa são:

- Cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

No domínio da prática clínica o enfermeiro:

- Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares;
- Promove intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares;
- Envolve cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades;

- Reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de uma forma eficaz;
- Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio (Regulamento n.º 188/2018)

No caminho até à atribuição do título de especialista tornou-se fundamental todo o envolvente do processo de ensino/aprendizagem para o desenvolvimento de competências preconizadas para o ENP. O presente relatório tem como objetivos descrever as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e avaliá-las de forma crítica e reflexiva, apresentando os objetivos a que nos propusemos atingir.

**2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA
PROFISSIONAL**

Realidade (do latim realistas isto é, "coisa") significa em uso comum "tudo o que existe". No seu sentido mais livre, o termo inclui tudo o que é, seja ou não perceptível, acessível ou entendido pela ciência, filosofia ou qualquer outro sistema de análise. Realidade significa a propriedade do que é real. Aquilo que existe. O atributo do existente.

À medida que vamos construindo as nossas relações elas vão depender de um intrincado contexto que ao longo da existência cria a lente entre a aprendizagem e o desejo. Desta forma, o ENP constitui-se num espaço de desenvolvimento de inúmeras oportunidades de aprendizagem e aprofundamento de conhecimentos adquiridos previamente, bem como o desenvolvimento de competências, conforme temos vindo a referir. Salienta a OE (2019), que perante a complexidade que envolve cuidar da pessoa doente sem perspectiva de cura na prática clínica, revela-se fundamental o desenvolvimento e certificação de competências para responder adequadamente às necessidades presentes e expectativas de cuidados de saúde da população.

O presente ENP decorreu entre os meses de março e agosto de 2022 num total de 390 horas presenciais, perfazendo um total de 810 horas. O CHMA, E.P.E. é constituído por duas unidades: a Unidade Hospitalar de Santo Tirso (Hospital Conde de São Bento); e a Unidade Hospitalar de Vila Nova de Famalicão (Hospital S. João de Deus). A área de influência abrange os concelhos de Santo Tirso, Vila Nova de Famalicão e Trofa.

A EIHS CP encontra-se sediada no 3ºP do Hospital São João de Deus (HSJD). A escolha deste local de estágio deveu-se ao facto de este ser um local, conforme previsto no artigo 9.º da Portaria nº 340/2015(2015), que visa essencialmente:

- a) Consulta e acompanhamento de utentes internados no CHMA;
- b) Intervenção psicológica para utentes, profissionais e familiares;
- c) Intervenção e apoio social;
- d) Apoio e intervenção no luto;
- e) Intervenção espiritual;
- f) Assessoria na área dos cuidados paliativos a profissionais de saúde designadamente dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, da respetiva área de Formação em cuidados paliativos.

A EIHS CP é uma equipa multidisciplinar (três médicos a tempo parcial, dois enfermeiros: um a tempo inteiro e outro a tempo parcial, uma psicóloga e uma assistente social, todos com formação na área dos CP), dotada de recursos específicos que se articula de forma complementar com as outras unidades e equipas da instituição de saúde que integra, tal como regulado pelo disposto no Despacho n.º 10429/2014 (2014).

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 8h00 às 16h00. Dispõe de um telemóvel do serviço durante período de funcionamento, o que permite aos familiares e doentes ter maior facilidade de contato para esclarecimento de dúvidas, validação dos cuidados prestados, antecipação de consultas por agravamento do estado clínico do doente, gestão do regime terapêutico, solicitação de envio de receitas, entre outras.

A acessibilidade através de um contato telefónico direto revela-se fundamental, para colmatar as necessidades decorrentes de quem cuida e de quem é cuidado no seu processo de doença. Esta equipa de saúde, reúne semanalmente com o propósito de analisar e discutir casos clínicos, de forma a delinear objetivos comuns e perfilhados para a obtenção de ganhos em saúde.

Conforme referimos acima, a EIHS CP presta aconselhamento e apoio diferenciado em CP especializados a outros profissionais de saúde de vários serviços do hospital, bem como, aos utentes e suas famílias. Presta ainda, assistência na execução do plano individual de cuidados aos utentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua intervenção, nos termos da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP), aprovada pela Lei n.º 52/2012 (2012).

Realça-se, que esta equipa também se articula com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Tal como no disposto na Portaria n.º 340/2015 (2015), onde salienta que compete às equipas locais no seu âmbito de referência:

- g) Proceder à admissão ou readmissão dos doentes com necessidade de cuidados paliativos;
- h) Articular com as outras equipas locais a afetação ou a transferência de doentes, tendo em vista a prestação de cuidados paliativos eficazes, oportunos e eficientes àqueles que, independentemente da idade e patologia, cumpram os critérios definidos pela Comissão;
- i) Articular-se com as Equipas Coordenadoras Regionais da RNCCI;
- j) Definir e concretizar, em relação a cada doente, um plano individual de cuidados;
- k) Divulgar junto da população a informação sobre cuidados paliativos e acesso à RNCP;
- l) Articular-se com os outros prestadores de cuidados de saúde, na sua área de influência.

Queremos realçar que a EIHS CP do CHMA, EPE é uma equipa dinâmica, com profissionais vocacionados e especializados na área dos CP, constituindo um local de aprendizagem: não só a nível da formação especializada como a nível da formação humana e de crescimento pessoal. Desta forma, em equipa multidisciplinar delineou-se um diagnóstico de situação que passamos a apresentar no capítulo que se segue.

2.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Um diagnóstico implica conhecimento científico para uma intervenção em saúde eficiente e eficaz. Efetivamente, realizar um diagnóstico, significa identificar as mudanças que formam uma determinada problemática sobre a qual vamos intervir.

De facto, identificar necessidades implica conhecer o contexto com o qual nos confrontamos, de forma a recolher informações sobre as necessidades presentes de saúde da população, que posteriormente serão alvo de intervenção, possibilitando, deste modo, uma intervenção mais objetiva e célere (Nunes, 2020).

Ao longo do primeiro mês de estágio e integrados na dinâmica da equipa, fomos constatando necessidades que a mesma detinha em algumas áreas de intervenção, nomeadamente na administração de terapêutica por via subcutânea.

Fazendo uma revisão da literatura, verificamos de entre vários estudos que a administração de terapêutica por via subcutânea revelou ser tão eficaz como a medicação administrada por via endovenosa. Para Lobo, F. (2007), “cerca de 60% a 70% dos doentes em CP apresentam no decurso da doença, incapacidade de utilização da via oral, por vários motivos: incapacidade de deglutição, vômitos, oclusão intestinal, confusão/ /agitação/delírio, estado de agonia, entre outros” (p.702). Desta forma, surge a premente necessidade de sensibilizar, pesquisar e formar para a utilização da via subcutânea, como segunda via preferencial em CP.

Nasce assim, a inquietação que inicialmente foi referida pelas equipas prestadoras de cuidados e posteriormente, pela própria EIHS CP. Estas equipas, referiram não terem conhecimento para a mobilização desta técnica. Aquando da nossa participação nos cuidados, incentivamos para a utilização desta via, contudo os enfermeiros referiam medo na sua utilização, desconheciam o procedimento, os seus objetivos, vantagens e desvantagens, bem como os seus objetivos. Realça-se que no plano de formação anual da EIHS CP esta necessidade estava apontada.

Muitos estudos têm demonstrado eficácia semelhante nos fármacos administrados por via subcutânea (SC) quando comparados com os administrados por via endovenosa.

Vários autores salientam também que, “uma das causas da utilização da técnica subcutânea ser pouco utilizada prende-se com o facto de ainda existir desconhecimento e falta de prática na sua colocação”. (Perera et al., 2011, p. 155). Para Santos et al. (2020), “formar recursos humanos que atendam à realidade das necessidades de saúde é um desafio a ser enfrentado pelas instituições de ensino, que, devem extrapolar as técnicas de administração de fármacos mais tradicionais”(p.3).

De forma a poder dar resposta às necessidades efetivas da pessoa doente e família, traçamos como objetivos para este estágio:

- Desenvolver competências técnico-científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação paliativa;
- Desenvolver competências na área da comunicação em CP;
- Desenvolver competências técnico-científicas e humanas de apoio e acompanhamento familiar;
- Desenvolver competências a nível do trabalho em equipa e na tomada de decisão;
- Desenvolver competências na área da formação em CP;
- Desenvolver competências na área da gestão em CP;
- Desenvolver competências de investigação em CP.

E assim, embarcamos no desafio de desenvolver um estudo de investigação acerca da utilização da terapêutica subcutânea no doente em fim de vida, na tónica de fundamentar as reais necessidades da equipa de saúde, e com os resultados, traçar um plano de acção.

3. DIMENSÃO INVESTIGATIVA

A enfermagem, como disciplina e como profissão, possui um leque de conhecimentos, resultantes da investigação do seu objeto de estudo (Tomey & Alligood, 2004). A investigação desempenha “um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados” (Fortin, 1999, p. 31). Neste sentido, todo este capítulo é dedicado ao processo que envolve a investigação acerca da problemática à qual pretendemos estudar: A percepção dos enfermeiros acerca da utilização da via subcutânea.

Realça-se que prestar CP exige não só competências cognitivas, técnicas e humanas bem como, é fundamental produzir conhecimento através da investigação em contexto clínico. Alguns autores salientam, que os CP quando comparados com outras áreas de especialidade ainda estão numa fase embrionária, ou seja em crescimento, que necessitam de uma grande aposta na investigação e em evidências científicas que os fundamentam. A investigação em CP é essencial, não só para a promoção de uma prática de cuidados baseada em evidência, como também, para informar as políticas de saúde e de educação dos profissionais de saúde e melhorar a literacia dos cidadãos nesta matéria. Efetivamente, a contínua expansão e desenvolvimento dos CP e a sua integração nos sistemas de saúde implicam a realização de investigação de elevada qualidade e rigor científico, sendo fundamental um planeamento estratégico.

Para levar a cabo investigação com elevado rigor científico, “a escolha dos métodos e técnicas constitui uma etapa relevante do processo de investigação, aquela em que operacionalizamos, em que concretizamos, uma estratégia para responder à questão que desejamos esclarecer” (Alvarés, 2021, p.5).

Com o intuito de aprofundar a problemática de forma clara e com tarefas bem definidas (Alvarés, 2021), neste capítulo é definida a problemática do objeto de estudo, as opções metodológicas (tipo de estudo, população e amostra, instrumento de recolha de dados, procedimento de tratamento dos dados e questões éticas que sustentam o estudo e por fim, a apresentação, análise e discussão dos resultados.

3.1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

Nos dias de hoje, focarmos em cuidados de saúde de qualidade exige considerar a gestão dos sintomas com um papel fundamental na melhoria dos cuidados de saúde, com reflexos evidentes no aumento da qualidade de vida da pessoa doente.

Para obter um controlo adequado dos sintomas, é essencial uma correcta avaliação que, segundo Neto (2006) deve assentar nos seguintes princípios:

- avaliar antes de tratar – identificação da causa e do mecanismo fisiopatológico que está na origem do sintoma, sendo ainda importante prever o impacto (físico, emocional, social e espiritual) do sintoma no quotidiano do doente e família;
- explicar as causas do sintoma – uma boa informação ajuda na escolha das atitudes terapêuticas; não esperar que um doente se queixe – muitas vezes os doentes não revelam o aparecimento dos sintomas, sendo imprescindível questionar e observar antecipadamente;
- abordar uma estratégia terapêutica mista – recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- monitorizar os sintomas – através da utilização de instrumentos de medida standardizados, como as escalas;
- reavaliar regularmente as medidas terapêuticas – estabelecer prioridades e acompanhar as necessidades a cada momento;
- cuidar dos detalhes – o que diminui a sensação de abandono por parte do doente, promovendo a qualidade de vida.

Neste sentido, a priorização da via subcutânea no cuidar da pessoa em fim de vida, é fundamental por ser uma técnica de fácil acesso, pouco invasiva, cómoda para o doente e família, com baixo risco de complicações locais e sistémicas. Porém, vários estudos referem ainda, que é uma via pouco utilizada pelos profissionais de saúde, que privilegiam outros acessos. Embora a utilização desta via remonte ao ano de 1827, aquando da epidemia da cólera na Índia, verifica-se que é uma técnica subvalorizada em contexto clínico (Guedes et al., 2019).

Com a leitura de vários artigos científicos e o levantamento de necessidades da EIHSCP, deparámo-nos com a necessidade de levar a cabo um estudo acerca da terapêutica subcutânea. Conforme mencionado acima, os estudos enfatizam que o conhecimento sobre esta técnica ainda é incipiente. Também para Santos et al. (2020), na sua pesquisa, identificaram poucos artigos sobre o tema. Vários autores reforçam que as causas de ser uma técnica pouco utilizada são várias, contudo dão ênfase ao desconhecimento e à falta de experiência dos profissionais de saúde como os principais fatores (Perera et al., 2011).

Quando o doente deixa de ser capaz de se alimentar por recusa ou por perda dos níveis de consciência, a utilização de um acesso venoso torna-se complexo: quer pela fragilidade das veias periféricas, quer pela fragilidade da camada da pele, quer pela complexidade da técnica. Desta forma, a via subcutânea vem permitir administrar medicação em bolus ou por hipodermóclise. Citando Santos et al. (2020), “embora seja

uma técnica de baixa complexidade, requer prática especializada na instalação e manejo adequado da sua utilização, resultando num cuidado especializado para além de assegurar a qualidade assistencial” (p.5). Desta forma, nunca é demais investigar acerca da perceção dos profissionais de saúde para a utilização da via subcutânea, cumprindo-se desta forma o grande objetivo dos investigadores, analisar a perceção dos enfermeiros para a utilização da via subcutânea à pessoa doente em fim de vida.

Carrillo, I. et al. (2020), reforçam que: “Os resultados conflitantes e a escassez de literatura sugerem a necessidade de mais estudos multicêntricos em larga escala para garantir que o cuidado de enfermagem seja baseado nas melhores evidências disponíveis e abordar questões mais holísticas” (p.12).

Perante esta inquietação nasce a questão de investigação: **Qual a perceção dos enfermeiros/as acerca da utilização da terapêutica subcutânea na pessoa doente em fim de vida?**

Definimos como **objetivo geral** desta investigação: **analisar a perceção dos enfermeiros/as acerca da relevância da utilização da via subcutânea**, com a **finalidade** de contribuir para uma melhoria da qualidade de cuidados prestados numa perspetiva de cuidados paliativos especializados privilegiando a via subcutânea no cuidar da pessoa doente em fim de vida.

Sendo de seguida definidos os seguintes **objetivos específicos**:

1. Identificar a perceção dos enfermeiros acerca das vantagens da utilização da via subcutânea;
2. Identificar junto dos enfermeiros a sua opinião acerca das indicações e contra indicações da via subcutânea;
3. Identificar junto dos enfermeiros os procedimentos que adotam na colocação do cateter subcutâneo;
4. Identificar aspetos que os enfermeiros valorizam na administração de medicação por via subcutânea para controlo de sintomas na pessoa doente em fim de vida;

3.2. CONCEITOS CENTRAIS DO ESTUDO

Neste subcapítulo, vamos abordar os conceitos centrais que sustentam a investigação.

3.2.1. Cuidados paliativos - conceito e filosofia

Os CP são definidos como cuidados de saúde ativos que visam reduzir o sofrimento das pessoas com doenças graves, progressivas e que ameaçam a vida, através de uma abordagem global do mesmo nas suas múltiplas vertentes, efetuada por uma equipa multidisciplinar (OMS, 2002).

A *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA, 2020)* vem salientar que os CP devem fazer parte da oferta de serviços de qualquer sistema de saúde, no sentido de garantir um apoio para que a pessoa possa viver o mais ativamente possível até à morte. A pessoa doente pode ser identificada por um conjunto de sintomas ou fatores, incluindo a condição de doença crónica avançada, conjectura limitada de vida e necessidade de prevenção e alívio de qualquer tipo de sofrimento.

Deste modo, ainda segundo a *WHPCA*, os cuidados devem ser iniciados o mais precocemente possível no decurso da doença, para que possam ir de encontro a todas as necessidades resultantes do processo de doença do doente e sua família. “Estes cuidados são prestados por equipas de saúde em unidades de internamento ou no domicílio a doentes em situação de sofrimento decorrente de uma doença incurável ou grave em fase avançada e progressiva, assim como, às suas famílias” (Pais et al., 2019, p. 238). Procuram que os doentes mantenham o seu bem estar físico, psicológico, social e espiritual da pessoa doente, mesmo que com a progressão da doença estas funções se tenham alterado. Assim, para Twycross (2001), os CP: afirmam a vida e consideram a morte como um processo normal; não procuram antecipar nem atrasar intencionalmente a morte; procuram proporcionar aos doentes o alívio da dor e de outros sintomas incómodos; integram os aspectos psicológicos, sociais e espirituais dos cuidados, de forma a que os doentes possam assumir a sua própria morte de forma tão completa e construtiva quanto possível. Oferecem um sistema de apoio para auxiliar os doentes a viverem tão ativa e criativamente possível. Não menos importante, buscam oferecer um sistema de apoio para auxiliar as famílias a adaptarem-se durante a doença e no processo de luto (p.17).

Erradamente, ainda há quem considere que os CP apenas servem para quem está à beira da morte. Mas, o seu objetivo *major* consiste em ajudar a viver até ao fim da vida com qualidade de vida e sem sofrimento. Encarar a morte como um processo natural, não antecipar nem prolongar a vida a qualquer custo com tratamentos invasivos e

obstinação terapêutica, a valorização da vida humana e uma morte com dignidade. Para Neto (2021), o respeito inquestionável pela protecção da vida humana, será sempre na promoção da qualidade de vida de acordo com o doente e, numa intervenção ativa nas várias dimensões do sofrimento, de modo a que este não seja disruptivo para aquele que está em processo de doença avançada e no fim de vida, qualquer que seja o seu prognóstico. Sublinhamos ainda, que as intervenções para a prevenção de possíveis complicações a longo prazo das múltiplas comorbilidades não são o objetivo primário do cuidar, podendo conduzir à futilidade terapêutica que muitas vezes assistimos. No seu artigo, Antunes & Moeda (2005), citando João Lobo Antunes, definem a medicina paliativa como sendo uma “medicina sombria, de despedida, do não-futuro, do crepúsculo (...) a medicina da última verdade, do conforto do espírito, do alívio prudente do sofrimento, do encontro com o outro, do esforço comunal, da preservação tenaz da dignidade” (p.353).

Para Pais, et al. (2019) corroboram doze princípios para uma boa morte:

- Saber quando a morte está próxima e compreender ou saber o que esperar;
- Poder manter o controlo sobre o que está a acontecer;
- Ter dignidade e privacidade;
- Ter controlo sobre o alívio da dor e de outros sintomas;
- Poder escolher e controlar onde morrer (em casa ou noutra local);
- Acesso à informação e conhecimentos especializados sobre o que for necessário;
- Acesso a apoio espiritual e emocional;
- Acesso a cuidados paliativos em qualquer lugar, não apenas no hospital;
- Controlo sobre quem estará presente e com quem partilha o fim;
- Ser capaz de emitir diretivas antecipadas que garantam que os desejos sejam respeitados;
- Tempo para dizer adeus e controlar outros aspectos relacionados com o tempo;
- Ser capaz de partir quando for hora, não lhe sendo prolongada a vida inutilmente.

Em suma, os CP assentam em quatro pilares fundamentais: controlo de sintomas, comunicação e interação empática, apoio e acompanhamento da família, apoio no processo de luto e por fim o trabalho em equipa inter e multidisciplinar e em associação.

3.2.2. O papel da via subcutânea na melhoria da qualidade de vida

A definição de qualidade de vida é subjetiva, uma vez que varia consoante o grau de satisfação de cada pessoa (fatores físicos, psíquicos, emocionais e sociais). Twycross

(2001), definiu qualidade de vida como aquilo que cada pessoa considera como tal e que depende do desfasamento que existe entre a realidade que se está a viver e aquilo que cada pessoa ambiciona alcançar.

A OMS (1994), definiu qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Contudo, torna-se necessário clarificar o próprio conceito de qualidade de vida. Este, “implica um conjunto de especificidades inerentes a cada situação, já que poderá estar relacionada com a capacidade de satisfação das necessidades humanas básicas ou com um estado de realização pessoal e espiritual de cada pessoa” (Fernandes, A. & Cerqueira, M. 2020, p.39).

Qualidade de vida em CP é o resultado da diferença entre as esperanças do doente, as expectativas pessoais e a percepção da experiência pessoal no momento presente face à existência de uma doença crónica, progressiva e incurável que o confronta com a sua finitude (Lucas, H., 2021). O mesmo autor, evidencia que como fatores centrais na qualidade de vida dos doentes em fase avançada e/ou terminal, se destacam: controlar adequadamente a dor/outros sintomas, evitar o prolongamento inadequado da agonia (relembrando o conceito de futilidade e desproporcionalidade terapêutica), manter o controlo da situação, evitar ser ou sentir-se um “fardo” para os demais e fortalecer as relações com os familiares.

Aumentar a qualidade de vida da pessoa doente, passa pelo controlo de sintomas angustiantes e pela gestão de variadas complexidades que abrangem a intervenção. A presença de sintomas não controlados empobrece a qualidade de vida do doente, diminui a sua capacidade de comunicar com os que o rodeiam, podendo revelar-se devastador e retirando-lhes o sentido da vida (Sapeta, P. & Lopes, M. 2007).

A via subcutânea na melhoria da qualidade de vida, fundamenta-se uma vez que, a sua indicação mais importante seja o controle farmacológico dos sinais e sintomas inerentes do processo de morrer. Quando a pessoa doente, inevitavelmente perde a capacidade de deglutir e requer uma via alternativa para oferta de medicamentos que lhe garantam o máximo conforto possível até ao momento da morte, a via subcutânea surge como essa alternativa para preservar a qualidade de vida. Para Lobo, F. (2007) fundamenta que é a “opção terapêutica mais adequada quando há necessidade de administração parentérica de fármacos” (p.702). Pela via subcutânea, é possível administrar medicamentos para o controle da dor, dispneia, náusea, delirium e convulsões, dentre outras potenciais causas de desconforto (SBGG, 2016).

A via subcutânea é considerada “mais confortável e menos dolorosa para o doente, quando comparada á via endovenosa, é de fácil inserção e diminui a ocorrência de inúmeras tentativas sem sucesso quando a inserção de cateter endovenoso” (Guedes et al., 2019, p.2). Várias evidências científicas realçam que, a utilização da via subcutânea tem inúmeras vantagens como o favorecimento do conforto e como tal da melhoria da qualidade de vida. Promover o conforto na última etapa da vida é um dos objetivos dos enfermeiros que prestam CP. Por outro lado, por ser igualmente eficaz no controlo de sintomas, em alternativa a outras vias, apresentando eficácia estimada em 80%-90% do mesmo efeito analgésico da via intravenosa, com menos toxicidade. Deste modo, é eficaz não só pelo baixo custo mas também pela eficácia no controle de sintomas (Carrillo et al., 2020). “É indispensável salientar o benefício que esta via garante ao doente, manifestado pelo conforto, comodidade, autonomia, satisfação, alívio do distresse e esperança realista resultando numa melhoria da qualidade de vida e preservação da sua dignidade” (Lopes, P. et al., 2012, p.12). Se pensarmos que cada vez mais os doentes preferem os cuidados no domicílio e que estes melhoram a sua qualidade de vida, é necessário também envolver as famílias neste processo para que seja eficaz.

Como profissionais de saúde que cuidamos da pessoa doente e das suas famílias nas últimas etapas do desenvolvimento, devemos comprometer-nos a proporcionar que cada doente/família tenha o melhor, mesmo com as limitações provocadas pela doença. Responsabiliza-nos, com o importante papel de promover a maior qualidade possível, porque todas as vidas merecem ser vividas até ao último instante, com a maior dignidade e humanização.

3.2.3. Papel do enfermeiro na administração de medicação pela via subcutânea

Administrar terapêutica subcutânea exige que o enfermeiro oriente a prática clínica tendo por base não só, o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, mas também, que a sua intervenção seja especializada e esteja alicerçada no paradigma da transformação/ inovação focando a pessoa doente como única, irrepetível e especial. Fawcett (1984) referia que, o que caracteriza a disciplina de enfermagem são os conceitos de "enfermagem", "pessoa", "ambiente" e "saúde". Neste sentido, o cuidar em enfermagem é dar uma atenção especial a uma pessoa que vivencia uma situação de saúde particular, com a finalidade de contribuir para o seu bem-estar, promovendo a sua saúde (Hesbeen, 2000). No tratamento paliativo, duas condições são imprescindíveis para o profissional: a dimensão humana e a competência

técnica. Associados, esses dois elementos “aliviam o sofrimento e contribuem para a qualidade de vida da pessoa tratada” (Silva, C. et al., 2019, p.539). Assim, o exercício da profissão exige empatia e resiliência diante das conquistas, perdas e desafios do dia a dia, a par das habilidade técnicas e científicas. Ao deslocar-se do paradigma da cura para o cuidado, o enfermeiro, deve combinar conhecimentos teóricos à sua intuição e sensibilidade (Silva, C. et al., 2019). Outros autores reforçam que, o impacto que causa a utilização da via subcutânea, para administração de fármacos ou soros, na melhoria da qualidade de vida do doente e da família, justifica que a mesma passe a ser uma atividade comum na prática diária dos profissionais de saúde.

Como interveniente no processo de cuidar e tendo acesso a informação, o enfermeiro, deverá também optar pelas técnicas que trarão menos desconforto ao doente, promovendo a terapêutica subcutânea para o controlo de sintomas sempre que esta se verifique mais vantajosa, acarretando menos desconforto e melhor eficácia. Segundo Lourenço, M. et al. (2021), os “cuidados de conforto” estão frequentemente associados aos CP, no entanto é reconhecida pela literatura a sua relevância nos vários contextos de saúde, sendo mesmo visto como um elemento integral da profissão de enfermagem” (p.92).

Para Twycross (2003) em CP o objetivo do conforto prevalece também através da eleição da via de administração dos fármacos. Lopes, P. et al. (2012) salientam que se torna evidente o benefício da utilização da via subcutânea, nas várias esferas: para o doente, família/cuidador, profissional de saúde e também no plano financeiro, na medida em que se verifica uma redução de custos para as organizações de saúde, que resulta da economia em termos de recursos humanos e materiais e da otimização dos meios disponíveis.

Se queremos caminhar para uma enfermagem mais autónoma e consciente da sua importância social, devemos capacitar-nos para adequar os diagnósticos às respostas humanas. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro especialista em CP resulta da soma de várias intervenções, nomeadamente, na definição de um diagnóstico das necessidades à pessoa em fim de vida e família, passando pela definição de objetivos claros e concretos, fazendo o planeamento de intervenções, bem como pela implementação de programas e sua avaliação (Sapeta, P., 2020). São estes os elementos para uma resposta de qualidade que minimize o sofrimento, daí a importância do papel do enfermeiro na administração de medicação subcutânea.

Em seguida iremos apresentar as opções metodológicas utilizadas.

3.3. OPÇÕES METODOLÓGICAS

A metodologia é parte fundamental de uma investigação, esta determina todo o percurso utilizado. Neste capítulo, serão descritas as opções metodológicas para a realização da presente investigação, o tipo de estudo, população, instrumento de recolha de dados, assim como o tratamento e recolha de dados. Para Alvarés (2021), “a escolha dos métodos e técnicas constitui uma etapa relevante do processo de investigação, aquela em que operacionalizamos, em que concretizamos uma estratégia para responder à questão que desejamos esclarecer” (p.5). Na fig. 1 esquematizamos as etapas de um estudo de investigação quantitativo segundo os autores (Polit & Beck, 2019).



Figura 1. Etapas do estudo de investigação quantitativo (Polit & Beck, 2019).

3.3.1. Tipo de Estudo

Tendo por base a problemática que queremos estudar, a escolha do tipo de estudo prendeu-se com aquele que melhor se podia enquadrar na análise da perspetiva dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea na pessoa doente em fim de vida

Ao longo do ENP, fomos constatando que a via subcutânea não era uma estratégia mobilizada pelos profissionais de saúde, o que nos colocou várias interrogações acerca das razões subjacentes. Pudemos verificar, que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, desconheciam o seu procedimento e a sua eficácia.

Neste sentido, tendo por base o objetivo delineado optamos por um estudo quantitativo, exploratório e descritivo no contexto do nosso ENP.

O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. “É baseado em factos objetivos, de conhecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador” (Fortin, 1999. p. 22). Na análise quantitativa, o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo, e nesta medida avaliamos conhecimentos (Fortin, 1999; Bardin, 2011).

Tendo em vista os objetivos específicos, este estudo terá uma abordagem exploratória e descritiva. Consideramos que este tipo de estudo é aquele que se enquadra melhor, na problemática a investigar, descrever o fenómeno relativo à população de forma a posteriormente estabelecer as características da população. “O estudo descritivo simples consiste em descrever um fenómeno ou um conceito relativos a uma população, de maneira a determinar as características desta população ou de uma amostra” (Fortin, 1999, p. 171).

Outros autores, vêm também atribuir relevância a este tipo de estudo. Para Gonzaga (1994), na definição de um estudo descritivo salienta a importância de se especificar algumas características, tais como: localização geográfica, idade, sexo, e profissão dos indivíduos estudados. O objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo (Fortin 1999).

Na opção pelo estudo quantitativo, exploratório e descritivo, não podemos deixar de referir que estes permitem utilizar um conjunto de técnicas sofisticadas de análise da informação, e aceder à informação à medida das nossas intenções (Alvarés, 2021). Contudo, ainda segundo o mesmo autor existem várias limitações:

- A recolha de informação pode ser morosa, complexa e dispendiosa;
- Existe uma forte irreversibilidade: a grelha de observação é rígida;
- É um processo sequencial e qualquer erro ou ambiguidade tem efeito nas fases seguintes e no resultado;
- A conceção/ redação do questionário é um processo crítico e complexo, orientado pelo quadro teórico de partida (função de comando da teoria) e pela exploração estatística planeada;
- As declarações dos/as inquiridos/as podem ser afetadas por elementos do desenho da investigação: 1) pela formulação das perguntas e categorias de resposta, incluindo aspeto relativos ao texto e à sequência); 2) por variáveis associadas ao contexto, relativas ao inquirido como situação social, como o entrevistador ou local de entrevista;
- Exige forte standardização ao nível do texto das perguntas, modalidades de resposta e sequência, de forma a assegurar a comparabilidade dos resultados e permitir analisar a relação entre variáveis;
- Não é possível compreender casos individuais: a análise do conjunto das respostas sobrepõe-se à análise das respostas de cada indivíduo. (Alvarés, 2021, p.9).

3.3.2. População e Amostra

A população segundo Fortin, (1999) é “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”(p.202). Neste estudo, a população alvo são os enfermeiros/as que exercem funções no CHMA, EPE.

A amostragem que se considerou para este estudo foi o tipo de amostragem não aleatória por conveniência. Para Hill & Hill (2009), “este método tem vantagem por ser rápido, barato e fácil” (p.49). Para Fortin (1999) “tem a vantagem de ser simples de organizar e pouco onerosa” (p.208). Seleccionamos a população através de uma amostragem que reflete os traços da população do fenómeno que estamos a investigar (Polit & Beck, 2011).

Vários autores salientam ainda que, quanto maior for uma amostra mais reduzido será o “erro amostral”, ou seja, o desvio dos dados recolhidos face às disposições. No entanto, não existem números ideais, pois este valor depende muito da dimensão da

população em estudo e das características do fenómeno. Mais importante do que um número, é a garantia de que a amostra é bem seleccionada (Fortin, 1999; Alvarès, 2021).

Para este estudo foram delineados os seguintes critérios de inclusão:

- Todos os Enfermeiros/as a exercer funções, ao momento da aplicação do questionário no CHMA, EPE nos serviços seleccionados.
- Aceitar participar no estudo.

Assim, a população do estudo é constituída por enfermeiros/as a exercer funções nos serviços de Medicina, Cirurgia, Ortopedia, Serviço de Urgência, Consulta Externa, Polivalente e Obstetrícia (tabela 1)

Tabela 1. - Caracterização da amostra.

	Variáveis	n	%
Género	Feminino	87	84,5
	Masculino	16	15,5
Idade	20 anos < 30 anos	22	21,4
	> 31 anos < 40 anos;	51	49,5
	41 anos < 50 anos	26	25,2
	51 anos ou mais	4	3,9
Experiência Profissional	Menos de 5 anos de experiência	11	10,7
	Entre 5 e 10 anos de experiência	23	22,3
	Mais de 10 anos de experiência	69	67,0
Serviço	Medicina	36	35
	Cirurgia	12	11,7
	Serviço de Urgência	35	34
	Ortopedia	6	5,8

	Variáveis	n	%
	Obstetrícia	6	5,8
	Polivalente	4	3,9
	Consulta Externa	1	1
	Outro	3	2,9

No universo de 323 enfermeiros que exercem funções nos serviços onde foram aplicados os questionários, identificou-se uma amostra de 103 participantes. Relativamente ao género 84,3% (n=87) são do sexo feminino e 15,7% (n=16) são do sexo masculino.

As idades com maior frequência de respostas 49,5% (n=51) são as compreendidas entre os 31 e os 40 anos de idade. Para o intervalo entre 41 anos e 50 anos de idade, sendo que 25,2% (n=26). Para 21,4% (n=22) têm entre 20 a 30 anos e por fim 3,9% (n=4) dos inquiridos têm idades superiores ou igual a 51 anos ou mais anos de idade.

Para a análise de caracterização quanto à experiência profissional 67,0% (n=69) corresponde à população que tem mais de 10 anos de experiência. Seguido de 22,3% (n=23) entre 5 e 10 anos de experiência, e por fim para 10,7% (n=11) corresponde a experiência de menos de 5 anos de experiência.

Os serviços com maior participação prendeu-se com o 35% Serviço de Medicina, 34% Serviço de Urgência e 11,7% Serviço de Cirurgia, os restantes valores diluíram-se pelos restantes serviços selecionados, Ortopedia, Obstetrícia, Polivalente, Consulta Externa e Cuidados Intermédios.

3.3.3. Instrumentos de Recolha de Dados

Para a recolha de dados, os investigadores optaram pela elaboração de um questionário (apêndice I), divulgado em formato digital, através de *link* de acesso a todos os enfermeiros do CHMA, EPE. O *link* de acesso esteve disponível no período compreendido entre 30 de maio a 30 de junho de 2022, cumprindo deste modo o planeado inicialmente no cronograma do projeto de investigação (apêndice II).

Alvarés (2021) salienta que a utilização de um questionário é a melhor escolha, para situações em que existe alguma informação exploratória, tendo por objetivo descrever

um fenómeno. “É um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis (...) permitindo um melhor controlo dos enviesamentos” (Fortin, 1999, p. 249).

O questionário foi composto por questões de escolha fixa (fechadas), questões de escolha múltipla, questão filtro é uma questão aberta. Assim, continha 5 questões de caracterização da população (género, idade, experiência profissional, serviço em que exerce funções), 11 questões fechadas de escolha múltipla e questões filtro. A opção por questões fechadas deveu-se ao facto de a natureza das variáveis relevantes serem conhecidas e pretender-se recolher informação definida (Alvarés, 2021).

A utilização deste tipo de perguntas, passou também, pelo que melhor se adequa ao tempo de investigação para a recolha de dados. Sendo um método bastante fácil não só de divulgação como de recolha de dados, consideramos ser a melhor escolha. “Porque perguntas sobre características não necessárias e que não vão ser incluídas nas análises de dados, só servem para aumentar o comprimento do questionário e, portanto, aumentar o risco de falta de cooperação dos respondentes” (Hill & Hill, 2009, p. 87).

3.3.4. Procedimento de Tratamento da Informação

A estatística descritiva permite descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis. As relações entre duas ou mais variáveis são caracterizadas com a ajuda de quadros de contingência e de coeficientes de correlação (Fortin, 1999). Os investigadores optaram por uma análise de distribuição através de tabelas de frequências. Posteriormente iremos utilizar técnicas não-paramétricas visto que estas não lidam com os parâmetros e não assumem que os valores de uma variável têm uma distribuição normal. As escalas maioritariamente utilizadas são escalas do tipo ordinal e nominal, optando-se pela utilização do teste do *Qui-Quadrado de Pearson* (X^2) para descrever a relação entre as variáveis, utilizando-se um nível de significância de $p < 0,05$.

Para o tratamento dos dados, recorreremos ao programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 25.0, sendo depois utilizada para o tratamento estatístico.

3.3.5. Considerações éticas

A ética questiona e clarifica a moral e está relacionada com a procura do bem e a identificação do dever. Trabalhar em contexto dos CP vai muito para além dos conhecimentos teóricos, têm que mobilizar a concretização de valores éticos. Deste modo, é premente que todos os profissionais de saúde tenham presentes os princípios éticos para que possam conduzir a sua intervenção (Ribeirinho & Carvalho, 2021).

As ações, os melhores princípios e objetivos a seguir, são questões da ética, procurando assim, a intenção universal e não particular.

Os princípios éticos que devem orientar a investigação são: autonomia (respeito pela dignidade humana); não maleficência (respeito pelos grupos vulneráveis); beneficência (assegurar o bem-estar dos participantes e ponderação risco/benefício); justiça e equidade (justa seleção dos sujeitos de pesquisa e distribuição de riscos e benefícios); veracidade (consentimento livre e esclarecido); confidencialidade, anonimato.

Para o desenvolvimento de qualquer processo de investigação em saúde, ter em consideração todos os princípios éticos é fundamental. Esta disciplina prende-se com o conjunto de valores morais de um grupo ou indivíduos, por isso é de extrema importância enquadrá-la ao longo da investigação que queremos analisar. Para Barbosa, A. (2006) fundamenta que "(...) o princípio da beneficência veio constituir como pilar ético da prática dos profissionais de saúde ao propor que se actue de modo que as consequências da intervenção sejam para o bem do doente" (p. 419).

Neste sentido, os princípios éticos que teremos de ter presentes são o da confidencialidade, anonimato e consentimento informado dos participantes, em que têm o direito de consentir ou não fazerem parte do estudo proposto. Deste modo, todos os participantes antes de prosseguirem no questionário foram informados sobre o conteúdo e propósito da investigação, Tendo por garantia a confidencialidade e o anonimato das respostas obtidas. Todos os participantes fizeram-no com consciência e informados, tendo desta forma deliberado participar ou não. A declaração de Helsínquia (2013) vem reforçar a ideia, "(...) A participação de pessoas capazes de dar consentimento informado para serem participantes sujeitos de investigação médica tem de ser voluntária".

Nesta medida, foi elaborado um consentimento livre e esclarecido onde se expressou toda a informação relativa ao estudo, tal como as finalidades e os objetivos (Fortin, 1999). Antes de iniciarem a resposta ao questionário os participantes consentem ou não colaborar no estudo (apêndice I). Deste modo será garantido o uso exclusivo dos dados

obtidos para fins acadêmicos e em completo anonimato, “o consentimento informado, no qual se respeita a dignidade individual, afasta a influência indevida” (Ribeirinho & Carvalho, 2021, p.155). Por outro lado, antes de qualquer divulgação elaborou-se um pré projeto do estudo que foi enviado à comissão de ética deste hospital. A divulgação só se iniciou quando a deliberação do conselho de administração e comissão de ética deram parecer favorável (anexo III).

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, passamos a apresentar os achados, sua análise e discussão.

4.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Sendo este estudo tipo quantitativo, exploratório e descritivo, os investigadores optaram por numa primeira análise fazer uma descrição da frequência das respostas às perguntas que compõem o questionário. Nesta análise de frequência é visível com maior clareza a frequência das respostas para cada item. As distribuições de frequência são habitualmente as primeiras formas utilizadas para organizar um conjunto de dados (Fortin, 1999, p. 303). Desta forma, Hill & Hill (2009), vêm reforçar que uma “estatística descritiva descreve de forma sumária alguma característica de uma ou mais variáveis fornecidas por uma amostra de dados” (p. 192). Assim, procedemos de seguida à análise da frequência de cada questão que compôs o questionário.

A **Hipoderme** é a camada mais profunda da pele. É a estrutura responsável pela absorção de fluidos e medicamentos quando se utiliza a via subcutânea, dependente dos capilares sanguíneos e linfáticos presentes nos septos fibrosos desta camada (SBGG, 2016).

A **Hipodermóclise** corresponde ao uso da via subcutânea para infusão contínua para soluções de volumes maiores. Quando um determinado medicamento é infundido em bólus ou diluído em pequeno volume, não cabe descrever essa aplicação como hipodermóclise, mas sim “uso da via subcutânea” (SBGG, 2016, p.4).

A hipodermóclise é um procedimento realizado pelo enfermeiro cuja técnica consiste em inserir uma agulha hipodérmica no tecido subcutâneo, sendo que a administração de fármacos poderá ser realizada em perfusão contínua ou em bolus (Pontalti et al, 2018, p.279). Na análise de frequência acerca da definição, verificamos que 100% (n=103) responderam acertadamente ao conceito de hipodermóclise. Todos os participantes possuem conhecimento acerca do seu significado (tab. 2).

Tabela 2. - Frequências das respostas à pergunta da definição de hipodermóclise.

O que é para si a hipodermóclise?	n	%
Via intramuscular de aplicação de fluidos e de medicações	0	0,00%
Via endovenosa de aplicação de fluidos e de medicações	0	0,00%
Via subcutânea de aplicação de fluidos e de medicações em perfusão	103	100,00%

Na seguinte análise de frequência (tab.3), os investigadores quiseram auscultar a população acerca de onde adquiriu os conhecimentos acerca da hipodermóclise. Verificamos que, 47,6% (n=49) dos inquiridos adquiriu os conhecimentos através de um colega de serviço, seguido de 26,20% (n=27) que respondeu que foi por iniciativa própria através de pesquisa na internet e livros. Para 11,7% (n=11,70) foi através de formação pós graduada, seguido de 8,70%(n=9) através de outro meio e por fim, 5,80% (n=6) formação pré-graduada (licenciatura). Esta análise revela que a menor percentagem de inquiridos obteve informação acerca de hipodermóclise na Licenciatura, o que nos poderá levar a refletir acerca da pouca importância que é dada no ensino a esta técnica. Contrastando com a elevada percentagem daqueles que por iniciativa do colega obtiveram a informação 47,60% (n=49). Para Santos, D. et al., (2020) no seu estudo vêm sublinhar que, “Infelizmente, o compartilhamento de conhecimentos sobre CP na formação universitária de profissionais de saúde ainda é deficiente, inclusive nos países desenvolvidos. O ensino existente é incipiente e não prepara adequadamente os estudantes” (p.53).

Tabela 3. - Frequência das respostas à pergunta dos métodos de aquisição de conhecimentos.

Como adquiriu conhecimentos sobre hipodermóclise? Porque sentiu essa necessidade?	n	%
Por iniciativa própria (internet, livros, etc)	27	26,20%
Formação pré-graduada (Licenciatura)	6	5,80%
Formação pós graduada	12	11,70%
Através de colegas do serviço	49	47,60%
Outra	9	8,70%

Para Pontalti et al (2018), “as situações em que comumente se utiliza a via subcutânea relacionam-se com o comprometimento da via oral, disfagia, vômitos incoercíveis e obstrução gastrointestinal, prejuízo cognitivo, agitação e desorientação, rede

endovenosa inacessível, caquexia, desidratação e agentes esclerosantes (p.277)". Neste seguimento, os investigadores quiseram identificar se os participantes têm conhecimento acerca das vantagens da utilização da via subcutânea. Na análise das frequências (tab.4), 68,9% (n=71) responderam corretamente à opção todas as anteriores. Os restantes, 10,7% (n=11) responderam que é uma via segura, muito próximo de 9,7% (n=10) que responderam que há possibilidade de alta hospitalar precoce e utilização da técnica no domicílio. Continuando na análise, para 7,80% (n=8) selecionaram a resposta, apresentando poucas complicações. Para 1,9% (n=2) local de infusão pode permanecer vários dias e por fim, 1%(n=1) respondeu apenas que não implica o uso de bombas de infusão.

Tabela 4. - Frequências das respostas à pergunta das vantagens da utilização da via subcutânea.

Qual a sua perceção acerca das vantagens da utilização da via subcutânea?	n	%
É uma via segura	11	10,70%
Apresenta poucas complicações	8	7,80%
Não implica o uso de bombas de infusão	1	1,00%
Local de infusão pode permanecer vários dias	2	1,90%
Possibilidade de alta hospitalar precoce e utilização da técnica no domicílio	10	9,70%
Todas as opções anteriores	71	68,90%

Das respostas dos questionários (tab.5), à pergunta: qual a indicação para a utilização da via subcutânea?, verificou-se alguma dispersão nas respostas. Citando Carrillo et al. (2020), "a via oral é a via de escolha para o controle dos sintomas nos CP", mas em determinadas situações, nomeadamente quando o doente apresenta vômitos persistentes, fraqueza extrema, na fase terminal dos processos oncológicos. Diante dessa situação, o enfermeiro tem várias opções para administração de medicamentos, sendo a via subcutânea (SC) a de escolha nessas circunstâncias. A via subcutânea elege-se como suprema, perante a perda ou impraticabilidade da via oral, quando surge a necessidade de escolha de uma nova via para administração de medicamentos ou hidratação.

Neste sentido, verificamos que 33,60% (n=79) responderam que é a via preferencial dos CP. Por outro lado, muito a par dos que optaram 25,10% (n=59) por selecionar a opção correta de ausência de via oral. Dos 24,30% (n=57) responderam sedação e/ou analgesia. Nas restantes respostas: 8,90% (n=21) selecionaram a opção reposição de

eletrólitos. Para 7,70% (n=18) responderam anasarca e por fim 0,40%(n=1) selecionaram a resposta tratamento de choque hipovolémico.

Tabela 5. - Frequências das respostas à pergunta da indicação para a utilização da via subcutânea.

Na sua opinião, quais as indicações para a utilização da via subcutânea?	n	%
Ausência de via oral	59	25,10%
Anasarca	18	7,70%
Reposição de eletrólitos	21	8,90%
Sedação e/ou analgesia	57	24,30%
Tratamento de choque hipovolémico	1	0,40%
Via preferencial em Cuidados Paliativos	79	33,60%

No que refere às contra indicações da via subcutânea (tab.6), verificamos que 22,00% (n=67) dos inquiridos selecionaram a opção recusa do doente, seguido de 21,10% (n=64) lesão da continuidade da pele. Dos 18,80% (n=57) responderam, áreas com circulação linfática comprometida. Para 15,80% (n=48) selecionaram anasarca. Na opção, trombocitopenia grave selecionaram 10,90% (n=33); Com menos percentagem 6,60% (n=20) responderam caquexia e por fim 4,9% (n=15), responderam doente hipocoagulado. Na literatura, os vários autores sublinham que a grande contraíndicação para o uso da via subcutânea nos doentes passa pela sua recusa para a realização do procedimento. Desta forma, a via de administração oral é, por vários motivos, aquela geralmente preferida: eficácia garantida, facilidade de administração, boa tolerabilidade e mínimo desconforto, melhor adesão ao tratamento, menor custo e por permitir alguma devolução de controlo ao paciente e à família (Neto, I. 2008, p.278). Segundo a mesma autora, a principal indicação para o recurso à administração de fármacos por via subcutânea diz respeito ao período de agonia, com incapacidade de deglutição, ao controlo da dor e vómitos e à sedação.

Tabela 6. - Frequências das respostas à pergunta acerca das contraindicações para a utilização da via subcutânea.

Na sua opinião, quais as contraindicações para a utilização da via subcutânea?	n	%
Recusa do doente	67	22,00%
Anasarca	48	15,80%
Trombocitopenia grave	33	10,90%
Lesão da continuidade da pele	64	21,10%
Áreas com circulação linfática comprometida	57	18,80%
Caquexia	20	6,60%
Doente hipocoagulado	15	4,90%

Na próxima questão, acerca das complicações relativas à utilização da via subcutânea (tab.7), na análise das frequências à pergunta, verificamos que a maioria dos inquiridos 29,20% (n=76) selecionaram a opção edema local; seguido de 25% (n=65) responderam dor/desconforto, os restantes 16,50% (n=43) infecção; Com menor incidência, 12,70% (n=33) infiltração. Seguido de 10,40% (n=27) hematoma; para 3,80% (n=10) anasarca; e por fim 2,30% (n=6) congestão pulmonar. Para Guedes et al. (2019), “o uso da via subcutânea para infusão de medicamentos e soluções pode ser considerada uma alternativa de infusão segura, a qual apresenta risco de complicações em sua maioria facilmente reversíveis e com baixo potencial de ocasionar danos aos pacientes” (p.7). Neto, I. (2008), vem também reforçar que, “a utilização da via subcutânea representa pois, em doentes com necessidade de cuidados de suporte ou paliativos, a possibilidade de recorrer a uma via parentérica, usufruindo dos benefícios inerentes, sem ter as desvantagens, para as administrações intramusculares e intravenosas, já que não existe risco de hemorragia, embolia ou sépsis” (p.278).

Tabela 7. - Frequências das respostas à pergunta sobre as complicações relativas à utilização da via subcutânea.

Na sua opinião, quais as possíveis complicações relativas à utilização da via subcutânea?	n	%
Edema local	76	29,20%
Anasarca	10	3,80%
Dor/desconforto local	65	25,00%
Infecção	43	16,50%
Congestão pulmonar	6	2,30%
Hematoma	27	10,40%
Infiltração	33	12,70%

Na tabela 8, pretendemos identificar de entre os inquiridos que opções selecionaram quanto ao volume máximo de administração de fluidos por via subcutânea. 61,20% (n=63) responderam: de 1000ml a 1500ml nas 24h; 16,50% (n=17) responderam de 1500ml a 2000ml nas 24h; 15,50% (n=16) responderam até 3000 ml nas 24h e para 6,80% (n=7) não há limite. A literatura salienta que o volume máximo possível de administrar é de 3000 ml nas 24h desde que colocado em locais diferentes. Caso os volumes prescritos sejam superiores a 1500 ml por dia, será necessário um segundo acesso no lado oposto. Se houver prescrição de medicamentos incompatíveis para infusão por um único acesso, também é necessária a colocação de um acesso adicional (Lybarger, 2009 citado em SBGG, 2016).

Tabela 8. - Frequências das respostas à pergunta acerca do volume máximo administrado por via subcutânea.

Na sua opinião, qual o volume máximo de fluidos a administrar por via subcutânea em 24h?	n	%
Não há limite	7	6,80%
De 1000 ml a 1500 ml nas 24h	63	61,20%
De 1500 ml a 2000 ml nas 24h	17	16,50%
Até 3000 ml nas 24h	16	15,50%

Uma das questões de interesse para os investigadores, consiste em identificar os fatores que levam à pouca utilização da via subcutânea pelos profissionais de saúde nos serviços (tab.9). A maioria dos inquiridos 31,60% (n=78) respondeu que é por ausência de prescrição pela equipa médica. 30,80% (n=76) responderam que se deve

ao facto de conhecimento prático. Para 26,30%(n=65) deve-se à falta de conhecimento teórico e por fim para 11,30%(n=28) prende-se com a tipologia de doentes internados.

Estes resultados enfatizam o que vários autores vêm a reforçar, a falta de conhecimento prático, teórico levam a poucas prescrições nos serviços de internamento. Apesar de alguma bibliografia já existente sobre o tema a utilização da via subcutânea, sobretudo em contexto de internamento hospitalar exterior aos serviços específicos de cuidados paliativos, é escassa e está ainda rodeada de algum desconhecimento sendo que o conhecimento sobre essa técnica ainda é incipiente (Neto, I. G., 2008 & Santos et al., 2019).

Tabela 9. - Frequência das respostas à pergunta sobre utilização da via subcutânea nos serviços.

Quais os fatores, para si, que levam à pouca utilização no serviço?	n	%
Falta de conhecimento prático	76	30,80%
Falta de conhecimento teórico	65	26,30%
Tipologia de doentes internados	28	11,30%
Ausência de prescrição pela equipa médica	78	31,60%

Na seguinte análise (tab.10), os investigadores optaram por identificar entre os participantes do estudo, quantas vezes realizaram a técnica de colocação do cateter subcutâneo nos últimos 5 anos. Para 32% (n=33) realizaram menos de 5 vezes, muito próximo dos 27,20%(n=28) que responderam que nunca realizaram a técnica. Destes, 24,3%(n=25) colocaram mais de 10 vezes e por fim 16,5% (n=16,5) realizaram entre 5 a 10 vezes.

Tabela 10. - Frequência das respostas à pergunta acerca da técnica de colocação do cateter subcutâneo nos últimos 5 anos.

Quantas vezes realizou a técnica de colocação de cateter subcutâneo nos últimos 5 anos?	n	%
Nunca realizei a técnica	28	27,2%
Menos que 5 vezes	33	32%
Entre 5 a 10 vezes	17	16,5%
Mais que 10 vezes	25	24,3%

Dos 100% (n=103) inquiridos (tab.11), 93,20%(n=96) consideram que é uma técnica segura para utilizar em contexto domiciliário, sendo que apenas 6,80%(n=7) responderam que não é seguro a sua utilização em contexto domiciliário.

Tabela 11. - Frequências das respostas à pergunta sobre a utilização da técnica em contexto domiciliário.

Considera ser uma técnica segura para uso em contexto domiciliário? Justifique.	n	%
Sim	96	93,20%
Não	7	6,80%

Outra questão relevante consiste em identificar as dúvidas dos enfermeiros acerca da colocação do cateter subcutâneo (tab.12). Verificamos, que 57,30% (n=59) responderam afirmativamente; 42,70% (n=44) responderam que não tinham dúvidas. A esta questão filtro, destacamos que os 57,30% (n=59), 32,30%(n=51) têm dúvidas nas medicação a administrar, 25,90% (n=41) selecionaram dúvidas na punção (técnica e locais). 24,70% (n=39) as dúvidas foram relativas às indicações e contra-indicações e por fim para 17,10% (n=27) responderam que têm dúvidas quanto à fisiologia/funcionalidade da técnica.

Tabela 12. - Frequência das respostas à questão dúvidas acerca da técnica na colocação do cateter subcutâneo.

	Tem alguma dúvida sobre a técnica de colocação de cateter subcutâneo?	n	%
	Sim	59	57,30%
	Não	44	42,70%
Sobre a técnica de colocação de cateter subcutâneo, as dúvidas são referentes a:	Punção (técnica e locais)	41	25,90%
	Indicações e contra-indicações	39	24,70%
	Medicações	51	32,30%
	Fisiologia/funcionalidade da técnica	27	17,10%

Para a última questão, acerca da importância da formação nesta área, todos os participantes foram unânimes em responder afirmativamente 100% (n=103).

Tabela 13. - Frequência das respostas à pergunta acerca da importância da formação.

Considera importante participar em formação sobre o tema?	n	%
Sim	103	100,00%
Não	0	0,00%

Para verificar se estatisticamente os resultados obtidos são significativos, optou-se por utilizar a análise estatística do Qui-quadrado de Pearson (X^2), para melhor avaliar a relação entre variáveis. Deste modo, os investigadores relacionaram as variáveis: idade com os conhecimentos acerca da hipodermóclise. Na análise da tabela 14, podemos verificar que a relação entre estas duas variáveis é estatisticamente significativa ($p < 0,05$), comprovando-se assim que existe relação entre a idade e onde adquiriu formação acerca da hipodermóclise. De ressaltar, que em todas as idades foi notória a aquisição de formação sobre a técnica através de um colega de trabalho, o que pode indicar a importância de equipas de trabalho heterogéneas para a passagem de experiência e de conhecimentos entre os mesmos.

Tabela 14. - Relação entre a idade e como adquiriu conhecimentos sobre hipodermóclise.

		Por iniciativa própria (internet, livros, etc)	Formação pré-graduada (Licenciatura)	Formação pós-graduada	Através de colegas do serviço	Outra	Total	p
Idade	20 anos < 30 anos	5,80%	1,90%	1,00%	10,70%	1,90%	21,40%	0,049
	31 anos < 40 anos	12,60%	2,90%	10,70%	19,40%	3,90%	49,50%	
	41 anos < 50 anos	6,80%	1,00%	0,00%	16,50%	1,00%	25,20%	
	51 anos ou mais	1,00%	0,00%	0,00%	1,00%	1,90%	3,90%	
Total		26,20%	5,80%	11,70%	47,60%	8,70%	100,00%	

Os investigadores quiseram determinar a relação entre a idade e o número de vezes que realizou a técnica de colocação do cateter nos últimos 5 anos (tab.15), ou seja se estatisticamente seria significativo. Comparativamente, à tabela 14 em que as variáveis

são dependentes, nesta análise, verificamos $p > 0,05$, o que traduz que são independentes, a idade influencia como os inquiridos realizaram a técnica de colocação do cateter subcutâneo nos últimos 5 anos.

Tabela 15. - Relação entre a idade e quantas vezes realizou a técnica de colocação do cateter subcutâneo nos últimos 5 anos.

		Nunca realizei a técnica	Menos que 5 vezes	Entre 5 a 10 vezes	Mais que 10 vezes	Total	p
Idade	20 anos < 30 anos	4,90%	7,80%	4,90%	3,90%	21,40%	0.418
	31 anos < 40 anos	11,70%	15,50%	6,80%	15,50%	49,50%	
	41 anos < 50 anos	9,70%	8,70%	2,90%	3,90%	25,20%	
	51 anos ou mais	1,00%	0,00%	1,90%	1,00%	3,90%	
Total		27,20%	32,00%	16,50%	24,30%	100,00%	

Estatisticamente analisando a tabela 16, a falta de conhecimento prático, e a falta de conhecimento teórico, tipologia de doentes internados e ausência de prescrição pela equipa médica, verificamos que todas as variáveis são independentes da experiência profissional. A falta de conhecimento prático é independente da experiência profissional ($p > 0,05$), sendo que 73,80% responderam afirmativamente a esta questão. A falta de conhecimento teórico é independente da experiência profissional ($p > 0,05$), ainda que 63,10% responderam afirmativamente, assim como a ausência de prescrição pela equipa médica verificando que 75,7% responderam afirmativamente à questão. Pela análise da tabela, realçamos que a maior percentagem dos inquiridos ($n = 103$) têm experiência superior a 10 anos.

Tabela 16. - Relação entre experiência profissional e os fatores, que levam à pouca utilização no serviço.

		Menos de 5 anos de experiência	Entre 5 e 10 anos de experiência	Mais de 10 anos de experiência	Total	p
Falta de conhecimento prático	Não	1,90%	9,70%	14,60%	26,20%	0.099
	Sim	8,70%	12,60%	52,40%	73,80%	
	Total	10,70%	22,30%	67,00%	100,00%	
Falta de conhecimento teórico	Não	1,90%	9,70%	25,20%	36,90%	0.350
	Sim	8,70%	12,60%	41,70%	63,10%	
	Total	10,70%	22,30%	67,00%	100,00%	
Tipologia de doentes internados	Não	5,80%	15,50%	51,50%	72,80%	0.282
	Sim	4,90%	6,80%	15,50%	27,20%	
	Total	10,70%	22,30%	67,00%	100,00%	
Ausência de prescrição pela equipa médica	Não	2,90%	3,90%	17,50%	24,30%	0.680
	Sim	7,80%	18,40%	49,50%	75,70%	
	Total	10,70%	22,30%	67,00%	100,00%	

Seguindo com a análise utilizando o χ^2 , à questão filtro, tem dúvidas acerca da colocação do cateter subcutâneo (*tab.17*), os investigadores pretendiam identificar as dúvidas: se ao nível da punção, se ao nível das indicações e contra-indicações, medicações a infundir e por fim se ao nível da fisiologia/funcionalidade da técnica. Das 57,3% que responderam terem dúvidas, estatisticamente todas elas são independentes da experiência profissional, uma vez que $p > 0,05$. De seguida apresentamos a tabela.

Tabela 17. - Relação entre experiência profissional e dúvidas acerca da colocação do cateter subcutâneo.

		Menos de 5 anos de experiência	Entre 5 e 10 anos de experiência	Mais de 10 anos de experiência	Total	p
Punção (técnica e locais)	Não	5,10%	1,70%	23,70%	30,50%	0.266
	Sim	6,80%	15,30%	47,50%	69,50%	
	Total	11,90%	16,90%	71,20%	100,00%	
Indicações e contraindicações	Não	3,40%	6,80%	23,70%	33,90%	0.878
	Sim	8,50%	10,20%	47,50%	66,10%	
	Total	11,90%	16,90%	71,20%	100,00%	
Medicações	Não	0,00%	1,70%	11,90%	13,60%	0.460
	Sim	11,90%	15,30%	59,30%	86,40%	
	Total	11,90%	16,90%	71,20%	100,00%	
Fisiologia/funcionalidade da técnica	Não	3,40%	8,50%	42,40%	54,20%	0.301
	Sim	8,50%	8,50%	28,80%	45,80%	
	Total	11,90%	16,90%	71,20%	100,00%	

Para a *tabela 18*, os investigadores pretenderam analisar se estatisticamente haveria relação entre a experiência profissional e a resposta à escolha múltipla: quais as indicações para a utilização da via subcutânea?. Aplicando o teste não-paramétrico do *Qui-Quadrado* (χ^2) salientamos que para $p < 0.05$ a ausência de via oral, e a via preferencial em cuidados paliativos são as duas variáveis estatisticamente significativas. As opções, anasarca, reposição de eletrólitos, sedação e/ou analgesia e o tratamento de choque hipovolémico são independentes da experiência profissional visto que $p > 0,05$.

Tabela 18. - Relação entre experiência profissional e a indicação para a utilização da via subcutânea.

		Menos de 5 anos de experiência	Entre 5 e 10 anos de experiência	Mais de 10 anos de experiência	Total	p
Ausência de via oral	Não	5,80%	14,60%	22,30%	42,70%	0.02
	Sim	4,90%	7,80%	44,70%	57,30%	
	Total	10,70%	22,30%	67,00%	100,00%	
Anasarca	Não	8,70%	20,40%	53,40%	82,50%	0.447
	Sim	1,90%	1,90%	13,60%	17,50%	
	Total	10,70%	22,30%	67,00%	100,00%	
Reposição de eletrólitos	Não	9,70%	18,40%	51,50%	79,60%	0.515
	Sim	1,00%	3,90%	15,50%	20,40%	
	Total	10,70%	22,30%	67,00%	100,00%	
Sedação e/ou analgesia	Não	2,90%	14,60%	27,20%	44,70%	0.057
	Sim	7,80%	7,80%	39,80%	55,30%	
	Total	10,70%	22,30%	67,00%	100,00%	
Tratamento de choque hipovolêmico	Não	10,70%	21,40%	67,00%	99,00%	0.173
	Sim	0,00%	1,00%	0,00%	1,00%	
	Total	10,70%	22,30%	67,00%	100,00%	
Via preferencial em Cuidados Paliativos	Não	3,90%	1,00%	18,40%	23,30%	0.041
	Sim	6,80%	21,40%	48,50%	76,70%	
	Total	10,70%	22,30%	67,00%	100,00%	

No próximo ponto passamos a discutir os resultados obtidos.

4.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Findada a análise dos resultados, é tempo dos investigadores refletirem sobre os mesmos e daí tirarem as conclusões mais relevantes do estudo. O processo de investigação está implícito no trabalho desta natureza, pois só com investigação é que podemos enriquecer a disciplina de Enfermagem levando a uma melhoria contínua. Através da procura de um saber especializado poderemos responder mais adequadamente às necessidades sentidas no processo de cuidar da pessoa em CP.

De salientar que, a discussão dos resultados e sua interpretação teve como referência a questão de investigação e os objetivos delineados. A análise dos resultados para Fortin (1999), é "(...) a etapa mais difícil do relatório de investigação, dado que exige uma reflexão intensa e um exame profundo de todo o processo de investigação" (p.477).

Neste sentido, com a interpretação dos dados pretendemos estabelecer um paralelismo entre os resultados obtidos com maior relevância, com a literatura e outros trabalhos realizados, enfatizando os achados desta investigação. Os resultados devem demonstrar uma certa lógica em relação às questões de investigação. Devem estar também, relacionados com os resultados de outros trabalhos de investigação e respeitar os limites de investigação empreendida (Fortin, 1999, p. 331). Deste modo, seguindo o pressuposto do autor acima citado, numa perspetiva de facilitar a compreensão da problemática em estudo e a sua finalidade optou-se por apresentar os resultados indo de encontro aos objetivos delineados inicialmente.

Na análise aos resultados obtidos nas várias questões, verificamos que todos os participantes responderam acertadamente à questão do significado que atribuíam à técnica da hipodermóclise. No que se refere a como adquiriram os conhecimentos, 47,60% (n=49) foi unânime a responder através de um colega de serviço. Todos os inquiridos, identificaram vantagens da utilização da via subcutânea. Na questão acerca das indicações da utilização da via subcutânea obtivemos maior resposta no item referente à via preferencial em CP (n=79) 33,6%. No entanto, a literatura salienta que a via subcutânea é utilizada preferencialmente na ausência da via oral. No que concerne às contra indicações da utilização desta via, tal como refere a literatura a recusa do doente (n = 67) 22,0% é a principal contraíndicação, visto que a vontade do doente terá sempre que ter sido colocada como prioridade. A questão colocada acerca das complicações da via SC, evidenciou que (n=76) 29,20% responderam: edema local de

entre as opções disponibilizadas. As complicações da utilização desta via são muito reduzidas e facilmente reversíveis, pelo que o edema local poderá ser a opção menos grave que poderá ocorrer de entre as opções utilizadas. Para Perera et al. (2011), nas conclusões do seu estudo, enfatizou que a utilização da via subcutânea de forma adequada e respeitando as suas contra indicações, é uma técnica muito útil e deve utilizar-se em larga escala na área dos CP.

Quanto ao volume máximo que poderá ser administrado, verificamos que (n=63) 61,20%, respondeu 1000 a 1500ml nas 24h, onde na realidade poderá ser administrados 3000ml nas 24h, desde que em locais diferentes. A ausência de prescrição da equipa médica (n=78) 31,60% a par falta de conhecimento prático (n= 76) 30,80%, foram apontadas como as principais razões que consideram levar à pouca utilização nos serviços. Esta pergunta veio a ser reforçada pela questão que se seguiu, em que (n=33) 32% respondeu que nos últimos 5 anos realizou a técnica menos de 5 vezes. A maioria dos participantes identificou sendo uma técnica passível de ser utilizada no domicílio (n=96) 93,20%. Na questão acerca das dúvidas acerca da técnica de colocação do cateter dos (n=59) 57,30% que responderam afirmativamente, (n=51) 32,30% selecionaram a opção que as dúvidas se prendiam com as medicações a administrar por via subcutânea. Para a questão acerca da importância da formação, todos os participantes responderam sim (n=103), 100%.

A análise estatística do *Qui-quadrado de Pearson* (X^2) considerando $p < 0,05$, estatisticamente a relação entre a idade e como adquiriu os conhecimentos são variáveis dependentes. Na análise estatística entre a idade e quantas vezes realizou a técnica, o resultado de $p > 0,05$, levando à análise de que estas são independentes estatisticamente. Comparativamente, com as variáveis experiência profissional e os fatores que levam à pouca utilização nos serviços, dentre as opções todas elas se revelaram independentes, para $p > 0,05$. Na análise das variáveis experiência profissional e dúvidas acerca da colocação do cateter subcutâneo, também estatisticamente $p > 0,05$, concluindo assim, que são independentes. Por fim, os investigadores pretendiam verificar se estatisticamente haveria relação entre as variáveis da experiência e as indicações para a utilização da via subcutânea, estas variáveis são dependentes para a resposta a ausência de via oral ($p < 0,05$), e para a variável via preferencial em CP em que o valor de $p < 0,05$. Para Fortin (1999), “quer os dados sejam ou não significativos, eles podem contribuir em diversos graus para o avanço dos conhecimentos. O investigador deve interpretar para além da significação

estatística dos resultados, a importância que estes têm para a prática profissional” (p.335).

Da síntese dos resultados, poderemos concluir que os investigadores alcançaram os objetivos inicialmente delineados e assim responderam à questão de investigação deste estudo, visto que a aplicação do questionário permitiu compreender a percepção dos profissionais de saúde acerca das vantagens da utilização da via subcutânea e identificar os conhecimentos que detêm acerca de indicações e contra indicações da utilização desta via. Por outro lado, e não menos importante, este estudo permitiu visualizar quais as dificuldades sentidas na administração de medicação subcutânea para o controlo de sintomas no doente em fim de vida, dentro desta população de enfermeiros que participaram no estudo. Os resultados deste estudo e as evidências científicas, levam-nos afirmar que é urgente a formação dos enfermeiros para a utilização da via subcutânea e da técnica da hipodermóclise, podendo a pessoa com uma doença avançada, progressiva e terminal usufruir de uma melhor qualidade de cuidados. O estudo de Queiroz e Capelas (2016), também vem reforçar a necessidade de formação avançada em CP. Estes, são efetivamente uma resposta eficaz e eficiente para assegurar o conforto e conseqüentemente, o bem estar da pessoa.

5. CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Assegurar a qualidade de vida e conforto à pessoa em fim de vida implica que se efetue uma boa gestão de sintomas e para isso a via subcutânea constituiu-se numa alternativa quando não resulta a via oral. Contudo, a utilização da via subcutânea é escassa e está ainda rodeada de algum desconhecimento e até de mitos, o que impede a sua implementação e desenvolvimento.

De seguida apresentamos as conclusões mais significativas que emergiram no desenvolvimento do nosso estudo:

- 68,9% ($n=71$) dos enfermeiros, identificaram vantagens na utilização da via subcutânea, nomeadamente as vantagens mais mencionadas relacionaram-se com a segurança, comodidade, ser uma via que induz pouca dor e que é de fácil manuseamento;
- 47,6% ($n=49$) dos enfermeiros referiram ter adquirido conhecimento acerca da administração da técnica da hipodermóclise através de um colega de serviço;
- Os enfermeiros salientam que a utilização da via subcutânea está indicada para substituição da via oral 57,3% ($n=59$) e também para a sedação e/ou analgesia da pessoa doente 55,3% ($n=57$);
- Salientam como contra indicações na utilização da via subcutânea quando existe recusa da pessoa doente 65% ($n=59$), lesões da continuidade da pele 55,3% ($n=57$);
- Salientam como complicações relativas à utilização da via subcutânea: edema local 73,8% ($n=76$); dor/desconforto 63,1% ($n=65$) e infecção 41,7% ($n=43$);
- Os enfermeiros referem que o volume máximo de fluidos administrar pela via subcutânea nas 24h seria entre 1000 a 1500ml (61,2% ($n=63$)) o que contraria as evidências científicas constantes na literatura na medida em que esta demonstra que se poderá administrar 3000ml nas 24h (15,5% ($n=16$)), exigindo mais que um acesso;
- Os enfermeiros referem que utilizam pouco a via subcutânea e que se deve ao facto de ausência de prescrição pela equipa médica 75,7% ($n=78$), falta de conhecimento prático 73,8% ($n=76$) e falta de conhecimento teórico 63,1% ($n=65$);
- Grande parte dos enfermeiros utilizou a via subcutânea nos últimos 5 anos menos de cinco vezes 32% ($n=33$) e alguns deles nunca realizou 27,2% ($n=28$);
- 93,2% ($n=96$) dos enfermeiros consideram ser uma técnica muito segura para ser realizada no domicílio;
- 57,3% ($n=59$) dos enfermeiros revelaram possuir dúvidas quanto à mobilização da técnica de colocação de cateter subcutâneo, deste que referem ter duvidas,

32,3% (n=51) referem que são acerca da medicação a administrar, e 25,9% (n=41) acerca da punção (técnica e locais);

- Todos os enfermeiros (100%) consideraram ser necessário formação nesta área.

Em resposta aos resultados obtidos na análise ao questionário, destacamos como sugestões:

- Desenvolvimento de formação para sensibilização do uso da via subcutânea aos profissionais de saúde (apêndice IV);
- Elaboração de um procedimento de utilização da via subcutânea (apêndice VIII);
- Consciencialização da EIHSCP, do CHMA, EPE para a necessidade de serem agentes formadores acerca da terapêutica subcutânea nos serviços.

Salientamos, que a principal limitação sentida pelos investigadores, prendeu-se com o período da colheita de dados, que se realizou nos meses verão, coincidindo com o período de férias. Neste sentido, poderemos não ter alcançado todos os profissionais de saúde abrangidos pelo estudo, por não se encontrarem a trabalhar no momento da divulgação do questionário. O curto período de tempo em que o questionário esteve disponível, poderá ser também considerada uma limitação.

Ainda assim, consideramos que os achados deste estudo permitiram acrescentar conhecimento na área da terapêutica subcutânea, levando também à consolidação de conclusões já existentes. Ainda que este estudo apresenta limitações, os resultados obtidos contribuíram para demonstrar o grande potencial que ainda há por explorar acerca da terapêutica subcutânea. Neste sentido, para atingir a finalidade proposta pelo estudo, os investigadores propõem como premente a dinamização de formação aos profissionais de saúde do contexto onde está a ser realizado o ENP, podendo contribuir para uma melhoria da qualidade de cuidados prestados numa perspetiva de CP especializados privilegiando a via subcutânea no cuidar da pessoa em fim de vida.

No próximo capítulo apresentamos as atividades desenvolvidas no ENP para o desenvolvimento de competências específicas à luz dos pilares fundamentais da área dos CP e de competências gerais como a formação e a gestão

6. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDOS NO ENP

Neste capítulo, apresentamos as atividades realizadas durante o ENP que teve a durabilidade de 390 horas presenciais, utilizando uma análise crítica e reflexiva. Salientamos que na sua apresentação, procuramos atravessar os eixos fundamentais dos CP: controlo de sintomas, comunicação, apoio à família, apoio no processo luto, trabalho em equipa inter e multidisciplinar, demonstrando as competências adquiridas.

O enfermeiro especialista é aquele que possui conhecimentos diferenciados e competências numa área específica, executando uma prática diferenciada e especializada que inclui: ensino, administração, pesquisa e consultoria (ICN, 2020).

Neste sentido, procurando desenvolver competências específicas na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa, integramos as diversas dimensões dos CP, de forma a dar resposta às situações da pessoa com doença avançada, progressiva e terminal e família, que são complexas e que exigem um cuidar integral e interdisciplinar para a redução do sofrimento, promoção do bem estar e preservação da dignidade da pessoa (Cortês et al., 2021). De facto, e conforme salienta Azevedo et al. (2018), cuidar do doente em fim de vida representa um desafio, porque exige que o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, (por ser aquele que estabelece maior contacto com a pessoa em situação de vulnerabilidade), adquira competências especializadas para um cuidar multidimensional.

Também, Neto (2021), enfatiza que cuidar daqueles que enfrentam a última etapa da vida, exigem cuidados rigorosos e compassivos, assentes numa prática em que respeite as várias dimensões dos cuidados paliativos: gestão de sintomas; comunicação; apoio e intervenção psicoemocional, apoio à família, apoio no luto e trabalho interdisciplinar.

Partindo destes pressupostos, de seguida passamos apresentar as atividades desenvolvidas, utilizando conforme já acima referido, uma análise crítica e reflexiva e demonstrando as competências adquiridas.

6.1. ÁREA DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM CP

Conscientes que prestar cuidados paliativos à unidade de cuidados: pessoa doente e família e considerá-los como sujeito de cuidados, exige um planeamento de cuidados que se dirija para a individualidade da pessoa e que a tomada de decisão tenha um propósito comum é perfilhado por todos os envolvidos no processo de cuidar. Como tal, torna-se fundamental uma avaliação rigorosa das necessidades presentes, entendendo cada necessidade como uma doença em si.

Capelas et al. (2006), enumera dez instrumentos básicos e imprescindíveis na prática de cuidados paliativos, são eles:

- avaliação de necessidades - nesta deve constar: história clínica, expectativas, percepção do doente acerca da doença (o que sabe, o que pretende saber, acerca do diagnóstico e prognóstico da doença);
- plano terapêutico - deve incluir não só a medicação habitual, como medicação em SOS para atuar perante as crises. Os familiares/doentes quando capazes deverão idealmente compreender para que é utilizado cada medicamento;
- controlo sintomático - deve-se atender a uma informação clara e transparente acerca dos planos terapêuticos, antecipar problemas, empoderar os cuidadores de forma a uma aceitação do processo de doença;
- suporte emocional - facilitar o acompanhamento psicológico de forma a ajudar o processo de luto;
- informação e comunicação - linguagem adequada de forma a que a mensagem seja decodificada pelo receptor;
- respeito pelos valores e ética clínica - atender às vontades
- adaptação das organizações - de forma a responder às necessidades efetivas da pessoa e família;
- mudança na organização e recursos;
- avaliação e monitorização dos resultados;
- melhoria contínua da qualidade, que será sempre o objetivo primordial da prática diária.

Neste sentido, traçamos os seguintes objetivos:

- Objetivos Gerais:
- Adquirir competências científicas, técnicas, humanas, culturais e espirituais nas áreas fundamentais dos CP;
- Adquirir competências no planeamento, organização, execução, monitorização e avaliação dos cuidados especializados prestados à pessoa e família em CP.
- Objetivos Específicos:
- Mobilizar, inovar e transformar os conhecimentos previamente adquiridos, na identificação de necessidades de cada pessoa doente e família, de forma, a elaborar um plano de cuidados personalizado e individualizado de acordo com as necessidades presentes;

- Desenvolver habilidades na elaboração, implementação e avaliação de um plano de cuidados que dê resposta às várias dimensões da pessoa doente e família;
- Desenvolver capacidades de análise e reflexão crítica através das situações complexas que surgiam de forma a um agir integrado e sustentado;
- Desenvolver habilidade na gestão de sintomas;
- Desenvolver habilidades no âmbito do manejo da medicação por via subcutânea e técnica de hipodermóclise;
- Desenvolver habilidades no processo de acompanhamento e apoio às famílias inclusive no processo do luto;
- Desenvolver habilidades no acompanhamento do processo de morrer;
- Desenvolver habilidades no âmbito do trabalho em equipa inter e multidisciplinar.

Quando se fala em cuidar em fim de vida a quem o prognóstico de vida é limitado, o nosso foco central é a qualidade de vida. De facto, nós profissionais de saúde fomos formados para curar, levando-nos a sentimentos de angústia e frustração quando não o conseguimos fazer. Dizia Hennezel (2001), que “a medicina otimizada deste final de século acabou por esquecer o Homem” (p.56).

Assim, os CP “(...) dirigem-se mais ao doente do que à doença; aceitam a morte, mas procuram e melhoram a vida; constituem uma aliança entre o doente/família e os prestadores de cuidados; preocupam-se mais com a “reconciliação do que com a cura (...)” (Bernardo, et. al, 2006, p. 8). Neste sentido, ao longo deste estágio de natureza profissional, procuramos na prestação de cuidados agir com compaixão e respeitando o sofrimento de forma a ajudar a pessoa que enfrenta a terminalidade da vida e sua família a ultrapassar esta fase difícil das suas vidas. Evidentemente que para isso, contámos com uma equipa de saúde que aplica os princípios e filosofia dos CP. Esta equipa de saúde, tem como áreas de intervenção: acompanhamento dos doentes internados e acompanhamento dos doentes na consulta externa de paliativos, o que facilitou o nosso contacto diversificado com situações complexas. Mais se salienta, que esta equipa de saúde, funciona em interdisciplinaridade, proporcionando suporte físico, emocional, espiritual e social.

Durante a nossa intervenção procuramos mobilizar, inovar e transformar os conhecimentos previamente adquiridos na identificação de necessidades de cada pessoa doente e família, de forma, a elaborar um plano de cuidados personalizado e individualizado de acordo com as necessidades presentes. Para isso, aplicamos diferentes instrumentos de avaliação para diagnosticar e planear os cuidados e para uma reavaliação constante das intervenções implementadas, nomeadamente as

escalas: Escala de Sintomas de Edmonton (anexo I) e Palliative Performance Scale (anexoII).

Cuidar da pessoa que enfrenta o fim da vida requer um cuidado humano e para isso exige de nós conhecimento, atenção, sensibilidade, de forma a dar sentido a esta etapa da vida. Estas características, estavam presentes na equipa de saúde, quer na avaliação de necessidades quer na tomada de decisão, o que promoveu que desenvolvesse-mos competências a vários níveis: a nível da formulação de diagnósticos de acordo com cada necessidade que o doente e família apresentava; a nível do planeamento dos cuidados visando a obtenção de benefícios em saúde, a nível da tomada de decisão centrada no doente e família, na preparação da família para a continuidade de cuidados e na ajuda no seu processo de luto.

Assim, passamos de seguida a expor uma situação que acompanhamos que nos sensibilizou para a importância de desenvolver competências e habilidades na avaliação de necessidades, na medida em que esta se constitui como fundamental para o entendimento do problema existente. A forma como esta avaliação é efectuada é determinante para a definição de estratégias de intervenção.

Sr. M, 56 anos de idade, solteiro e vivia com a mãe. Tinha 3 irmãos que viviam perto de si mas que não mantinham contacto. Possui o diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré, (caracterizada por ser uma polineuropatia desmielinizante aguda do Sistema Nervoso Periférico), tendo resultado numa paraplegia. Sem outros antecedentes.

Quando iniciamos o seu acompanhamento, já se encontrava internado há 3 meses. Devido à sua situação de doença, desenvolve úlceras na sacro, exsudativas, de grau IV. A situação de doença foi evoluindo, perde autonomia e passa a estar confinado ao leito, o que deixa o Sr. M. muito preocupado, pois não tinha sido informado previamente que esta situação poderia ocorrer. Tem necessidade de realização de penso diário. Numa fase inicial a limpeza da ferida acontecia no bloco operatório onde se efetuava o seu desbridamento.

Esteve internado por um longo período de tempo, surgiram várias alterações do seu processo de doença, nomeadamente: febre, alterações dos parâmetros analíticos, até à deterioração progressiva do seu estado geral. Esta situação foi exigindo à equipa de saúde uma reavaliação constante dos sintomas presentes, o que conduziu a alterações dos focos de atenção e consequentemente reformulação do plano de intervenção. Vislumbra-se a fase agónica. A equipa de saúde procurava sempre que ele fosse parte ativa no seu processo de doença. O Sr. M. mantinha sempre um sorriso, dava um bom dia com uma voz forte, quando nós entrávamos na enfermaria. Procuramos sempre que

ele pudesse manifestar os seus sintomas e problemas quer numa dimensão física, quer numa dimensão emocional. Procuramos demonstrar disponibilidade, realizar uma escuta ativa e tocando de forma afetiva quando necessário. Foi fundamental darmos tempo e promover momentos de silêncio pois facilitou o estabelecimento de uma relação de confiança e de segurança.

O Sr. M., mantinha a esperança de cura, mas o trabalho que fomos efetuando com ele assente na verdade, na disponibilidade na presença, favoreceu o estabelecimento de metas realistas e o Sr. M. foi realizando pequenos projetos. Um dos projetos que ele salientava como positivo foi o facto de criar laços afetivos novamente com os irmãos que se encontravam afastados. Esta aproximação familiar, facilitou ao Sr. M. que o encontro com o processo de morrer fosse vivido com tranquilidade, pois tinha sido cumprido um dos seus desejos, a convivência familiar.

O fim da vida aproximava-se e no dia anterior ao seu falecimento despede-se da colega que estava no turno. Esta dizia “*O Sr. M. pressentiu o fim e quiz despedir-se de nós*”. Efetivamente, aprendemos uma grande lição com o Sr. M., a comunicação/interação é essencial para um acompanhamento de proximidade e conseqüentemente para proporcionar uma morte serena. Sentimos que marcamos a diferença nesta etapa da vida do Sr. M. Envolvemos o Sr. M., consideramo-lo como sujeito ativo na tomada de decisão, ajustamos intervenções de acordo com os problemas existentes, ajudamos no processo de luto ao facilitar o reencontro familiar, fomos avaliando e respondendo às necessidades que o Sr. M. ia apontando. De facto, acompanhar o fim de vida é de grande complexidade pois envolve sentimentos, emoções, comunicação, conhecimentos e sobretudo saber estar junto daquele que vive a última etapa da vida. Reconhecemos que é preciso treino, treino e treino. Prestar CP envolve trabalho em equipa em que a pessoa doente é membro desta equipa. Refere Freire et al. (2022), que “os CP são uma grande máquina, composta por gentes de diversas áreas do saber, cuja engrenagem trabalha para o total bem-estar dos doentes e famílias” (p.65).

Outra situação que queremos destacar, relaciona-se com a preocupação que a equipa de saúde tinha em satisfazer os desejos da pessoa doente. Passamos a explicitar uma situação em que o objetivo maior da equipa de saúde foi responder aos desejos da pessoa doente.

O Sr. J, 67 anos de idade, com diagnóstico de neoplasia do cólon com metastização hepática e carcinomatose peritoneal, foi internado por oclusão intestinal. Esta é uma das complicações que pode ocorrer devido à evolução do processo de doença. Tivemos a oportunidade de cuidar do Sr. J. Quando o conhecemos já tinha uma semana

de internamento na unidade de cirurgia. Estava consciente, orientado, com autonomia para os autocuidados. Apresentava uma sonda nasogástrica em drenagem, contendo no saco conteúdo fecalóide.

Aproximamo-nos do Sr. J., encontrava-se bem disposto, muito receptivo à nossa presença. Estabelecemos diálogo, procurando perceber as suas preocupações, os seus desejos e sobretudo, perceber o que sabia da sua situação clínica e o que desejava saber. Assim, mostramos disponibilidade, sentamo-nos e favorecemos a expressão de sentimentos e emoções. O Sr. J. verbaliza que vai realizar um exame com o intuito de desobstruir o intestino e que acreditava que iriam conseguir. Contudo, a desobstrução do intestino não foi conseguida, e como tal, o Sr. J. entra num processo de afastamento social, refugia-se em si mesmo e o seu estado geral entra em deterioração. No sentido, de o ajudar a lidar com o processo de perdas que ia enfrentando, procuramos conhecer os seus gostos, descobrindo que nos seus tempos livres gostava de cuidar de pássaros. Assim, as nossas conversas passaram a centrar-se nesta temática, proporcionando ao Sr. J. momentos de bem-estar, de alguma alegria ao recordar as suas vivências anteriores ao processo de doença.

Durante um nosso encontro, verificamos que o Sr. J. gostava de ir a sua casa. Neste sentido, a equipa de saúde procurou que este seu desejo fosse cumprido. Para isso, agendou-se uma conferência familiar com o propósito de identificar junto da família a possibilidade de ser cumprido este desejo. Assim, estiveram presentes os dois filhos do Sr. J. e procuramos em primeiro lugar explorar medos, possibilitar a colocação de questões e negociar estratégias conjuntas de forma a ser possível a ida do Sr. J. a casa ver os seus pássaros. Após explorarmos todas as preocupações presentes e negociarmos o ajuste do plano terapêutico que consistia na retirada da sonda nasogástrica (pedido do Sr. J.), e ainda no estabelecimento de medidas preventivas de possíveis situações, os filhos do Sr. J. concordaram com a ida do pai a casa no fim de semana para ver os seus pássaros.

Reforçamos assim, a importância da conferência familiar, para responder adequadamente às necessidades presentes.

Feiteira & Cerqueira (2019) definem Conferência Familiar (CF) como “uma reunião estruturada de intervenção ao doente e sua família, que deve respeitar os objetivos de intervenção familiar de acordo com a correta deteção das necessidades existentes” (p.5). A estruturação da mesma, deverá ser devidamente planeada e discutida por todos os intervenientes, delineando-se um plano de cuidados que vá de encontro com as necessidades e potencialidades do doente e família. Segundo Neto (2022), todos os

“membros da equipa de saúde com a devida preparação, podem e devem promover conferências familiares, em que se abordam emoções e se ajuda a família numa perspetiva de intervenção, desenvolvimento e procura de novos patamares para lidar e, eventualmente aceitar a difícil situação que vivem” (p. 8).

Nesta perspetiva, as CF's são uma ferramenta de comunicação que impede a fragmentação da informação em ambientes clínicos, bem como, a desinformação. Não menos importante, permitem que os familiares se adaptem ao processo de transição e de adaptação à fase de fim de vida do doente (Feiteira & Cerqueira, 2019).

Ao pensar nos Sr. 's J. 's que passaram por nós, recordamos o quão é importante manter a esperança e darmos esperança realista para preservar o bem-estar. Viana, (2010) citando (Wilkinson, 1996), reporta-nos que “a manutenção da esperança, o “esperar com” além do “sofrer com”, em CP é fundamental pois permite que os doentes vivam os seus últimos dias da forma mais plena possível” (p.37). Desta forma será possível que os doentes em fim de vida, façam a transição entre a aceitação da morte, reconciliando-se com a vida.

Twycross (2001), delineou três factores que influenciam a esperança nos doentes terminais: o doente sentir-se valorizado; manter relacionamentos significativos com as pessoas próximas e amigos; as recordações e o sentido de humor; manter objetivos realistas e o alívio da dor e do mau estar. Segundo esta autora, influenciam na forma como os doentes encaram a evolução da doença. Contudo, durante o ENP, verificamos que nem sempre conseguimos proporcionar uma esperança realista na medida em que existe uma variabilidade de aspectos/situações que dificultam, nomeadamente o descontrolo de sintomas, a sua agudização, a existência de afastamento da família e por vezes as nossas próprias emoções, como um sentimento de impotência que nos gera angústia por não conseguirmos “combater” o sofrimento existente.

Para Viana (2010) citando McClement & Chochinov (2008), no seu estudo escreve que embora não exista uma definição universal de esperança na literatura, o que é aparente é que qualquer conceptualização de esperança deve reflectir a sua complexidade, orientação para o processo, multidisciplinaridade, natureza dinâmica e individualizada, assim como, orientação para o futuro.

A subjetividade e a multidimensionalidade da esperança enriquece a forma como cuidamos e como percebemos o outro, ou seja, uma pessoa frágil, com medos e angústias. Neste sentido, temos o papel fundamental de alimentar a esperança na vida e no futuro daquele que cuidamos. Deste modo, compete ao enfermeiro no delineamento das suas intervenções, a promoção da esperança. Ajudar a pessoa

doente a transcender a doença e a encontrar força interna é fundamental para combater a desesperança e, assim, encontrar harmonia interna, mesmo que a situação evolua para a morte (Viana, 2010).

Efetivamente, pudemos aprender em contexto real que para prestarmos cuidados individualizados e multidimensionais, exige competências para a transformação do sofrimento em força da vida.

Para Querido (2005), existe uma mudança do foco da esperança na pessoa que experiencia a doença. Salienta ainda, que as pessoas que vivenciam uma fase terminal de doença modificam o foco da esperança, expressando-a de modo mais geral, ou seja, menos centrado em si mesmo e mais focalizada nos outros. Analisando nesta perspetiva, a determinada altura, os doentes direcionam realmente a esperança para aqueles que lhe são mais queridos (os netos, os filhos) uma esperança que se alimenta com amor, levando a que o doente terminal se reconcilie com a morte. Chochinov et al. (1998), relacionaram a falta de esperança com os maiores índices de depressão e suicídio. Concluíram inclusive, que a desesperança está mais relacionada com a ideação suicida do que com a depressão. A tríade equipa/doente/família pode minimizar danos irreversíveis desde que a intervenção seja o mais precoce possível.

Realçamos ainda, a importância de proporcionar momentos de silêncio, verificamos que ajuda na interiorização e aceitação do seu estado de saúde. Freire et al. (2022) partilha este sentimento, quando escreve que “é verdade que muitas vezes não há palavras... são preenchidas pelo silêncio, um silêncio cheio, que abraça e acalenta” (p. 19).

Em síntese, com esta atividade adquirimos e desenvolvemos uma variedade de competências e habilidades, nomeadamente aliar a competência técnica à humana, num trabalho em equipa. A par destas competências, desenvolvemos habilidades de nos autocuidar, protegendo-nos assim, do burnout.

6.1.1. Gestão de sintomas

A pessoa em cuidados paliativos enfrenta uma variabilidade de sintomas decorrente da evolução do processo de doença. Como tal, os sintomas têm elevada prevalência em CP. Eles são múltiplos e combinados, evolutivos e mutáveis, têm carácter multidimensional e causas multifatoriais.

Definir e caracterizar sintomas em CP exige que o profissional de saúde se foque no sintoma como uma doença em si, com a sua subjetividade e que entenda que a descrição do sintoma pela pessoa doente é modelada por determinados aspetos, como:

o estado de ânimo; o significado que a pessoa lhe atribui; o ambiente envolvente e o grau de adaptação emocional à situação (Pires, C. & Gonçalves, E. 2021).

Aliviar sintomas nesta fase da vida é fundamental para que a pessoa encontre tranquilidade e como tal, possa viver esta etapa da vida com algum conforto. Para Kolcaba (2003), aliviar significa satisfazer uma necessidade de conforto específica que permite à pessoa doente retomar a sua atividade anterior ou proporcionar uma morte tranquila.

A dimensão do controlo de sintomas em CP é extremamente relevante, pelo que o não controlo compromete a qualidade de vida e a preservação da dignidade. Assim, Neto (2006), sublinha que “ao controlar adequadamente os sintomas, poderemos estar a favorecer para além da qualidade de vida, a quantidade da mesma” (p.55). Desta forma, a vigilância atenta dos sintomas deve fazer parte da avaliação clínica dos nossos doentes; o seu controlo tem como intuito máximo reduzir o *distresse*, aumentar a qualidade de vida e maximizar o conforto (Freire, E. & Fernandes, R., 2021).

No decorrer do ENP confrontamo-nos com muitas situações de agudização dos sintomas, em que a intervenção da EIHS CP foi fundamental para uma gestão eficaz dos sintomas. Verificamos, que as equipas de saúde das unidades de internamento apostavam em intervenções muito evasivas que se dirigiam para a curabilidade, o que comprometia a preservação da dignidade da pessoa em fim de vida. Salienta, Pais, C., et al. (2019), que a procura da curabilidade a todo o custo, leva a que o conforto seja descurado e a sua dignidade como pessoa seja lesada.

Passamos a expor uma situação clínica acompanhada por nós durante o ENP: o Sr. H, 95 anos, viúvo, com diagnóstico de pneumonia à esquerda, acamado há um mês num serviço de medicina, apresentava alterações do estado de consciência. Tinha como antecedentes pessoais: HTA, IC, e DPOC fazendo BIPAP noturno.

Foi pedido colaboração à EIHS CP após uma semana de internamento do Sr. H. Ao Sr. H. já lhe tinha sido instituída antibioterapia devido à sua pneumonia. Na descrição do pedido de colaboração exponha os motivos como a necessidade de medidas de conforto. Aquando da nossa visita verificamos pela observação que o Sr. H. apresentava edemas dos membros inferiores, hematomas diversos nos membros superiores devido às diversas tentativas de punção endovenosa, possuía oxigénio por ventimax a 35% devido à dificuldade respiratória que apresentava e tinha sonda nasogástrica para alimentação. Após esta primeira observação, entendemos que era necessário tomar decisões acerca do plano de intervenções a instituir. Para isso, com a equipa de saúde da unidade de medicina procuramos que o plano de intervenção fosse perfilhado por

todos de forma a que todos tivéssemos o mesmo propósito - cuidados intensivos de conforto. Assim, após esta discussão em equipa de saúde, delineamos um plano de intervenção conjunto que fosse dando resposta aos problemas existentes e que também previa situações que poderiam ocorrer. Desta forma a abordagem dos sintomas foi gradual e sistematizada e passou por:

- avaliar antes de tratar;
- caracterizar o sintoma (localização, duração, intensidade, tipo, frequência, fatores desencadeantes e de alívio, sintomas associados, impacto nas actividades diárias, impacto emocional no doente)
- ponderar a realização de MCDT em função dos objetivos terapêuticos definidos para o doente;
- Tratar (em função do mecanismos etiopatológico e dos objetivos terapêuticos definidos para o doente);
- Prevenir e tratar efeitos secundários;
- Trabalhar em equipa multidisciplinar;
- Informar o doente, família (Pires, C. & Gonçalves, E. 2021, p.20).

Toda a nossa intervenção passava pelo aconselhamento/ tomada de decisão conjunta de forma a ponderar os ganhos e as perdas de determinadas intervenções. Claro que é difícil tomar decisões que visem a não cura e que respeite a ortotanásia, pois deparamo-nos com equipas médicas que dirigem o seu tratamento muito para a doença, com muitas incertezas quanto à paragem do investimento em termos de exames complementares de diagnóstico e em terem dificuldade em aceitar que a morte está próxima. Romero, I. et al. (2018), já dizia que a intervenção médica continua a dirigir-se para a doença em doentes que enfrentam a terminalidade da vida, revelando recusa em aceitar a morte.

Em vários momentos procuramos junto da equipa de saúde das unidades de internamento discutir e analisar de forma crítica algumas situações clínicas à luz dos princípios e filosofia dos cuidados paliativos de forma a disseminar o conceito dos CP, os seus valores e principalmente os ganhos que podemos oferecer à pessoa doente quando apostamos em intervenções que tem como propósito a qualidade de vida da pessoa. Refere Romero, I. et al. (2018), um tratamento de qualidade consiste em saber como começar e quando parar determinado tratamento. Um controlo efetivo dos sintomas passa muitas vezes pela simplificação terapêutica, por uma maior versatilidade dos medicamentos, pela utilização da via oral o mais possível e sobretudo

que nos foquemos no sintoma como uma doença em si que assola uma pessoa que está a viver determinada circunstância de vida.

Acrescentamos ainda, que os sintomas mais comuns em CP são: a dor, caquexia, anorexia e astenia, distúrbios do sono, sintomas digestivos (náuseas e vômitos, oclusão), sintomas respiratórios (dispneia, tosse). Contudo, durante o ENP tivemos mais oportunidades de intervir a nível do controlo da dor, da dispneia, da caquexia e anorexia.

No controlo da dor, embora tenhamos uma gama enorme de terapêutica anti-álgica, o que é certo é que muitas vezes conseguimos controlar a dor física, mas a dor emocional, e espiritual, é de difícil controlo. Tivemos oportunidade de discutir e partilhar opções terapêuticas para o controlo da dor com a pessoa doente e com a sua família, bem como, com as equipas de saúde das unidades de internamento, de forma a conseguirmos minorar a dor da pessoa doente. Salientamos que esta partilha e discussão nas equipas de saúde onde a pessoa doente e família tinham um papel ativo, revelou-se essencial para a estabilização e minoração da dor. Só com a implicação de todos os envolvidos no processo de cuidados, só com objetivos comuns se consegue proporcionar bem-estar à pessoa doente.

Foi também crucial para um bom controlo da dor os registos de enfermagem. Pois através deles conseguimos dar continuidade aos cuidados e realizar uma eficaz avaliação.

Contudo, a **dor** é um sintoma complexo, subjetivo, variável de pessoa para pessoa estando dependente de vários fatores: físicos, psicológicos, sociais e espirituais, que condicionam a sua percepção e o seu controlo (Sapeta, 2007). Como ilustra na fig. 2.

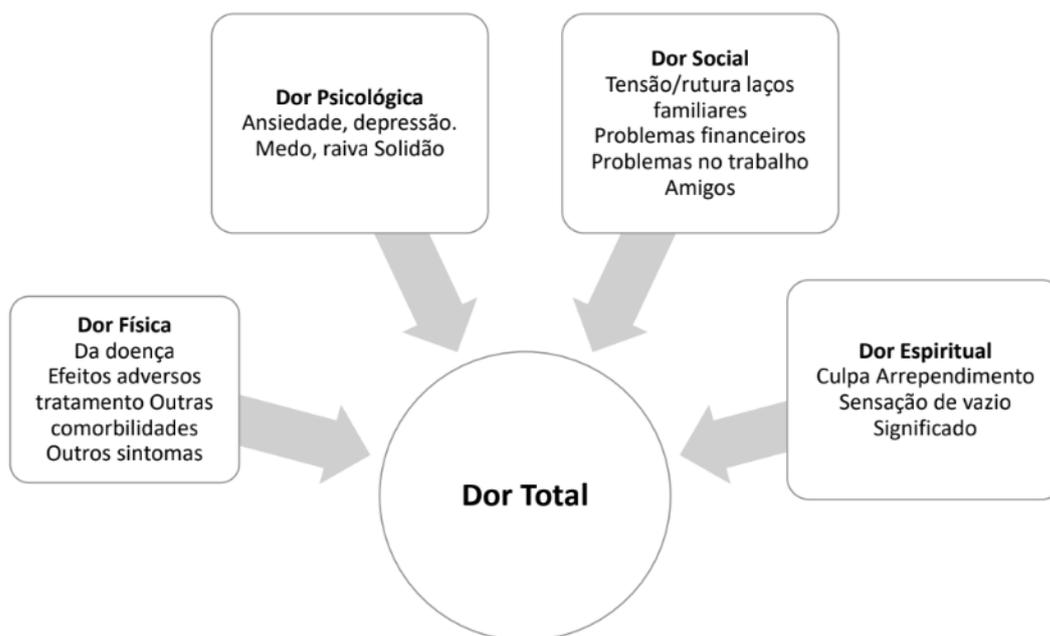


Figura 2. Dor total, segundo Cicely Saunders. Adaptado de Sapeta (2007).

Ao termos presentes todas as dimensões da dor, estamos conscientes que tratá-la vai para além da administração de analgesia. A dor psicológica, a dor social e a dor espiritual são muitas vezes esquecidas, levando a que frequentemente a pessoa doente diga que mantêm a dor, por mais ajustes que tenham sido feitos pela equipa de saúde.

A OMS (2002), já reforçava a importância das estratégias para o controlo da dor e nesta medida apresentava as seguintes *guidelines* :

- **Acreditar sempre nas queixas do doente;**
- **Avaliar antes de tratar:** estabelecer uma causa clara;
- **Conhecer as experiências anteriores do doente** nesta área: colher história detalhada da dor (semiologia); proceder a um exame físico cuidadoso e a eventuais exames complementares úteis; caracterizá-la quanto à sua intensidade, qualidade, cronologia, repercussão nas atividades diárias e no modo de alívio.
- **Avaliar o estado psicológico do doente** (conhecer o peso de outras variáveis).
- **Adoptar uma estratégia terapêutica mista:** métodos farmacológicos e não-farmacológicos.
- **Explicar de modo acessível** ao doente e família a causa do sintoma e envolvê-los no plano terapêutico possível e a propor.
- **Rever... Rever... Rever:** rever e avaliar periodicamente a dor, toda a actuação e a eficácia;

- **Registrar todas as ocorrências** relativas à avaliação, medidas implementadas para analgesia, resultados e eficácia obtida, reações e dúvidas do doente e família.

Em síntese, gerir a dor é complexo e envolve as várias dimensões da pessoa, ocupando o enfermeiro um papel de relevo no seu controlo, na medida em que, conforme salienta a OE (2008):

- Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado;
- Detêm o dever de participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional; passando pela responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor;
- Os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor (p.13).

O papel dos enfermeiros com quem trabalhamos, foi fundamental não só para o controle da dor, mas também, não menos importante, para a avaliação da dispneia. No caso do Sr. H. de 95 anos, anteriormente mencionado, também estava presente sinais de dispneia/dificuldade respiratória, ruídos respiratórios, secreções, polipneia, pelo que estava a fazer oxigénio por *ventimax* a 35%.

A **dispneia** é um dos sintomas muitas vezes presente na pessoa doente em CP, tendo grande impacto na sua qualidade de vida. Este sintoma define-se como a sensação subjetiva de falta de ar, sendo muitas vezes descrito pelo doente como um desconforto ao respirar, uma dificuldade em realizar uma inspiração completa, uma sensação de obstrução da via aérea, um aperto torácico ou cansaço (Silva, C.G. & Moreira, J.G. 2021, p. 97).

A pessoa com dispneia caracteriza esta, como algo perturbador que a limita e que lhe origina perda de autonomia. Dizia Azevedo, P. (2006) que a pessoa com dispneia a caracteriza como uma sensação de limitação e perda de autonomia resultante da diminuição da tolerância ao esforço.

Desta forma, é um sintoma multidimensional e variável de doente para doente, dependendo de fatores fisiopatológicos da doença subjacente, assim como fatores psicológicos, sociais, espirituais, ambientais e familiares, carecendo por isso, de uma abordagem holística (Silva, C.G. & Moreira, J.G., 2021). Neste caso em concreto, o Sr. H. já não tinha capacidade cognitiva para expressar a sensação ou não de dispneia. No

entanto, na maioria das vezes através da vigilância de sinais vitais, da vigilância das saturações de oxigénio, verificar as características da expectoração e a auscultação pulmonar, são medidas que ajudam a delinear intervenções mais ajustadas para conseguirmos proporcionar conforto e a minimizar o sofrimento.

A literatura sugere que são várias as causas da dispneia, podendo estas serem agrupadas em três grupos: como consequência da invasão local ou metastização; como consequência do tratamento e por fim causas relativas à progressão da doença nomeadamente: caquexia, anemia, cardiopatia, pneumonia, embolismos pulmonar, acidose metabólica, broncospasmo, pneumotórax, ansiedade e doenças neuromusculares. O Sr. H., sem resposta ao antibiótico, a sua fragilidade e com os seus antecedentes, foi evidente que o seu estado derivava da progressão da doença, o organismo estava a dar sinais de incapacidade de resposta, sendo claro para a equipa, a emergência de terapêutica dirigida ao conforto e palição.

Acompanhamos a Sr^a. L., 60 anos com diagnóstico de neoplasia pulmonar. Afetuosa, autónoma para as atividades de vida diária, comunicativa e bem disposta. Fazia-se acompanhar pelo marido e pelo seu oxigénio portátil!. Num episódio de agudização da dispneia recorreu ao serviço de urgência (SU), onde lhe foi prescrito oxigénio essencialmente para o período noturno e em SOS. No decorrer da consulta, referiu que esta sua vinda ao hospital se deveu ao facto de ter sentido uma sensação de “falta de ar” que não resolveu nem com a colocação de oxigénio, nem com as estratégias adaptativas que lhe tinham sido ensinadas. Ao longo da consulta e a dada altura, desabafa que o seu neto, que habitualmente a acompanhava desde o início da doença (consultas, realização de exames), iria emigrar para a Suíça. Tal notícia, desencadeou na Sra L. uma crise de dispneia/ansiedade que não conseguiu gerir.

A história da Sr^a L. alertou-nos para a importância de efetuarmos uma avaliação global na determinação das causas da dispneia. Assim, na avaliação deste sintoma é de extrema importância avaliar o impacto do mesmo do ponto de vista funcional e no que interfere nas atividades de vida diária da pessoa doente, sendo primordial a identificação das causas subjacentes ao mesmo (Silva, C.G. & Moreira, J.G. 2021; Azevedo, P., 2006).

Segundo os mesmo autores, na determinação da causa é fundamental uma anamnese detalhada, com a caracterização do sintoma: início e duração, intensidade, fatores de alívio ou agravamento, fatores precipitantes, resposta a tratamentos prévios, sintomas acompanhantes, patologias preexistentes, hábitos tabágicos ou outros (Silva, C.G. & Moreira, J.G. 2021; Azevedo, P., 2006). Desta forma, uma anamnese detalhada tinha

descartado de imediato a possibilidade da progressão da doença. Segundo Kamal et al. (2011), a dispneia varia de doente para doente, dependendo de fatores fisiopatológicos da doença subjacente (dor e outros sintomas), bem como, de fatores psicológicos (ansiedade, *cooping*, depressão), sociais (família, amigos, emprego, finanças), espirituais (sofrimento, significado, fé), ambientais e familiares do doente, carecendo por isso, de uma abordagem holística, determinante para a melhoria da qualidade de vida.

O tratamento da dispneia poderá ser dividido em três categorias: corrigir as causas susceptíveis de correção; tratamento não farmacológico; tratamento farmacológico sintomático (Twycross, 2001, p. 131). Como medidas gerais, podemos apontar: utilização de técnicas de relaxamento, distração e apoio psicossocial; adaptação do nível de atividade diária, medidas de suporte para as rotinas mais desgastantes (por exemplo: higiene pessoal); otimização nutricional; uso de ventoinhas para direcionar ar para a cara (melhoria subjetiva da dispneia com a sensação de ar em movimento); dispositivos de insuflação-exsuflação mecânica (por exemplo: *cough assist*) para facilitar a mobilização de secreções brônquicas (Cipriano, P. et al., 2021, p. 38).

Desta forma e sempre que possível, o tratamento da dispneia deve ser direcionado à resolução da sua causa em combinação, se necessário, com fármacos utilizados no alívio sintomático, como ilustra a figura. 3. (Silva, C.G. & Moreira, J.G., 2021).

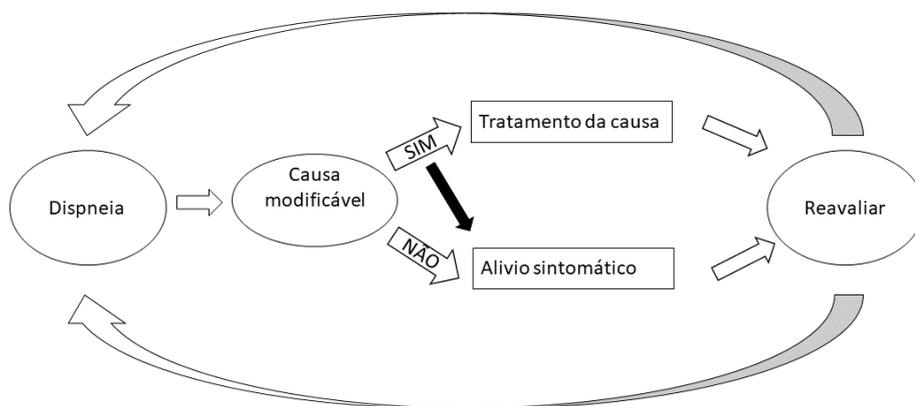


Figura. 3. Abordagem da dispneia. Adaptado de Kamal et al., 2012.

Neste sentido perante a dispneia a nossa atenção terá que focar-se essencialmente na sua causa, se a podemos tratar. Se não conseguimos tratar a causa, atuamos no controlo sintomático. O sucesso da intervenção só passará por uma reavaliação

constante do sintoma. Para Azevedo, P. (2006), no tratamento da dispneia há que ter em conta, que não é aceitável fazer escolhas que acarretem qualquer sofrimento adicional físico ou psíquico ou que prolonguem desnecessariamente a vida, numa atitude eticamente condenável de obstinação terapêutica.

A intervenção da equipa revelou-se também fundamental nas questões relacionadas com os sintomas da **anorexia/caquexia**. Com alguma frequência, quer em contexto de consulta, quer no internamento, havia questões relacionadas com a alimentação à qual a intervenção da equipa foi crucial. Sabemos que a nutrição é muito importante em CP, no entanto devido à evolução da doença ou a efeitos secundários dos tratamentos, uma grande parte dos doentes confronta-se com variados sintomas que podem afetar a sua via de alimentação, o seu apetite e a obtenção de prazer através das refeições, interferindo negativamente com a sua ingestão alimentar e qualidade de vida. “Comer e beber, são funções corporais básicas e consideradas como um sinal de saúde. A incapacidade ou dificuldade em comer podem provocar um profundo impacto físico e psicológico no doente e família” (Gonçalves, et al., 2006, p.167).

A **caquexia** é um síndrome multifatorial caracterizada por uma progressiva perda de massa muscular (associada ou não a perda de massa gorda) que não é passível de completa reversão através de suporte nutricional convencional, condicionando a perda funcional progressiva. A **anorexia** define-se como a diminuição ou perda completa de apetite. A anorexia e a caquexia no seu conjunto podem surgir em várias doenças crónicas (Alves, S. C., et al., 2021, p. 65). A síndrome anorexia-caquexia é uma manifestação habitual nos doentes em situação de fase terminal. Dependendo do estadió da doença, a nutrição pode ter como objetivos: manter o peso e funcionalidade (em fases mais precoces); maximizar o prazer com bebidas ou alimentos da preferência do doente (se não se consegue manter estado de nutrição) e conforto (Fernandes, R., et al., 2021, p.90).

Em contexto de consulta, o nosso papel passou por informar antecipadamente a família e pessoa doente para a perda de apetite e para a necessidade de reajustar estratégias para minimizar a perda de apetite. Também nos deparamos com apelos preocupantes dos familiares, nomeadamente “estamos preocupados porque o meu pai não se alimenta”, “o emagrecimento e a perda de massa muscular são visíveis”, “as refeições começam a ser momentos de conflito com a minha mãe que prepara as refeições e depois ele não come!” etc. Neste sentido exigiu de nós habilidades para ajudar e capacitar a família para o enfrentamento desta realidade, dando dicas e determinados truques:

- “A refeição deve ser feita de acordo com a vontade do doente e respeitando algumas condições como: deve ser de acordo com as preferências do doente, não deve ser lesiva (avaliação da temperatura, textura e cheiro), estimular o doente a comer pela própria mão, disponibilizar todo o tempo e ajuda necessária à refeição;
- As refeições devem ser feitas num ambiente calmo;
- Não forçar a comer se não quiser (nem para agradar a família) - deve ser aumentada a ingestão calórica sem aumentar a quantidade;
- Adequar o volume e composição das refeições à condição clínica do doente (idealmente devem ser refeições calóricas, em volume reduzido, com aspecto agradável com número variável de refeições);
- Realizar refeições agradáveis-frias (ou à temperatura ambiente) ou frescas;
- Evitar restrições. Devem ser rentabilizados tanto quanto possível os “desejos” de comida;
- Ajustar a consistência se tiver dificuldade em mastigar e/ou engolir;
- Evitar alimentos muito gordurosos, muito doces, salgados ou condimentados (as ervas aromáticas podem ser uma boa alternativa);
- Controlar cheiros intensos não diretamente relacionados com os alimentos (como colostomias, feridas e úlceras de pressão);
- Facilitar clearance da via aérea, se presença de secreções;
- A vigilância e o controlo de sintomas são essenciais (avaliar quais os sintomas presentes como náuseas, vômitos, obstipação e tentar optimizá-los);
- Reforçar que o padrão alimentar pode não ser semelhante ao da restante família, podendo haver necessidade de colocação de espessante, suplementação (com recurso a várias texturas). Algumas restrições alimentares podem ser aliviadas;
- Os cuidados à boca são essenciais para reduzir o risco de infecções e promoção do bem estar aquando da refeição;
- Quando há incapacidade de comer inicia-se uma cascata que leva à caquexia e que resulta de múltiplos eixos do metabolismo (aumento da degradação proteica, diminuição gluconeogénese hepática e diminuição da sensação de fome);

- Numa fase avançada da doença, a anorexia é protetora porque o organismo não é capaz de lidar com a ingestão alimentar. O doente não está a morrer à fome, nem a suspensão da nutrição vai apressar a morte. Assim o doente não vai morrer porque não se está a alimentar mas sim não se alimenta porque está a morrer (dada a doença irreversível)” (Fernandes, et al., 2021, p.103-104).

Os objetivos de cuidados devem ser sempre discutidos com o doente e com a família/cuidadores, fator que determinará o sucesso para o controlo da síndrome de caquexia-anorexia. Frequentemente, os cuidadores manifestam dúvidas acerca se estão ou não a “fazer bem” e quando pensamos que as estratégias delineadas estão sólidas, verificamos que surgem sempre incertezas relativas à alimentação da pessoa doente. Sabemos, que as medidas farmacológicas garantem habitualmente pouco sucesso e há que investir bastante na explicação do sintoma, nas medidas de adaptação à situação e no reforço pedagógico regular de que a caquexia não beneficia da ingestão alimentar forçada (Gonçalves, M.J., et al., 2006, p. 174), tarefa árdua para as famílias que referem que a pessoa doente “vai morrer à fome”. Explicar que “não existe benefício na nutrição intensiva em fim de vida, porque não aumenta a sobrevida, não levando à resolução da condição clínica (ex: neoplasias), e portanto, sem benefício no controlo sintomático (Fernandes, R., et al., 2021, p.90) é uma tarefa contínua e morosa das equipas.

Sentimos que para a maximização da resposta ao controlo deste sintoma, a intervenção deverá ser multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais ou espirituais) e assente em 3 pilares: o **tratamento não farmacológico**, o **tratamento farmacológico** e o **controlo da doença de base**.

Sobre a abordagem **não farmacológica**, devem ser considerados: otimização da dieta, intervenção psicológica/comportamental, promoção do exercício, *yoga*, higiene do sono (evitar excitantes, bom controlo analgésico noturno, eliminar ruídos desagradáveis, evitar sestas, não ficar na cama mais tempo que o devido, os fármacos hipnóticos só devem ser administrados quando necessário) e ainda estratégias de promoção de energia (Fernandes, R., et al., 2021, p.90).

Em contexto de internamento, a nossa colaboração passou, muitas vezes, pela decisão de colocação ou não de SNG. Sabemos que a nutrição por via oral é a ideal em CP. No entanto, em algumas situações clínicas, em que existe alteração do estado de consciência, mas a sobrevida esperada ainda é razoável a colocação de SNG está indicada.

6.1.2. Comunicação em Cuidados Paliativos

Diariamente, somos confrontados com situações de grande complexidade de intervenção na área da comunicação em CP.

Quer como enfermeira na prática clínica no nosso contexto de trabalho, quer como estagiária no ENP defendemos que a comunicação é a chave para podermos entrar na “casa” do doente e sua família.

Comunicar, no dicionário português significa “dar a conhecer; divulgar; anunciar; informar; pôr-se em comunicação ou em relação com; relacionar-se; exprimir-se; falar; transmitir algo”. É através da comunicação que o ser humano se relaciona com os outros, exprime as suas necessidades e emoções.

Comunicar é a arte de chegarmos ao outro através de palavras e emoções. Lourenço, M. et al. (2021), definem que comunicação refere-se não só à interação entre o paciente e os profissionais de saúde, mas também entre os pacientes e a família, bem como, a interação entre diferentes profissionais de saúde e serviços de saúde envolvidos no cuidado. Twycross (2001), enumera três objetivos principais da comunicação, são eles: **reduzir a incerteza; melhorar relacionamentos e indicar** à pessoa doente e sua família **uma direção**. Desta forma, “a boa comunicação é uma competência técnica em saúde que se deve estudar, praticar e aperfeiçoar” (Neto, 2021, p. 6).

Estabelecer uma boa comunicação, exige aos profissionais de saúde treino desta competência. Lidar diariamente com situações de sofrimento humano exige que o profissional de saúde seja detentor de grande capacidade de comunicação (verbal e não verbal) para que de uma melhor forma consigamos responder e corresponder às necessidades da pessoa doente/família.

Para uma comunicação eficaz, Querido, A. et al. (2006), delinearam algumas estratégias, fundamentais que deveriam estar intrínsecas a todos os profissionais:

- **Deseje estar em relação com o doente** - implica a tomada de consciência dos nossos sentimentos, baseada no autoconhecimento, abstrair da necessidade de fazer juízos de valor, de controlar tudo, e arranjar disponibilidade interior para o outro.
- **Escolha o local** - calmo, ambiente informal, mobiliário confortável, com privacidade.
- **Respeite a distância confortável;**
- **Sente-se** - dá indicação que tem disponibilidade para escutar, para além de aumentar a eficácia da comunicação;

- **Adote uma distância corporal positiva** - braços abertos, inclinação ligeira em direcção ao outro, olhar para a frente sem o fixar longamente nos olhos;
- **Dê atenção à linguagem não verbal** - tem cinco vezes mais impacto que a linguagem verbal, confere serenidade e significado às mensagens verbais: falar com as mãos, acenar com a cabeça, uso de interjeições;
- **Toque o outro;**
- **Deixe o outro falar;**
- **Encoraje o outro a falar** - mantendo o contato visual;
- **Seja honesto;**
- **Saiba utilizar e respeitar o silêncio** - é a escuta dos sons do silêncio que nos obriga a ser verdadeiros. Os silêncios são momentos de grande riqueza emocional e de reflexão, e por fim,
- **Verifique a compreensão da informação** (p.376).

Para tal, é necessário aperfeiçoar a ferramenta da comunicação, tornando-se desta forma, fundamental na prática diária dos cuidados, nomeadamente na área dos CP. Uma boa comunicação com a pessoa em CP irá fomentar a discussão acerca de questões da severidade e evolução da doença das diferentes opções de tratamento e tomada de decisões, facilitando a elaboração de planos avançados de cuidados (Neto, 2021), individualizados e adequados às necessidades da pessoa doente/família. Para Saraiva (2003), a comunicação em CP tem que ser adequada e adaptada à pessoa doente e à família, minimizando sentimentos de isolamento e abandono.

Quando a pessoa doente e sua família nos permitem entrar na sua “casa”, leva a que possamos envolver-nos na dinâmica familiar e nos seus processos. Favorece e muito, quando esta relação se estabelece no início da doença, possibilitando aprimorar os planos de cuidados e, progressivamente, acompanharmos todas as etapas da evolução da doença. Tal facto aconteceu quando recordamos a Sr^a M. mulher de 68 anos a quem lhe foi diagnosticado um cancro da mama há cerca de 10 anos, viúva, com um filho. Trabalhou como florista no mercado e atualmente o filho ajudava na gestão do negócio. A Sr^a M. era seguida pela EIHS CP em consulta há vários meses. Na consulta do último mês, foi titulada a terapêutica analgésica, porém não se conseguiu o controlo da dor sem o recurso ao internamento.

Quando visitamos a Sr^a M., deparamo-nos com uma pessoa revoltada, com períodos de agressividade para com a equipa de saúde, com recusa para a toma de medicação. Neste momento percebemos que já no domicílio a Sra M. recusava a analgesia com o medo de ficar a dormir, algo que ela não queria. Situação que provocou o não controlo

da dor no domicílio. Perante esta situação, procuramos estabelecer uma comunicação compreensiva, favorecendo a expressão das suas emoções e preocupações e demonstrando disponibilidade para a ouvir. Como a Sra M. já tinha estabelecido connosco uma relação de confiança, conseguimos diagnosticar a causa da sua revolta, esta relacionava-se com a vontade de voltar para o domicílio pois tinha um filho para cuidar. De facto, através de uma comunicação compreensiva, a utilização da escuta ativa, a demonstração de disponibilidade, o ter tocado de forma afetiva, ter trabalhado os medos, permitiu que a Sra M. aceitasse a analgesia e conseguimos ainda estabelecer com ela o seu projeto - voltar a casa. Refere Andrade et al. (2017), que a comunicação não verbal é indissociável da comunicação oral.

Também Andrade et al. (2017), referem que a criação de um ambiente de interação; repetindo as informações conforme necessário; certificando-se de que os ensinamentos foram compreendidos; ouvindo; usando um tom de voz apropriado, ser honesto e transparente; ter disponibilidade é essencial para uma prestação de CP de qualidade. A comunicação é de extrema importância para criar um clima de aceitação dos cuidados, promovendo cuidados de saúde preventivos (Lourenço, M. et al., 2021).

Realçamos, que neste processo comunicacional envolvemos o filho de forma a que ele fosse mediador neste processo negociado de conduzir a mãe para a aceitação da analgesia. Foi também crucial o papel da psicóloga e de toda a equipa de saúde na condução da Sra M. à aceitação da terapêutica analgésica.

Contudo, o estado geral foi entrando em degradação progressiva, tendo ao final de uma semana falecido em serenidade.

A comunicação é transversal a todo o processo de cuidar, Pazes et al. (2014) citado por Fernandes, A. & Cerqueira, M. (2020), corroboram a importância da comunicação, no sentido em que sendo eficaz, pode ajudar o doente a encontrar o sentido da vida, favorece nas tomadas de decisões inerentes aos cuidados prestados e promove uma aliança terapêutica. Esta aliança, que se baseia na honestidade entre todos os intervenientes, só é possível se os profissionais de saúde envolvidos tiverem a capacidade de lidar com os desafios existentes na área da comunicação em CP.

Consideramos que proporcionar qualidade de vida e bem-estar psicológico, encorajar a verbalização de sentimentos e emoções sobretudo sobre a morte e morrer, com o objetivo de os ajudar a aceitar a morte (Saraiva, 2003), favoreceu a interação e a nossa aceitação do processo de morrer e contribuir para a construção de uma boa morte. Saliento aqui também, como referem Cortês, A. R. et al. (2021), “uma comunicação aberta entre o doente e a família facilita a partilha de recordações, a resolução de

assuntos pendentes e a finalização da relação (isto é, despedida), o que conduz a uma melhor preparação para a morte” (p. 14).

Em suma, a comunicação permitiu melhorar o controlo sintomático e conseqüentemente a qualidade assistencial. Estas são razões de sobra para que a comunicação não seja vista como uma área menor, reservada apenas a alguns “dotados” e onde não têm de investir (Neto, 2021, p.7). Desta forma, as atividades descritas permitiram-nos consolidar e desenvolver competências na área da comunicação à pessoa doente/família em CP, nomeadamente no desenvolvimento de capacidades e competências comunicacionais/relacionais na prestação de cuidados humanos à pessoa doente e família, bem como, com a equipa multidisciplinar. Permitiu ainda, adquirir estratégias para a comunicação de más notícias e no desenvolvimento de habilidades na desconstrução da conspiração do silêncio.

6.1.3. Trabalho em Equipa

Em qualquer área de intervenção sabemos que uma equipa não é apenas um conjunto de vários profissionais com conhecimentos específicos, mas de profissionais que direcionam o seu trabalho para um objetivo comum que é o cuidado à pessoa doente e à sua família (Ribeirinho, C. & Duarte, C. 2021).

O trabalho em equipa é um pilar imprescindível em CP. As múltiplas necessidades daquele que se encontra em sofrimento, exige forçosamente resposta dos mais variados grupos profissionais. Não se fazem CP sozinho. É primordial que as equipas de saúde sejam dotadas de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, assistentes espirituais, bem como de uma rede de suporte familiar e da comunidade, cuidadores, família, amigos e vizinhos (Freire, E. & Fernandes, R. (2021) & Lourenço, M. et al., 2021). Desta forma, mobilizam-se um conjunto de saberes que convergem para uma resposta que permite uma amplitude maior da visão sobre o problema e mais adequada a esse mesmo problema. Para isso, há que atender à especificidade de cada profissional e ao contributo inequívoco que cada um poderá dar (Ribeirinho, C. & Duarte, C., 2021).

A EIHS CP, CHMA, EPE é uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, assistente social e psicóloga, reúnem-se semanalmente, onde são discutidos os planos de intervenção definidos para cada pessoa doente e estratégias. Encontramos uma equipa dinâmica, bem articulada, em que cada elemento tinha presente qual o seu papel. Para Neto, I. (2021), operacionalizar o trabalho em equipa pressupõe o levantamento articulado das necessidades da pessoa que cuidamos;

elaborar um plano de cuidados comum; realizar regularmente reuniões de equipa para discussão dos planos de cuidados; de uma pessoa que lidere e ao mesmo tempo esteja atenta a todos os elementos da equipa. Uma boa coordenação constitui um fator importante do trabalho em equipa. Assim, o objetivo da equipa passou por enfatizar a vida, encorajar a esperança e ajudar as pessoas a aproveitarem melhor cada dia, não se assistindo a intervenções desajustadas (Bernardo, A., et al., 2006). Encontramos uma equipa que reuniu as características de uma equipa eficaz, como define Bernardo et al. (2006) detentora de **PERFORM**:

- **Propósito partilhado:** tinham um objetivo comum bem definido e compreendido por todos. Todo o grupo tinha bem claro o trabalho que devia fazer;
- **Empowerment:** a equipa tinha a iniciativa e a capacidade de tomar decisões. Todos os elementos sentiam-se responsáveis pelas decisões do grupo;
- **Relações e comunicação:** assistimos a um ambiente informal e relaxado, analisavam-se os desacordos, que eram percebidos como oportunidades e não como inconvenientes;
- **Flexibilidade:** tinham um estilo de liderança participativo, que podiam ser desenvolvido por membros distintos em momentos distintos. Adaptavam-se facilmente a situações de mudança;
- **Ótimo rendimento:** foram atingidos objetivos marcados. Utilizavam-se métodos de trabalho adaptados a cada situação;
- **Reconhecimento:** reconheciam-se as contribuições e êxitos individuais e grupais. Um ambiente de apoio regia todas as interações, a resolução de problemas e a tomada de decisão;
- **Motivação:** sentia-se que os membros estavam satisfeitos por pertencerem à equipa, sendo transparentes orgulho de pertença, sentindo-se satisfeitos pelo modo como o grupo funcionava (p. 467).

Este PERFORM foi evidente nas reuniões semanais, em que cada elemento dava o seu parecer, havia um ambiente informal, todos se sentiam à vontade para refletir sobre as intervenções planeadas e sobre situações imprevisíveis. Ajustavam-se os objectivos terapêuticos a cada família e pessoa doente, sendo constante a preocupação de informar acerca da evolução do processo de doença, sempre que possível a família era envolvida no acompanhamento e na assistência à pessoa doente (Pais, C. et al., 2019).

Nas reuniões de equipa de saúde, existia a preocupação de se analisar as situações de morte que tinham decorrido durante a semana. Este momento, proporciona a expressão

de sentimentos e de emoções, de frustrações e de medos experienciados pela equipa de saúde no enfrentamento da morte da pessoa doente. Como cuidadores é inevitável criar uma relação de proximidade com a pessoa doente e, como tal, quando esta morre, sentimos a perda e manifestamos tristeza, necessitando que nos deem um espaço para a partilha das nossas emoções, promovendo assim, o nosso autocuidado. Refere Silveira, M et al. (2014) que proporcionar momentos de discussão sobre a complexidade das situações clínicas e o reconhecimento da sua intervenção de qualidade favorece a minimização do sofrimento do profissional de saúde perante a morte da pessoa doente. Pudemos constatar que efetivamente estes momentos favorecem a partilha, o trabalho em equipa e sobretudo a melhoria das práticas clínicas.

Em síntese, desenvolver ENP numa EIHSCP, favoreceu o desenvolvimento de competências a vários níveis, nomeadamente: o pensamento crítico e analítico no seio da equipa de saúde, mobilizar um conjunto de saberes e enquadrá-los na especificidade da equipa de saúde, tomar decisões em equipa para a resolução de problemas, adquirir maior maturidade profissional, flexibilidade e sobretudo saber transformar/innovar os cuidados perante situações de grande complexidade. Ribeirinhos, C. & Duarte, C (2021), enfatiza que a convergência de decisões favorece a condição da pessoa doente e sua família.

O saber- saber, o saber - ser aliado ao saber - fazer, permitiram-nos adotar novas estratégias no processo de cuidados, centrando a pessoa doente e família como sujeitos de cuidados. Assim, é imperativo assimilar que “a atitude profissional supera sua habilidade técnica e o conhecimento científico, predominando a forma de agir como pessoa e como Ser existencial” (Silveira, M. et al., 2014, p.11).

Outra potencialidade a destacar, relaciona-se com a articulação existente entre a EIHSCP, os cuidados de saúde primários, os cuidados de saúde hospitalares, os cuidados continuados integrados e as instituições de solidariedade social. O trabalho em rede era efetivo e visava a continuidade de cuidados.

A literatura evidencia, que de tempos a tempos assiste-se a conflitos na equipa, porém um dos desafios do trabalho em equipa consiste em gerir-los de forma construtiva e criativa (Twycross, 2001). A existência de conflitos por divergência de opiniões, entre outros aspetos, leva a que se estabeleçam planos de cuidados com objetivos terapêuticos díspares, por vezes antagónicas, com claro prejuízo para o doente (Pais, C. et al., 2019). Contudo, na equipa onde desenvolvemos o ENP quando as situações de conflito surgiam procurava-se discutir as situações de forma a que o conflito existente fosse resolúvel.

Em suma, o trabalho em equipa é fundamental para prestar cuidados de qualidade à pessoa que enfrenta a terminalidade da vida e família. Só com trabalho em equipa podemos alcançar propósitos comuns e minimizar os problemas existentes e criar equipas de saúde satisfeitas e, como tal, felizes. Escalamos montanhas juntos, em equipa multidisciplinar (Antunes, M., & Moeda, A., 2005, p. 353).

6.1.4. Apoio à família

A família constitui a base afetiva e emocional para a pessoa doente que enfrenta uma doença incurável. Ela é a chave do sucesso para oferecer um fim de vida condigno.

Na família encontramos: abrigo, paz, compreensão, proteção, amor, reconhecimento individualizado, solidariedade e resposta para as questões fundamentais da vida presente (Leandro, (2001) citado por Costa, A. (2007)). “Reconhecer a pessoa doente como um ser psicossomático e não como um conjunto de sintomas e alterações fisiopatológicas” (Cerqueira, M., 2005, p. 27), engloba forçosamente também reconhecer a família.

Encontramos a segurança no meio familiar, mas quando nos debatemos com a incurabilidade da doença, esta segurança fica colocada em causa, exigindo à família que se reestruture e encontre um novo sentido para a vida. A doença de um dos membros torna-se em doença familiar.

Durante o ENP, apoiamos diversas famílias a cumprirem desejos, tais como: o favorecimento da despedida, criar oportunidade de se reconciliarem, dar oportunidade para partilhar carinhos e amor, dar oportunidade para satisfazer desejos da pessoa doente. Tudo isto, favoreceu quer à pessoa doente viver a última etapa da vida em serenidade, quer à família uma vivência de dever cumprido.

Apoiar a família implica que nós profissionais de saúde, vejamos a família como uma unidade de cuidados e como membro da nossa equipa de saúde. Neste sentido, devemos estar atentos ao detalhe e anteciparmos os problemas que possam surgir no seio familiar. Apoiar a família implica saber comunicar, interagir, estar disponível, estar presente, escutar ativamente, e diagnosticar as necessidades presentes, evidentemente que para isso, exige trabalho em equipa (Paiva, 2012).

Conhecemo-la na primeira consulta e vinha acompanhada de sua mãe, uma idosa de 75 anos. Ao seu marido tinha sido diagnosticado há cerca de 6 meses um glioblastoma de estadio IV. O Sr. B. com 55 anos de idade apresentava uma multiplicidade de sintomas, tais como: perda de equilíbrio, períodos de confusão e agitação noturna,

progressiva dependência nas atividades de vida diária (higiene, alimentação, posicionamento).

Eram pais de um jovem adolescente com 16 anos que tinha sofrido um acidente grave de motorizada há cerca de dois meses e que necessitou de internamento na unidade de cuidados intensivos.

Esta mulher, esposa, mãe, apresentava-se desesperada, pois as pessoas mais significativas, encontravam-se em situação de perigo de vida. Contudo, esta mulher mantinha a atividade laboral e procurava nalguns intervalos do trabalho ir a casa para prestar os cuidados ao marido.

Referiu que antes de ir para a sua atividade laboral, executava os cuidados de higiene, fornecia o pequeno almoço e posicionava o marido. Durante o período da tarde, a sua mãe de 75 anos e o seu filho ainda em processo de recuperação do acidente de motorizada asseguravam os cuidados ao marido. Durante a noite o marido apresentava-se inquieto, confuso o que dificultava o seu sono e como tal, não dormia descansada à uma série de meses.

Neste 1º contacto, verificamos que a família estava a experienciar uma série de emoções e sentimentos, entre eles ansiedade, medo, impotência, angústia e tristeza. Assim, por onde começar a nossa intervenção? Esta esposa deixou de viver a sua própria vida e passou a viver em função do marido. Ribeirinho, C. & Duarte, C. (2021), referem que a raiva, o choque, a negação, a ansiedade, o medo, a impotência e a aceitação da perda são sentimentos experienciados pela família.

Assim, a nossa intervenção passou por estabelecer uma relação de confiança, dar segurança e sobretudo procuramos elogiar os cuidados que dava ao marido. Procuramos ainda, antecipar situações, dar pequenas dicas para a melhoria dos cuidados e disponibilizarmo-nos para necessidades que venham a ter. Esta nossa intervenção foi favorecedora da diminuição da ansiedade e forneceu maior confiança e segurança às cuidadoras. “Uma atenção integral à família, tendo em conta as suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, e todo o seu contexto familiar” (Correia et al., 2005, p. 128) é fundamental para decidir qual a melhor resposta..

Para Osswald, W. (2013), envolver a família no processo de cuidar, permite que a família se ajuste à situação evitando lutos patológicos. Também Gómez, M. P. (2016), menciona que são vários os sentimentos experienciados pelos familiares cuidadores perante a terminalidade do familiar, são eles: cansaço, frustração por não assistirem a

melhoras, desilusão e, paradoxalmente, irritação, impaciência, agressividade verbal em relação ao doente de quem cuidam e lhes rouba a normalidade da sua vida.

Grande parte das vezes, os familiares lidam pela primeira vez com um familiar que enfrenta o término da vida, pelo que é necessário informar os familiares da situação, e por seu lado procurar que compreendam os objetivos (Osswald, W., 2013).

Uma frequente causa de frustração e raiva da família é, segundo Pais, C. et al. (2019), o facto de “nenhum elemento da equipa médica ter conversado sobre o facto de o seu familiar estar a morrer. Quando isso é feito, os familiares têm a possibilidade de se despedirem, de se prepararem para a morte e de contactar pessoas importantes” (p.245). Esta fase é extremamente importante para a família, uma vez que provavelmente o que mais recordarão durante muito tempo após a morte, serão os seus últimos dias de vida (Gonçalves, F., 2002).

O papel do enfermeiro no apoio à família, passa por valorizar o seu trabalho, ser detentor de empatia e escuta ativa, mostrando disponibilidade e preocupação, valorizando os sintomas e o sofrimento da pessoa doente e da família. Passa também, por manter uma atitude serena perante a situação e, estar atento e preocupado com os aspetos espirituais (Costa, 2007). Está descrito que é através de “uma relação de verdade, que se evita os efeitos negativos de não adaptação às situações vividas no contexto dos CP” (Mendes, 2009).

No sentido de melhoria na assistência das famílias, devemos como profissionais de saúde adotar as metodologias mais adequadas para colheita de dados. Assim, a metodologia do Modelo de Adaptação de Roy baseia-se na aplicabilidade do processo de enfermagem, facilitando aos enfermeiros a colheita de dados, estabelecimento de objetivos e diagnósticos de enfermagem, a implementação de intervenções de enfermagem e a posterior avaliação do processo. Este modelo, centra-se na adaptação da pessoa e família em quatro modos: o fisiológico, a identidade de autoconceito, a interdependência e o desempenho de papel, procurando desta forma, a saúde, a qualidade de vida e a morte digna. O primeiro modo está relacionado com as funções fisiológicas e os outros com as psicossociais (Roy e Andrews, 2001). Com bases estruturadas, a elaboração de um plano terapêutico individual irá responder a todas as necessidades, servindo de suporte à intervenção por parte de toda a equipa. Em suma, “o alívio de sintomas angustiantes, a prestação de cuidados a doentes que se encontram a morrer, a preparação do corpo após a morte e o cuidar de familiares recentemente em luto, tem constituído uma parte importante do trabalho de enfermagem” (Magalhães, J. C., 2009, p.85).

Em contexto de internamento, muitas famílias deparam-se com a angústia do familiar morrer sozinho e apesar dos tempos que vivemos, foi notório o esforço da equipa no sentido de agilizar meios para permitir que a pessoa doente morresse junto do familiar. Sim, porque “morrer sozinho, separado por cortinas dos companheiros de enfermaria, sem apoio nem consolo, não pode ser considerado resposta ao desejo de uma boa morte” (Osswald, 2013, p. 25). Quando os doentes tinham uma vida solitária de rede afetiva, no momento da doença, frequentemente, surgia uma pessoa de referência. Essa pessoa de referência/acompanhante em muitas situações é o vizinho, é o primo afastado. A solidariedade refletiu-se muitas vezes por este dar gratuito à pessoa frágil que vive ao nosso lado. As redes de suporte podem vir de cidadãos em resposta aos problemas da sua comunidade local ou através de instituições. Uns e outros almejam oferecer apoio através de medidas preventivas e de promoção de saúde (Colimão, M., 2021).

Lembro a consulta do Sr. F. que se fez acompanhar pela vizinha. Viúvo, 80 anos, dois filhos emigrantes que mantinha contatos esporádicos. Esta vizinha, também ela idosa, vivia sozinho, e cuidava do Sr. F. O Sr. F. teve uma queda, originando uma fratura patológica do braço, dificultando os autocuidados. A vizinha diariamente preparava as refeições, ajudava na higiene e confortava o Sr. F.. Dizia ela, que também tinha sido a cuidadora da esposa. Falar de apoio às famílias, também é falar de compaixão que surge da solidariedade, do sentido do cuidar de quem precisa, do não abandono. Para Colimão, M. (2021), os cuidados em fim de vida dizem respeito a toda a gente e não devem ser relegados só para o sistema de saúde social. Idealmente, deveriam ser expandidos os conceitos de cidades compassivas e comunidades compassivas para que também a comunidade estivesse envolvida no processo de morrer, não sendo apenas identificado nos hospitais.

Contudo, ao longo dos tempos confrontamo-nos que o local de atendimento no final de vida tem vindo a localizar-se ou a deslocar-se para os centros hospitalares e não no domicílio. Consideramos que deveria existir uma rede de cuidados domiciliários em CP. Muitas famílias desejam que o seu ente querido morra em sua casa, cumprindo também o desejo da pessoa doente, contudo a falta de apoio de equipas comunitárias em CP dificulta o cumprimento deste desejo, pois quando a família se depara com a agudização de sintomas, leva o seu ente querido para o hospital acabando por falecer nesta instituição.

Por muito preparadas que as famílias estejam relativamente a enfrentar a terminalidade da vida, ou são detentoras de uma boa estrutura emocional, ou nem sempre conseguem que a pessoa doente morra em casa.

No apoio às famílias que cuidam da pessoa doente em fim de vida, área que ainda carece de muito investimento, é necessário que os profissionais de saúde estejam disponíveis em plenitude para as diversas dúvidas e ansiedades das famílias, e respondê-las/correspondê-las atempadamente. Twycross (2001) vem reforçar que, para ser possível a pessoa doente vir a falecer em casa, é necessário:

- Um familiar que tenha capacidade para se adaptar a uma doença grave;
- Enfermeiros que possa visitar o paciente pelo menos uma vez por dia;
- Um médico atento;
- Capacidade da equipa de cuidados responder rapidamente a novos problemas;
- A garantia de um internamento rápido no caso de surgir uma crise grave (p.22).

Como refere Gómez, M. P. (2016), sentimos que a meta do processo do cuidar é procurar ajudar cada pessoa doente a que faça o melhor que pode por si mesma (segundo a sua condição de doente, sintomas, ansiedade, medos, frustrações, família, amigos, história cultural, crenças e a sua capacidade ou incapacidade para se adaptarem que está a viver), só nesta medida é que podem prestar CP de qualidade.

Ao longo da nossa experiência profissional, temos constatado que durante o processo de morrer é frequente a pessoa doente falar da sua vida passada, das conquistas realizadas, das dificuldades enfrentadas, das conquistas dos filhos, das conquistas dos netos e da sua dinâmica familiar. Neste sentido para Costa, A. (2007), o fim de vida suscita que cada pessoa confronte aquela que é a sua história e a sua relação com o projeto familiar numa perspetiva baseada no que se viveu, naquele que é o presente e a incerteza do futuro, ao mesmo tempo que se reconhece as limitações e necessidades da pessoa doente, sujeito incomparável, que marca a história vivida em família” (p. 158).

Poder acompanhar/apoiar as famílias foi um desafio, na medida em que exigiu o desenvolvimento de competências para apoiar nas perdas e no processo de luto. Com frequência, aqueles que se aproximam do fim da vida sentem um aumento ou uma renovação das suas necessidades de: afirmação e aceitação; perdão e reconciliação; descoberta de significado e direção (Twycross, 2001).

O fim da vida constitui um período de mudanças, onde se aprende o significado de perdoar, amar e compreender, algo tantas vezes esquecido no percurso da vida familiar.

Palavras como “**obrigado**”, “**perdo-te**”, “**perdoa-me**”, “**gosto de ti**” e “**adeus**” são muitas vezes sentidas pela família/pessoa doente e profissional de saúde.

Ao longo destes meses de ENP, foi notório o trabalho da equipa para o envolvimento da família no processo de cuidar. Encontramos uma equipa articulada e dinâmica, para satisfazer os desejos dos doentes e suas famílias. Assistimos a planos de cuidados diariamente reformulados e famílias agradecidas pelo reconhecimento do trabalho realizado de forma humanizada. Desenvolvemos estratégias de apoio/suporte para o doente em fim de vida.

6.1.5. Ética em Cuidados Paliativos

No final da vida, a ética toma relevância na medida em que aliviar o sofrimento, assume maior importância que a preservação da própria vida. A ética questiona as ações, os melhores princípios e objetivos a seguir, tendo em conta a intenção universal e não particular. Neste sentido, questiona e clarifica a moral, procura o bem identificando o dever (Ribeirinhos, C. & Carvalho, M., 2021). A emergência do desenvolvimento dos CP está diretamente relacionada com as alterações que têm ocorrido nas sociedades contemporâneas, na mudança de atitude perante a morte e a forma de morrer (Pais, C. et al., 2019).

Enquanto profissionais de saúde, deparamo-nos diariamente com situações de grande complexidade e sofrimento, sendo que no fim da vida o alívio do sofrimento assume uma importância ainda maior, já que a preservação da vida se vai tornando impossível (Twycross, 2001). Para uma prática sustentada e sedimentada nos valores éticos, todos os profissionais de saúde que trabalham no contexto de CP necessitam de referenciais éticos para conduzir a sua intervenção. Como atores principais no processo de cuidar, somos confrontados diariamente com questões de carácter ético e deontológico e sujeitos a processos vitais e humanos carregados de contradições, limites e incertezas. Refletir em conjunto, para deliberar qual a melhor direção a tomar na intervenção, é responsabilidade de todos os profissionais, uma vez que a realidade não é segmentável em compartimentos rígidos e estanques. A realidade é ampla e variável, dependendo de muitos fatores internos e externos, conjunturais e estruturais (Ribeirinhos, C. & Carvalho, M., 2021).

Ao longo do ENP, sentimos que o maior desafio consistiu em conciliar sensibilidade e competência técnica, o que despoletou a necessidade de aprofundização de formação por meio da reflexão bioética e, especificamente, quanto à bioética da proteção que

levantaram questões relacionadas com o agir humano, direcionando o pensamento e a prática (Silva, C. F., Silva, J. V. & Ribeiro, M. P., 2019).

Aliar a ética do cuidar, pelos princípios da virtude, do carácter, da coragem, da integridade, da honestidade, da veracidade, da sensibilidade e do sentimento moral, do compromisso, da bondade, da relação, do cuidado e da empatia, são marcos que têm que estar presentes em todo o processo de cuidar. Consideramos, que o palco principal por nós utilizado prendeu-se com as reuniões semanais da equipa. Juntos discutimos as intervenções tendo sempre presentes os princípios da beneficência e não maleficência, tendo a visão de cada profissional na sua área de atuação, evitando-se atitudes paternalistas e intervenções desajustadas às necessidades da pessoa doente e família.

Compete-nos a nós profissionais de saúde, a proteção daqueles que mais necessitam através de uma reflexão interdisciplinar e humanística, para que se responda adequadamente às necessidades da pessoa doente e sua família, proporcionando-lhe a maior qualidade de vida possível. A forma como em equipa eram geridas as implicações éticas da intervenção em CP constituiu-se num importante elemento sedimentado numa prática reflexiva, absolutamente imprescindível, favorecendo uma maior segurança na intervenção da equipa (Ribeirinhos, C. & Carvalho, M., 2021).

Neste sentido, a nossa intervenção passou pela procura de um cuidado holístico à pessoa doente e sua família, atuando segundo os **cinco princípios da assistência paliativa** nomeadamente:

- **Veracidade**, que constitui o amadurecimento da relação entre pares, potencializando a participação da pessoa doente e familiares na tomada de decisão.
- **Prevenção**, que procura condutas clínicas que evitem complicações e prezam tratamento proporcional adequado.
- **Não abandono**, que se refere à postura ética diante dos desafios profissionais nos cuidados da pessoa doente em fase terminal.
- **Duplo efeito**, que preza a conduta ética legal ao decidir por ações que causam bons e maus efeitos - por exemplo, administrar fármacos que levam à perda da vigilância ou da consciência.
- **Proporcionalidade terapêutica**, que alude ao equilíbrio das intervenções quanto aos meios empregados e aos resultados esperados (Ribeirinho, C. & Carvalho, M.I., 2021, p.160).

Na intervenção com a pessoa doente e suas famílias, a premissa de intervenção regeu-se pelos seguintes princípios: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça. Respeitando a autonomia da pessoa doente e família, fazendo o bem, minimizando o mal, sempre com um sentido de justiça (Twycross, 2001). Estes pilares assentam no respeito pela vida e na aceitação da inevitabilidade da morte. Em termos de ação prática significa que o nosso dever passou por reconhecer os direitos das pessoas, recusando todo o tipo de paternalismo, respeitando os valores da pessoa doente, com a tônica de que estes não entrassem em conflito com outros princípios de bioética, não fazendo mal, não agindo com maleficência (Ribeirinhos, C. & Carvalho, M. 2021). É premente, que a pessoa doente seja atendida com humanidade, com respeito à sua autonomia e aos princípios dos CP (Silva, C. F., Silva, J. V. & Ribeiro, M. P., 2019), visto que caso contrário não estamos a respeitar a condição da pessoa que estamos a cuidar.

Encontramos nesta equipa de saúde, o respeito pelos valores da ética e da bioética, numa sensibilidade relacional que passou por uma escuta ativa, colocando-se no lugar do outro, sendo detentores de uma atitude de acolhimento, na aceitação da pessoa tal como é. Esta proximidade, fomentou a criação de laços de cumplicidade e proximidade com a pessoa doente e família, porém foi necessário em algumas situações manter a distância suficiente para conseguirmos adequar as respostas às exigências da pessoa em fim de vida (Ribeirinhos, C. & Carvalho, M., 2021). Lidar com todos estes processos, requer uma boa estrutura e suporte emocional dos profissionais visto ser “necessário que, além de humanidade e compaixão, é necessário existir uma fundamentação ética do agir profissional, a qual se não adquire senão pelo estudo e pela prática” (Osswald, W., 2003, p.29).

Salientamos, que a nossa intervenção passou pelo respeito da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos elaborado pela UNESCO (2006) em que: “o profissionalismo, a honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões, em particular a declaração de todo e qualquer conflito de interesse e uma adequada partilha de conhecimentos, devem ser encorajados”. Contribuindo deste modo, para o respeito pela dignidade humana, protegendo os direitos humanos, garantindo o respeito pela vida dos seres humanos e as liberdades fundamentais, de modo compatível com o direito internacional relativo aos direitos humanos (UNESCO, 2006).

As atividades desenvolvidas neste pilar do CP, permitiram o treino e desenvolvimento de competências ao nível da ética e da bioética sendo fundamentais para o nosso agir profissional no contato com o sofrimento da pessoa doente e sua família. Salientamos,

que a inevitável complexidade inerente ao ser humano no seu processo vital no final da vida exige uma reflexão profunda, que coloca a ética como núcleo comum a todos os profissionais que o acompanham nesse processo (Ribeirinho, C. & Carvalho, M. I., 2021). Desta forma, todas as intervenções em CP encontram-se envolvidas num conjunto de princípios, nos quais os profissionais assentam as suas escolhas teóricas, técnicas, éticas e deontológicas, transversais a todos os profissionais.

6.2. FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

O exercício profissional de uma enfermagem de excelência, passa por um trajeto académico e profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, ancorado numa atitude crítica e reflexiva dos mesmos. Assim sendo, já não é só exigido aos profissionais de saúde o tradicional conjunto de saberes e de competências a nível das habilidades, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos, como é imperativa a capacidade dos mesmos na contribuição para o desenvolvimento da profissão, tornando-a fundamentada, sólida e consistente (França, 2013). Neste sentido, a formação deverá preparar-nos para a tomada de decisões, agindo em contextos complexos, difíceis e mutáveis e os programas de formação não se devem prender exclusivamente ao desenvolvimento de conceitos teóricos, mas também, ao nível das habilidades e competências emocionais.

Com estes pressupostos delineamos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral: Desenvolver competências na área da formação no âmbito dos Cuidados Paliativos.

Objetivos específicos: Desenvolver formação para os enfermeiros/as acerca da terapêutica subcutânea; Criar um panfleto sobre colocação de pensos transdérmicos;

Após a realização de investigação no contexto da prática clínica que versava a perceção dos profissionais de saúde acerca da via subcutânea e de acordo com os resultados do estudo, tornava-se premente levar a cabo um dispositivo de formação acerca da via subcutânea de forma a contribuir para a utilização desta via. Deste modo, planeamos, organizamos e administramos formação aos profissionais de saúde. Consideramos que a formação é o garante para minimizar receios e como tal para desenvolver competências para levar a cabo novas intervenções.

Sentimos, ao longo dos meses em que se realizou o ENP e na nossa prática profissional, que é necessário uma maior formação dos profissionais de saúde na área dos CP de forma a capacitar para os pilares essenciais dos CP: “a comunicação, a relação médico-

doente, a relação médico-família ou a ética; é também necessário o reconhecimento da necessidade da abordagem multidisciplinar para se atingir a eficácia do pleno cuidar, considerando a multidimensionalidade do Ser Humano” (Pais, C. et al., 2019, p. 245).

O investimento em formação dos profissionais de saúde (habitualmente formatados para os cuidados curativos e reconhecendo a morte como um fracasso profissional em detrimento do fenómeno natural), é fundamental para prestar CP de qualidade. Segundo Silva, A. P. et al. (2012), é indispensável que “os profissionais de saúde tenham formação e treino nesta área do cuidar, melhorando os conhecimentos, aumentando a confiança na técnica, o reconhecimento do benefício da mesma tanto para o doente, como para o cuidador, possibilitando-lhes deste modo uma prestação de melhores cuidados individualizados, permitindo morrer com dignidade” (p.16).

Verificamos, que atualmente em Portugal, “a par da vontade crescente em aprender e conhecer mais sobre esta área do conhecimento e a par das crescentes necessidades dos nossos doentes, cada vez mais complexos, portadores de doenças crónicas e incuráveis, mas com esperança de vida cada vez maior, tem-se também observado o crescimento e o reconhecimento dos CP e das oportunidades de formação para os profissionais de saúde” (Pais, C. et al., 2019, p. 245).

Cabe-nos a nós, profissionais de saúde na área dos CP e detentores de competências acrescidas, sermos agentes de investigação e produção científica e divulgá-los, desenvolvendo formação na área para que seja transversal em todas as áreas dos cuidados (Silva et al., 2019). Para dar resposta aos objetivos inicialmente delineados, aproveitando que o mês de Outubro é o mês dedicado aos CP, agendamos duas ações de formação: 13 de outubro na Unidade Hospitalar Vila Nova de Famalicão (Hospital S.João Deus) e no dia 25 de outubro na Unidade Hospitalar de Santo Tirso (Hospital Conde São Bento) (Apêndice III). Assim, organizamos uma apresentação dos resultados do questionário complementada com formação na área da terapêutica subcutânea focando: definição, vantagens, desvantagens, limitações, interações medicamentosas, e procedimento de inserção do cateter subcutâneo (Apêndice IV). No final das ações de formação, e através de envio de *link* avaliou-se a ação de formação com um respetivo questionário de avaliação (Apêndice V) e resultados obtidos ao questionário (Apêndice VI), tendo-se assegurado o anonimato dos participantes.

Concluimos que o resultado final das avaliações das sessões foram muito positivas, os momentos de formação foram participativos, havendo espaço para esclarecimento de dúvidas e partilha de conhecimentos. Segundo Alves, J.M. et al. (2019), “de uma forma

geral, a formação de profissionais de saúde em CP é imprescindível, não só para aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde relativamente a estes cuidados, como também para refutar crenças” (p. 14).

No decurso do ENP, também elaboramos um guia informativo acerca da terapêutica transdérmica (Apêndice VII). No início da aplicação de selos transdérmicos em contexto de consulta como em contexto de internamento, havia algumas dúvidas manifestadas entre os doentes e os cuidadores. Como a nossa intervenção passou também pela capacitação tanto da pessoa doente como das famílias quisemos também complementar as lacunas existentes na equipa na área desta informação.

Em suma, a medicina paliativa carece de formação diferenciada da grande maioria dos profissionais tanto a nível pré-graduado como pós-graduado, compete-nos a nós profissionais com competências especializadas nesta área, sermos responsáveis pela divulgação e pelo aumento de literacia não só aos profissionais de saúde como à população em geral.

6.3. GESTÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Garantir que cada doente seja tratado não como um diagnóstico mas como uma pessoa única e portadora de uma história irrepetível, uma pessoa com os seus próprios objetivos e valores, com a sua definição de vida, mesmo quando se aproximam os últimos momentos, é o grande objetivo dos CP.

Para que tal seja premente, é necessário termos pessoas que liderem as equipas, detentoras não só de competências técnicas mas acima de tudo de competências humanas, com sensibilidade para que o verdadeiro significado da palavra paliar seja efetiva na prática dos cuidados. Necessitamos assim, de gestores com capacidade de intervenção nas diversas áreas não só na resposta às necessidades dos doentes, mas também, na atenção das necessidades dos profissionais de saúde que prestam cuidados. Tendo por base as características fundamentais de uma boa liderança, definimos como objetivos:

- Objetivos gerais: Desenvolver competências para gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa multidisciplinar;
- Objetivos específicos: Desenvolver competências e habilidades na otimização dos recursos às necessidades de cuidados de modo a promover a qualidade dos cuidados; Implementar um procedimento para uniformizar a prática de colocação do cateter subcutâneo no CHMA, EPE;

Para o alcance dos objetivos delineados consideramos como relevante o acompanhamento do enfermeiro coordenador da equipa de saúde. A EIHS CP como equipa consultora, presta aconselhamento diferenciado aos diversos serviços. A boa articulação entre cada membro da equipa e a relação de confiança criada ao longo dos anos, eram facilitadores de uma prestação de cuidados holísticos.

A função do enfermeiro, muito para além de coordenar a equipa, era frequentemente o gestor de caso. A equipa articula-se de forma a que interviesse na procura do bem estar do doente e sua família. Para tal, consideramos como relevantes as reuniões semanais para definição de estratégias a levar a cabo. Na resposta às várias necessidades da pessoa doente, muitas foram as vezes em que tanto o enfermeiro coordenador como a médica coordenadora reuniram todos os esforços para aquisição de bens alimentares, aquisição de produtos farmacêuticos, colutórios, cremes, medicação analgésica, entre outros.

Participamos também, no planeamento do horário de enfermagem no aplicativo informático, elaboramos pedidos de produtos farmacêuticos para reposição de stock e também, de extrema importância, intervimos no processo de acreditação que o hospital e a equipa de saúde se encontravam em processo, com a pesquisa de documentação na plataforma do hospital, pesquisa bibliográfica para fundamentação, entre outras. Referenciamos doentes para a RNCCI - UCP, atualizando o aplicativo *GestCare*, informando as famílias e articulando com a equipa assistencial. Participamos em formação dinamizada pela equipa a médicos e enfermeiros da unidade de intensivos.

Como resultado do processo de investigação e da colheita de dados, elaboramos um procedimento para que fosse uniformizada a técnica de colocação do cateter subcutânea, nos diferentes serviços (Apêndice VIII), importante para a melhoria contínua da qualidade.

Encontramos uma equipa com uma boa liderança, capaz de responder atempadamente aos desafios que a pessoa doente e suas famílias foram colocando em todo o processo. Compreendemos que o gestor deve priorizar o desenvolvimento profissional, devendo procurar que cada profissional tenha autonomia, promovendo um trabalho em equipa e em associação de forma a minimizar os obstáculos existentes, a maximizar a resolução de problemas e a criar soluções. Com este pilar consideramos que adquirimos e sedimentamos as várias dimensões que caracterizam o trabalho do enfermeiro coordenador numa EIHS CP.

Findo este percurso de desenvolvimento de competências na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, um tempo que proporcionou intervir numa variedade de situações de grande complexidade e que exigiu a mobilização de competências específicas e comuns de um enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, num ambiente com muitas especificidades, como os CP. Esta aquisição de competências técnicas, cognitivas, científicas e humanas, só foi possível pela disponibilidade da equipa de saúde dos CP em nos integrar e nos acompanhar no processo de ensino/ aprendizagem.

Verificamos que, cuidar de doentes em CP exige aos enfermeiros um cuidar integral quer da pessoa doente quer da família, onde a comunicação ocupa um papel de relevo para a humanização dos cuidados. É fundamental, que os enfermeiros não sigam rotinas e que se deixem tocar pelo sofrimento de quem é cuidado, pois só assim, conseguimos dignificar o fim de vida. De acordo com Morrie Schwartz citado por Neto, I. G. (2018), “os que estão a morrer ensinam-nos a viver”, ensinam-nos entre outras coisas, a valorizar cada momento e as pequenas-grandes coisas da vida. De facto, o enfermeiro especialista tem o dever de se assumir como referência, conduzindo a sua prática clínica pelos melhores padrões de qualidade.

Consideramos ainda, que ajudar a pessoa em fim de vida é ajudá-la a encontrar um sentido para a própria vida de forma a experienciar o processo de morrer com serenidade.

Realçamos, que lidar diariamente com o sofrimento e com a inevitabilidade da morte, permitiu-nos compreender que os medos presentes na pessoa e sua família na última etapa da vida, apelam a que este período seja vivido em família. Levando a que o processo de morrer seja encarado como um processo natural e atinja o objetivo quer da pessoa em fim de vida quer da sua família, quer dos profissionais de saúde, que consiste em construir uma boa morte. Neste sentido, durante a nossa intervenção procuramos agir dentro dos princípios e filosofia dos CP, mobilizando o processo de reflexão e análise para a concretização de um processo de cuidados eficiente e eficaz.

Importa sublinhar, que o enfermeiro especialista tem um papel de relevo na identificação de necessidades formativas da equipa de saúde. Assim, aquando do diagnóstico de necessidades realizado à equipa de saúde, verificamos que os enfermeiros recorrem à via subcutânea em determinadas situações, nomeadamente: sedação, analgesia, como via alternativa a outras vias: oral, endovenosa, mas, contudo salientam, que a via subcutânea é pouco utilizada em meio hospitalar devido à falta de formação dos profissionais de saúde a nível da execução técnica, a nível da terapêutica a utilizar e

nomeadamente as dosagens e diluições, entre outros aspetos. Neste sentido, a investigação envolveu um problema identificado no contexto da prática clínica, a pesquisa bibliográfica, a elaboração e aplicação do questionário, sua análise e discussão dos resultados favoreceu o desenvolvimento de competências investigativas na prática clínica e sensibilizou a equipa de saúde para a importância de investigar um problema, como um contributo relevante para a inovação/transformação.

Gerir sintomas implica que estes sejam reconhecidos pela equipa de saúde como um conceito multidimensional. Enquanto futuras enfermeiras especialistas em enfermagem à pessoa em situação paliativa, procuramos reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os diversos sintomas evitando repercussões nefastas no bem-estar da pessoa doente e sua família. Considera-se ainda, que uma intervenção dirigida ao controlo de sintomas, implica corrigir as causas específicas e elaborar um plano de intervenção farmacológica e não farmacológica com decisão em equipa de saúde (profissional de saúde, doente, família).

Consideramos que na nossa prática como estudantes a desenvolver competências especializadas em CP, deparamo-nos com situações comunicacionais de complexidade que envolve rigor, técnica e treino, pelo que o processo comunicacional deve ser um foco de atenção do enfermeiro especialista.

O trabalho em equipa e, considerando que este é imprescindível para o atingimento de objetivos comuns, respeitamos e valorizamos o papel de cada elemento da equipa de saúde. Efetivamente, a qualidade dos cuidados prestados está diretamente dependente do trabalho em equipa.

Realçamos, que o apoio e a integração da família na prestação de cuidados é fundamental para diminuir a solidão e o isolamento afetivo da pessoa doente e permitir que esta manifeste os seus sentimentos. Na ajuda do processo de luto, executamos algumas tarefas como levar a pessoa doente e a família a aceitar a sua perda, favorecer a expressão emocional, levando à readaptação.

A formação contínua para os profissionais de saúde procura contribuir para o desenvolvimento de cada um enquanto pessoa e profissional, tendo sempre em consideração que o centro das suas atenções, é a pessoa. Tendo em conta os resultados obtidos através do estudo de investigação, levamos a cabo dois dispositivos de formação de forma a estimular o desenvolvimento profissional a nível dos aspetos técnico-científicos, e paralelamente, a nível da componente relacional e ética.

Procuramos ao longo do ENP, prestar cuidados ativos, rigorosos, combinando a ciência com o humanismo. Para isso, atendemos a cinco princípios básicos: avaliação, explicação, controlo, monitorização e atenção aos detalhes.

No que concerne ao domínio da competência comum: gestão em CP, procuramos delinear estratégias que visavam a eficiência e a qualidade dos cuidados. Neste sentido, procuramos assumir um papel preponderante na liderança, considerando os recursos existentes, bem como, os diferentes papéis e funções de cada elemento.

O enfermeiro especialista assume quer na gestão dos cuidados, quer na gestão dos recursos um papel primordial e por isso constitui-se como consultor na prestação de cuidados, como gestor na administração dos recursos humanos e materiais e como líder de uma equipa que se confronta com situações de grande complexidade que envolve sofrimento multidimensional.

Em síntese, cuidar de forma ativa, onde a pessoa doente e família sejam uma unidade de cuidados, exige que os CP passem a ser uma realidade em todos os contextos de cuidados. Parece-nos fulcral que também se aposte em equipas comunitárias domiciliárias em CP de forma a que o doente possa morrer no seu meio familiar.

Por tudo isto, consideramos que atingimos as competências emanadas pela Ordem dos Enfermeiros para um enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

- Achora, S., & Labrague, L. J. (2019). An Integrative Review on Knowledge and Attitudes of Nurses Toward Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(1), 29–37. doi:10.1097/njh.0000000000000481;
- Al-Mahrezi, A., & Al-Mandhari, Z. (2016). Palliative Care: Time for Action. *Oman Med J*, 31(3), 161-163. doi:10.5001/omj.2016.32
- Alvarés, M. (2021). *Introdução à investigação quantitativa e análise SPSS. Investigação em administração e gestão educacional.* (pp.1-42). Universidade Aberta. https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/10529/1/E_book_Quantitativos%20%281%29.pdf.
- Alves, J. M., Marinho, M. L. & Sapeta, P. (2019). Referenciação tardia: barreiras à referenciação de doentes adultos oncológicos e não oncológicos para serviços de cuidados paliativos. *Revista oficial APCP*, 6 (1), 13-26. <https://apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos>.
- Alves, S. C., Casanova, J. S. & Martins, S. J. (2021). Caquexia, anorexia e astenia. In Abejas, A. G. & Duarte, C. *Humanização em cuidados paliativos*. Lidel. (pp.65 - 76).
- Andrade, C., Costa, S., Costa, I., Santos, K. & Brito, F. (2017). A Palliative care and communication: study with health professionals of the home care service. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 9(1), 215-221. <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754108030.pdf>.
- Antunes, M. I. & Moeda, A. (2005). Ao Encontro da Morte - o impacto das emoções do médico no cuidado ao doente. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 21(4), 353-357. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v21i4.10156>.
- Azevedo, P. (2006). Dispneia. In Barbosa, A. & Neto, I.G. *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 177-187). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Azevedo, V., Capelas, M. L. & Coelho, S. P. (2018). Estratégias de coping utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o processo de morrer. *Revista oficial APCP*, 5(2), 10-18. <https://apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos>.
- Barbosa, A. (2006). Ética relacional. In Barbosa, A & Neto, I., *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 419-438). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: edições 70.

- Bernardo, A., Rosado, J. & Salazar, H. (2006). Trabalho em equipa. In Barbosa, A & Neto, I., *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 463-473). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Carrillo, I. R., Martínez-Santos, A. E., & Rodríguez-González, R. (2020). Características do uso da via subcutânea para administração de medicamentos em pacientes em cuidados paliativos. *Index Enfermagem*, 29(1,2) 37-41. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100009&lng=es&tlng=es.
- Cerqueira, M. M. (2010). *A pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados face ao sofrimento*. [Dissertação Doutoramento, Universidade Lisboa]. Repositório Universidade Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/3614>.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2017-2018). Relatório de Implementação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. <https://smartcms.boldapps.pt/publicfiles/Uploads/Files/91/SubContent/55436e0e-cd58-460e-a008-0cd30568ccaa.pdf>>.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2021-2022). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>>.
- Condessa, M. L. (2019). As vivências dos enfermeiros de cuidados de saúde primários no cuidar do doente paliativo e família no domicílio. [Tese de mestrado, IPVC]. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1196>.
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., & Lander, S. (1998). Depression, Hopelessness, and Suicidal Ideation in the Terminally Ill. *Psychosomatics*, 39, 366-370. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(98\)71325-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(98)71325-8).
- Cipriano, A., Monteiro, N.F., Silva, S. V. & Freire, E. (2021). Dispneia, In Freire, E. (Coord.) *Guia Prático de controlo sintomático* (2ªed.). (pp.35-42). Angelini Pharma Portugal.
- Correia, C. I., Teixeira, R. & Marques, S. C. (2005). A família do doente dependente. *Servir*, 3 (53), pp. 126-131.
- Cortês, A. R., Coelho, A., & Afonso, R. (2021). Apoio Psicossocial no cuidar em cuidados paliativos. In Abejas, G. A. & Duarte, C., *Humanização em Cuidados Paliativos*. (pp.11-19). Edições Lidel.

- Costa, A. I. A. (2007). *No fim da linha: o sofrimento do doente em fim de vida e sua família*. Artes Gráficas Lda.
- Coutinho, C. P. (2018). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática*. Almedina.
- Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013) - *Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. <https://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>.
- Despacho Normativo n.º 10429/2014. Diário da República II Série, n.º 154 de 2014-08-12, pp.20826-20827. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10429-2014-55733254>.
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Journal of Nursing Scholarship*. 16 (3), 119-126. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>.
- Feiteira, B. & Cerqueira, M. (2019). As Necessidades Dos Profissionais De Saúde Para Desenvolvimento De Conferências Familiares Em Cuidados Paliativos. *Revista Nursing*. Edição Portuguesa, 1-45. <https://www.nursing.pt/wp-content/uploads/2019/04/Artigo6045.pdf>.
- Fernandes, A. & Cerqueira, M. (2020). Perceção Dos Cuidadores Acerca Da Intervenção Da Equipa Comunitária De Suporte Em Cuidados Paliativos À Pessoa Em Agonia. *Revista Sinais Vitais*, 2(31), 37-51. https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE31_s2.pdf#page=37.
- Fernandes, R., Ramos, A. R., Monteiro, P. (2021). Síndrome Anorexia - Caquexia| Astenia. In Freire, E.(Coord.), *Guia prático de controlo sintomático (2ªed.)*. (pp.81-94). Angelini Pharma Portugal.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação: da conceção à realidade*. 2ªed. Loures: Lusociência.
- França, M.I. (2013). *Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: Adversidades e estratégias*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Universidade de Coimbra. file:///E:/Users/Casa/Downloads/D2012_10003621013_21136017_1.pdf.
- Freire, E. & Magalhães, S. (Coord.). (2022). *Vozes que (se) contam: Olhares Cruzados sobre Cuidados Paliativos*. Edições Parsifal.
- Freire, E. (Coord.). (2021). *Guia Prático De Controlo Sintomático (2ª ed.)*. Angelini Pharma Portugal.

- Gómez, M. M. (2016). Entorno sociofamiliar facilitador de bienestar en situaciones de final de vida. *In Manual para la atención psicossocial y espiritual a personas com enfermedades avanzadas - Intervención Social*. (pp.47-71). Cadiz: Obra Social de “la Caixa” .
- Gonçalves, F. (2002). *Controlo de sintomas no cancro avançado*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, J. F. (2011). *Controlo de sintomas no cancro avançado (2ªed.)*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Gonçalves, M.J., Rosado, J., Custódio, M. P. (2006). Anorexia/Caquexia. In Barbosa, A. & Neto, I.G. *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 167-176). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Gonzaga, R. A. F. (1994). Regras básicas de investigação clínica. Instituto Piaget. Lisboa.
- Guedes, N. A., Melo, L.S., Santos, F. B., & Barbosa, J.A. (2019). Complicações da via subcutânea na infusão de medicamentos e soluções em cuidados paliativos. *Rev Rene*. 20, 1-9. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/46189>.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário (2ªed)*. Lisboa: Ed. Sílabo.
- ICN (2020). Guidelines on advanced practice nursing. ICN Regulation Series. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.
- Julião, M. (2014). *Eficácia da terapia da dignidade no sofrimento psicossocial de doentes em fim de vida seguidos em Cuidados Paliativos: Ensaio clínico aleatorizado e controlado*. [Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde]. Universidade de Medicina de Lisboa.
- Kamal, A.H., Maguire, J.M. Wheeler, J.L., Currow, D. C., & Abernethy, A. P. (2011). Dyspnea review for the palliative care professional: assessment, burdens and etiologies. *Journal of Palliative Medicine*, 14(10), 1167-1172. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0109>.
- Kamal, A.H., Maguire, J.M., Wheeler, J.L., Currow D.C., & Abernethy, A.P. (2012). Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and

- therapeutic options. *Journal of Palliative Medicine*. 15(1), 106-114.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0110>.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Kozlov, E., Cai, A., Sirey, J. A., Ghesquiere, A., & Reid, M. C. (2018). Identifying Palliative Care Needs Among Older Adults in Nonclinical Settings. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 35(12),1477-1482.
doi:[10.1177/1049909118777235](https://doi.org/10.1177/1049909118777235)
- Lei n.º 52/2012 - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República. I Série, n.º172 (2012-09-05), pp. 5119-5124.
<https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>.
- Lima, P. & Simões, S. (2007). Hipodermoclise uma técnica com futuro. *Nursing*. 223, 28-30.
- Lobo, F. A. (2007). Papel da via subcutânea nos Cuidados Paliativos domiciliários. *Revista Portuguesa Clínica Geral e Familiar*, 23, 701-707.
<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10425/10161>.
- Lopes, A. P., Esteves, R. & Sapeta, P. (2012). Vantagens e desvantagens da terapêutica e hidratação subcutânea. [Dissertação de Mestrado, Universidade, IPCB].
https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1615/1/RSL_Vantagens%20%20desvantagens%20da%20terap%3%AAutica%20e%20hidrata%3%A7%C3%A3o%20subcut%C3%A2nea.pdf.
- Lourenço, M., Encarnação, P. & Lumini, M. J. (2021). Cuidados Paliativos, Conforto e Espiritualidade. In Escola Superior de Enfermagem do Porto. *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. Porto: ESEP.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39538/1/autocuidado_85-98.pdf.
- Lucas, H. (2021). Qualidade de vida individual e plural. In Abejas, A. G. & Duarte, C., *Humanização em Cuidados Paliativos*. (pp.41-48). Lidel.
- Luis, M., Ribeiro, C. & Sarmiento, T. (2020). Integração dos Cuidados Paliativos na prática de cuidados assistencial: Visão e desafios. Integração dos Cuidados Paliativos ao longo do percurso de Doença Oncológica. *Revista oficial APCP*, 7(1), 8-10. <https://apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos>.
- Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa: Guide, Artes Gráficas, Lda.

- Marques, D. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium*, 26. p.1-9. <http://hdl.handle.net/10400.19/624>.
- Mendes, T. S. R. (2009). *A Conspiração do Silêncio em Cuidados Paliativos: Os actores, contextos e práticas na perspectiva da equipa multidisciplinar*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa] Repositório Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde. <https://repositorio.ucp.pt>.
- Moreira, J. (2004). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Mota, C. L & Beça, H. P. (2021). Cuidados paliativos na comunidade. In Abejas, A. G. & Duarte, C., *Humanização em Cuidados Paliativos*. (pp.30-37). Lidel.
- Neto, I. (2021). Princípios do Cuidados Paliativos. In Abejas, A. G. & Duarte, C. (2022). *Humanização em Cuidados Paliativos*. (pp. 3-10). Edições Lidel.
- Neto, I. G. (2006). Modelos de controlo sintomático. In Barbosa, A. & Neto, I. G., *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp.53-60). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Revista Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 15 (4), 277-283. https://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf
- Neto, I. G. (2018). Reflexões sobre uma viagem fascinante. *Revista oficial APCP*, 5(2), 6-9. <https://apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos>.
- Nunes, L. (2020). *Para uma epistemologia de enfermagem* (2ªed). SaBooks Editora, D.L. <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/2069330>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. WWW: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_e_dicao2005.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. 1ª série. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>.
- Osswald, W. (2013). *Sobre a Morte e o Morrer*. Guide Artes Gráficas, Lda.
- Pais, C., Silva, R., Carvalho, S. & Morais, A. (2019). Uma Boa Morte: Reconhecer a Agonia a Tempo. *Revista Sociedade Portuguesa Medicina Interna*, 26(3), 238-246. DOI:10.24950/rspmi/Revisao/253/18/3/2019.
- Paiva, A. (2012). *Cuidados ao doente em Agonia*. [Dissertação Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Universidade Católica Portuguesa Porto. <https://repositorio.ucp.pt>.
- Palliative Care Needs Among Older Adults in Nonclinical Settings. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(12), 1477-1482. doi:10.1177/1049909118777235;
- Pereira, I. (2008). Hipodermóclise. In Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [CREMESP] - *Cuidado Paliativo*. (pp.259-272). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- Pereira, S. M. & Hernández-Marrero, P. (2020). Investigação em Cuidados Paliativos em Portugal: Rasgar caminhos, perspetivar futuros. *Revista oficial APCP*, 7(1) 22-23. <https://apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos>.
- Perera, A. H., Smith, C. H. & Pererall, A. H. (2011). Hipodermocclisis en pacientes con cáncer terminal. *Revista Cubana de Medicina*. 50(2),150-156. ISSN 0034-7523. <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v50n2/med05211.pdf>.
- Pires, C. & Gonçalves, E. (2021). Conceitos Gerais de Cuidados Paliativos em controlo sintomático, In Freire, E. (Coord.). *Guia Prático de Controlo Sintomático* (2ªed.). (pp. 17-22). Angelini Pharma Portugal.
- Polit, D. F. & Beck, C.T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. (9ªed.) Porto Alegre: Artmed.
- Pontalti, G., Riboldi, C. O., Santos, L., Longaray, V. K., Guzzo, D. A. & Echer, I. C. (2018). Hipodermóclise em pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem*, 8(2), 276-287. <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28551/pdf>.

- Portaria n.º 340/2015. Diário da República n.º 197/2015, I Série, n.º 340 de 2015-10-08, pp. 8732 - 8738. <https://data.dre.pt/eli/port/340/2015/10/08/p/dre/pt/html>.
- Quaglio, R. C. (2016). *Proposição de protocolo assistencial para utilização da hipodermóclise para pacientes em cuidados paliativos hospitalizados, uma construção coletiva*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Ribeirão Preto]. <https://drive.google.com/drive/search?q=pesquisa>.
- Querido, A. I. (2005). *A Esperança em Cuidados Paliativos*. [Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade de Medicina Lisboa]. Repositório Faculdade Medicina Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.8/120>.
- Querido, A., Salazar, H., Neto, I. G. (2006). Comunicação. In Barbosa, A. & Neto, I. G., *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp.357-378). Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa.
- Regulamento n.º 140/2019 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República II Série, nº 26 de 2019-02-06, pp. 4744 - 4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.
- Regulamento n.º 429/2018 - *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em situação paliativa*. Diário da República II Série, n.º 135 de 2018-07-16, p.19359 - 19370. <https://files.dre.pt/gratuitos/2s/2018/07/2S135A0000S00.pdf>.
- Ribeirinho, C. & Carvalho, M. (2021). Ética Em Fim De Vida: Questões E Dilemas Éticos. In Abejas, A. & Duarte, C., *Humanização Em Cuidados Paliativos*. (pp. 155-165). Lidel.
- Ribeirinho, C. & Duarte, C. (2021). Cuidados sociais em cuidados paliativos. In Abejas, A. & Duarte, C., *Humanização Em Cuidados Paliativos*. (pp. 125-137). Lidel.
- Romero, I., Braga, B. , Rodrigues, J., Rodrigues, R., & Neto, I. G. (2018). “Desprescrever” nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática Clínica. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, 25(1). pp.48-57. <https://doi.org/10.24950/rspmi/Revisao/139/1/2018>.
- Roy, C. & Andrews, H. A. (2001). Pontos essenciais do Modelo de Adaptação de Roy. In Roy, C. & Andrews, *Teoria da Enfermagem. Modelo de adaptação de Roy*. (pp. 15-39). Edições Piaget.

- Santos, D. C. L., Silva, M. M. & Santos, K. A. (2020). Cuidados Paliativos na unidade de terapia intensiva oncológica: Uma revisão integrativa. *Revista oficial APCP*, 7(1) 53-67. <https://apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos>.
- Santos, J.L., Aranha, J. S., Valadares, G.V., Silva, J. L., Santos, S. S., & Guerra, T. R. (2020). Qualificação da assistência de enfermagem paliativista no uso da via subcutânea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0056>.
- Sapeta, P. & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(4), 35-57. [doi: 10.12707/RIII1292](https://doi.org/10.12707/RIII1292).
- Sapeta, P. (2007). Dor total vs sofrimento: a interface com os cuidados paliativos. *Revista Dor*. 15, 16-20. <file:///E:/Users/Casa/Downloads/DorvsSofrimento.pdf>.
- Sapeta, P. (2020). Formação avançada: Desafios face à transformação digital. *Revista oficial APCP*, 7(1) 20-21. <https://apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos>.
- Saraiva, M. C. (2003). O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 37- 48. <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/Rie8/37-48.pdf>.
- Silva, C. F., Silva, J. V. & Ribeiro, M. P. (2019). Cuidadores formais e assistência paliativa sob a ótica da bioética. *Revista de Bioética*, 27(3), pp.535-541. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273338>.
- Silva, C. G. & Moreira, J. G. (2021). Sintomas respiratórios. In Abejas, A.G. & Duarte, C. *Humanização em Cuidados Paliativos* (pp. 97-109). Lidel.
- Silva, M. (2000). *Quem ama não adocece*. Editora Pergaminho.
- Silveira, M. H., Ciampone, M.H., & Gutierrez, B. (2014). Percepção da equipa multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Rev. Bras. Geriatr Gerontol* 17(1), pp. 7-16. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100002>.
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (2016). O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos. Rio de Janeiro: SBGG, pp. 1-56. <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/06/uso-da-via-subcutanea-geriatria-cuidados-paliativos.pdf>.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Lusociência.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores.

- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Climepsi editores.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Lisboa: Comissão Nacional da Unesco - Portugal.* (pp.1-12).
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por
- Viana, A. P. M. (2010). *A Avaliação da esperança em Cuidados Paliativos. Validação Transcultural Do Herth Hope Index.* [Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade de Lisboa]. Repositório Universidade Lisboa.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2019/2/ulsd058732_td_II_Corpo_do_trabalho.pdf.
- Vieira, M. (2017). *11th International Seminar on Nursing Research Proceedings.* Repositório da Universidade Católica Portuguesa.
<http://hdl.handle.net/10400.14/35526>.
- World Health Organization (1994). Development of the WHOQOL: rational and current status. *Internacional journal of the mental health.* 23(3),24-56.
<https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>
- World Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA), (2020). *Global Atlas of Palliative Care* (2ªed.). www.thewhpc.org/resources/global.

APÊNDICES

**APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO: AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA UTILIZAÇÃO DA VIA
SUBCUTÂNEA NO DOENTE EM FIM DE VIDA**

Avaliação da Perceção dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea no doente em fim de vida

Caríssimo (a),

O meu nome é Fernanda Senra Silva, aluna do 2º ano do I Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, neste momento a desenvolver um estudo de investigação intitulado "A perceção dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea no doente em fim de vida", sob orientação da Profª Doutora Manuela Cerqueira e Enf. Tutor: Ivo Ribeiro.

A aplicação deste formulário tem como principal objetivo compreender a perceção dos enfermeiros acerca da relevância da utilização da via subcutânea.

Solicitamos a sua preciosa colaboração para a validação da importância da temática da questão.

Os dados contidos neste questionário são absolutamente confidenciais e não serão utilizados para outro fim que não o estudo em causa.

A equipa de investigação deste projeto responsabiliza-se pela confidencialidade das informações recolhidas.

A informação será apenas partilhada entre os investigadores.

Agradecemos a sua colaboração solicitando o preenchimento do questionário até dia 17.06.2022.

Fernanda Silva

*Obrigatório

Consentimento

Declaro ter lido e compreendido as informações disponibilizadas.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

1. *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Caraterização da população

2. Género *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino

3. Idade *

Marcar apenas uma oval.

> 20 anos < 30 anos;

> 31 anos < 40 anos;

> 41 anos < 50 anos;

> 51 anos ou mais.

4. Experiência profissional (anos) *

Marcar apenas uma oval.

Menos de 5 anos de experiência;

Entre 5 e 10 anos de experiência;

Mais de 10 anos de experiência;

5. Serviço que exerce funções: *

Marcar apenas uma oval.

Medicina;

Cirurgia;

Serviço de Urgência;

Ortopedia;

Obstetrícia;

Polivalente;

Consulta Externa.

Outra: _____

Análise da percepção dos enfermeiros acerca da relevância da utilização da via subcutânea.

6. 1 - O que é para si a hipodermóclise? *

Marcar apenas uma oval.

- Via intramuscular de aplicação de fluidos e de medicações;
- Via endovenosa de aplicação de fluidos e de medicações;
- Via subcutânea de aplicação de fluidos e de medicações em perfusão.

7. 2 - Como adquiriu conhecimentos sobre hipodermóclise? Porque sentiu essa necessidade? *

Marcar apenas uma oval.

- Por iniciativa própria (internet, livros, etc);
- Formação pré-graduada (Licenciatura);
- Formação pós graduada;
- Através de colegas do serviço;
- Outra: _____

8. 3 - Qual a sua percepção acerca das vantagens da utilização da via subcutânea? *

Marcar apenas uma oval.

- É uma via segura;
- Apresenta poucas complicações;
- Não implica o uso de bombas de infusão (ex. bombas perfusoras, elastométricas, seringas, etc.);
- Local de infusão pode permanecer vários dias;
- Possibilidade de alta hospitalar precoce e utilização da técnica no domicílio;
- Todas as opções anteriores

9. 4 - Na sua opinião, quais as indicações para a utilização da via subcutânea? (pode *
selecionar mais do que uma resposta).

Marcar tudo o que for aplicável.

- Ausência de via oral
- Anasarca;
- Reposição de eletrólitos;
- Sedação e/ou analgesia;
- Tratamento de choque hipovolémico;
- Via preferencial em Cuidados Paliativos.

10. 5 - Na sua opinião quais as contraindicações, para a utilização da via *
subcutânea? (pode selecionar mais do que uma resposta).

Marcar tudo o que for aplicável.

- Recusa do doente;
- Anasarca;
- Trombocitopenia grave;
- Lesão da continuidade da pele;
- Areas com circulação linfática comprometida;
- Caquexia;
- Doente hipocoagulado.

11. 6 - Na sua opinião, quais as possíveis complicações relativas à utilização da via *
subcutânea? (pode selecionar mais do que uma resposta)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Edema local;
- Anasarca;
- Dor/desconforto local;
- Infecção;
- Congestão pulmonar;
- Hematoma;
- Infiltração.

12. 7 - Na sua opinião, qual o volume máximo de fluidos a administrar por via subcutânea em 24h? *

Marcar apenas uma oval.

- Não há limite;
- De 1000ml a 1500ml nas 24h;
- De 1500ml a 2000ml nas 24h;
- Até 3000ml nas 24h.

13. 8 - Quais os fatores, para si, que levam à utilização no serviço? (pode selecionar mais do que uma resposta) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Falta de conhecimento prático;
- Falta de conhecimento teórico;
- Tipologia de doentes internados;
- Ausência de prescrição pela equipa médica;

14. 9 - Quantas vezes realizou a técnica de colocação de cateter subcutâneo nos últimos 5 anos? *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca realizei a técnica;
- Menos que 5 vezes;
- Entre 5 a 10 vezes;
- Mais que 10 vezes.

15. 10 - Considera ser uma técnica segura para uso em contexto domiciliário? *
Justifique.

Marcar apenas uma oval.

- Sim.
 Não.

16. Pretende justificar a resposta à pergunta anterior?

17. 11 - Tem alguma dúvida sobre a técnica de colocação de cateter subcutâneo? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a pergunta 18*
 Não. *Avançar para a pergunta 19*

Sobre a técnica de colocação de cateter subcutâneo, as suas dúvidas são referentes a:

18. *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Punção (técnica e locais);
 Indicações e contra-indicações;
 Medicações (compatibilidade, diluição, tempo de infusão);
 Fisiologia/funcionalidade da técnica;
 Outra: _____

19. Considera importante participar em formação sobre o tema? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Comentários e sugestões:

20.

Obrigada pela sua participação!

Após responder faça enviar!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

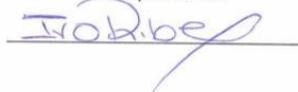
APÊNDICE II - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Quadro teórico										
Colheita de dados										
Análise de conteúdo										
Apresentação de resultados										

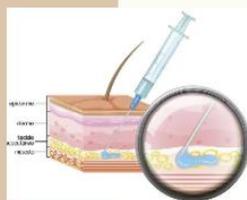
APÊNDICE III - PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

CURSO/FORMAÇÃO:	Tertúlia em Cuidados Paliativos: "terapêutica subcutânea e cuidados orais" – aperfeiçoar para melhor cuidar.
ENQUADRAMENTO / FUNDAMENTAÇÃO:	Os cuidados paliativos procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento. É necessária uma identificação precoce dos sintomas e problemas para uma intervenção eficaz, sendo importante o domínio de conhecimentos nesta área. A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos do CHMA, na sua intervenção diária com as equipas assistenciais dos doentes paliativos, tem procurado sensibilizar e motivar para a realização de formação básica nesta área. A administração de terapêutica subcutânea, a importância dos cuidados orais e o esclarecimento de alguns mitos em cuidados paliativos, são os temas propostos para uma conversa sobre aspetos práticos, que estão ao alcance de qualquer profissional de saúde para fazer a diferença no cuidar.
OBJETIVOS:	Reconhecer a via subcutânea como uma via alternativa de administração de fármacos no doente paliativo; Sensibilizar para importância dos cuidados orais no doente em situação paliativa.
Nº DE AÇÕES:	2
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros, médicos e assistentes operacionais
Nº DE PARTICIPANTES:	20
METODOLOGIA:	Expositiva e ativa
PROGRAMA:	I. Terapêutica subcutânea em cuidados paliativos II. Importância dos cuidados orais no doente em situação paliativa
DATAS E HORÁRIOS:	13 de outubro de 2022, das 09h00 às 13h00 – Unidade de Famalicão 25 de outubro de 2022, das 09h00 às 13h00 – Unidade de Santo Tirso
HORAS E VOLUME DA FORMAÇÃO:	4h00
LOCAL:	Sala R1 na Unidade de Famalicão Salão nobre na Unidade de Santo Tirso
FORMADORES:	Elementos da EIHSCP e alunas do mestrado em cuidados paliativos: Fernanda Silva e Joana Torres
AValiação:	Questionário
CUSTOS:	Sem custos.

O Responsável


APÉNDICE IV - CONTEÚDO FORMATIVO



TERAPÊUTICA SUBCUTÂNEA



SUMÁRIO:

- Breve história;
- Apresentação do estudo:
 - Metodologia;
 - Caracterização da amostra;
 - Análise dos resultados;
- Conclusões;
- Referências Bibliográficas.



Breve história...

- Início do séc. XIX - uso da hipodermoclise durante a epidemia de cólera na Europa.
- 1895 - prática empregada na epidemia de cólera na Índia.
- 1903 - utilizada em ambiente hospitalar para tratar de pacientes desidratados.
- 1913 - primeira descrição do uso, primeiramente utilizada em crianças e RN.
- Meados do séc. XX foi abandonada com relatos de iatrogenias relacionadas à complicações devido a punção e soluções não recomendadas.
- No final da década de 60 - Incremento do uso com o advento dos Cuidados Paliativos em Inglaterra.

EM PORTUGAL

TERAPÊUTICA SUBCUTÂNEA

- O tema ainda carece de estudos e publicações com relatos de experiências;
- O conhecimento sobre esse método é limitado;
- Com indicação para: controle de sintomas, desidratação e ;
- Na prática clínica, ainda pouco utilizada.

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

"QUAL A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS/AS ACERCA DA UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA NA PESSOA DOENTE EM FIM DE VIDA?"

Objetivo Geral: Analisar a percepção dos enfermeiros/as acerca da relevância da utilização da via subcutânea.

"QUAL A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS/AS ACERCA DA UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA NA PESSOA DOENTE EM FIM DE VIDA?"

Objetivos Específicos:

- Identificar a percepção dos enfermeiros acerca das **vantagens** da utilização da via subcutânea;
- Identificar junto dos enfermeiros a sua opinião acerca das **indicações e contra indicações** da via subcutânea.
- Identificar junto dos enfermeiros os **procedimentos** que adotam na colocação do cateter subcutâneo.
- Identificar aspetos que os enfermeiros valorizam na administração de medicação por via subcutânea para **controle de sintomas na pessoa doente em fim de vida**:



CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Metodologia

- Estudo com abordagem exploratória e descritiva, utilizando uma metodologia quantitativa;
- Apresentação através da análise de frequências;
- Aplicado aos enfermeiros/as do Centro Hospitalar Médio Ave, EPE:
 - Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso
 - Hospital S. João de Deus – Vila Nova de Famalicão.
- A recolha de dados foi através do envio de questionários, em formato digital. O link de acesso esteve acessível durante o período compreendido entre Junho e Julho de 2022.
- Foi garantido a confidencialidade e anonimato dos participantes.
- Total de participantes no estudo: **103 participantes**.

Caraterização da amostra

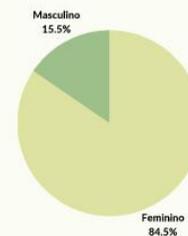


Gráfico 1. Caraterização por género.

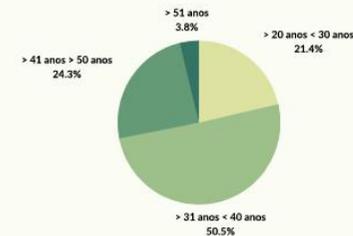


Gráfico 2. Caraterização por idade.

Caraterização da amostra

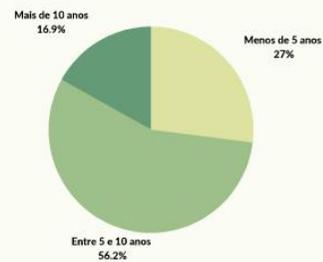


Gráfico 3. Caraterização por tempo de experiência.

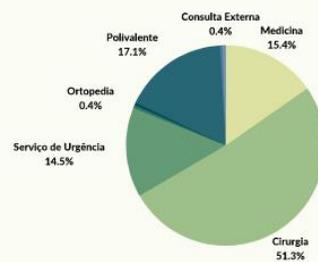


Gráfico 4. Caraterização por serviço.

1.0 que é para si hipodermoclise?

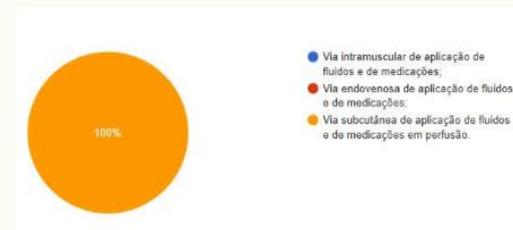


Gráfico 5. Definição de hipodermoclise.

DEFINIÇÕES

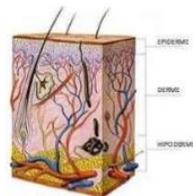


Figura 1. Camadas da pele.

Hipoderme: Camada mais profunda da pele. É constituída por: veias, artérias e tecido adiposo.

A absorção de terapêutica por esta via está relacionada com a presença de capilares sanguíneos e linfáticos presentes nos septos desta camada.

HIPODERMOCLISE: Administração de medicação em perfusão, no tecido subcutâneo.

TERAPÊUTICA SUBCUTÂNEA

2. Como adquiriu conhecimentos sobre hipodermoclise? Porque sentiu essa necessidade?



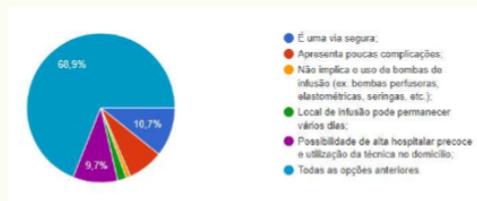
Gráfico 6. Análise aos conhecimentos sobre hipodermoclise.

47,6% - Através de um colega de serviço;

26,2% - Por iniciativa própria;

11,7% - Formação pós-graduada.

3. Qual a sua percepção acerca das vantagens da utilização da via subcutânea?



68,9% - Todas as anteriores.

Gráfico 7. Vantagens da utilização da via subcutânea.

Vantagens

- SEGURA**
 Técnica de fácil execução, eficaz e segura.
- CÓMODA**
 Maior comodidade para o doente.
- PERFUSÕES**
 Permite administração direta de fármacos, perfusões contínuas e administração conjunta de combinações de fármacos.
- DOMICÍLIO**
 Não implica internamento (pode ser implementada no domicílio).
- FÁCIL**
 Pouco agressiva, menos dolorosa para doente e de fácil utilização e conservação.
- MENOS EFEITOS SECUNDÁRIOS**
 Baixa taxa de complicações locais e as mesmas facilmente tratáveis.

4. Na sua opinião quais as indicações para a utilização da via subcutânea?



76,7% - Via preferencial em CP;
 57,3% - Ausência de via oral;
 55,3% - Sedação e/ou analgesia.

Gráfico 8. Indicações da utilização da via subcutânea.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICA SUBCUTÂNEA EM CP

Prevenção ou tratamento da desidratação moderada:

- Náuseas
- Vômitos incoercíveis
- Diarreia
- Obstrução gastrointestinal
- Alterações cognitivas, sonolência, confusão mental

Impossibilidade de obter acessos venosos estáveis:

- Veias finas e frágeis
- Flebites

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO EM CP

Via Oral

- PRÓS:** eficaz, fácil administração, bem tolerada, mínimo desconforto, melhor adesão ao tratamento, menor custo, devolve controlo ao doente e cuidador; múltiplas formulações PO dos fármacos mais comuns.
- CONTRAS:** inadequada se alteração do estado de consciência, distúrbios GI, necessidade de maior rapidez no tempo de início de acção

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO EM CP

Via Subcutânea

- PRÓS:** poucas limitações ao uso desta via; via parentérica; índice de absorção semelhante ao da via IM, biodisponibilidade sobreponível à da via IV; permite administração de fármacos e fluidos; permite bólus e infusões contínuas; redução da necessidade de hospitalização de muitos doentes.
- CONTRAS:** não permite a administração rápida de grande volume fluidos (choque); não indicada se edema generalizado; velocidade de absorção dos fluidos reduzida se edema e hematomas; dores no início da infusão; desconforto relacionado com posicionamento do cateter.

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO EM CP

Via Transdérmica

- PRÓS:** indolor, absorção gradual, comodidade posológica, devolve controlo ao doente e família, adequada para ambulatório
- CONTRAS:** tempo de início de acção longo, não apropriada para abordagem aguda ou SOS, absorção errática perante febre, hipersudorese, edema significativo, perda de continuidade epidérmica; poucos fármacos disponíveis para esta via.

Via Retal

- PRÓS:** independente do estado de consciência, da capacidade de deglutição ou da segurança da via oral
- CONTRAS:** via menos confortável para muitos adultos, muitos princípios activos fundamentais para o controlo sintomático não disponíveis

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO EM CP

Via Endovenosa

- PRÓS:** rápido início de acção, maioria dos fármacos com formulação disponível

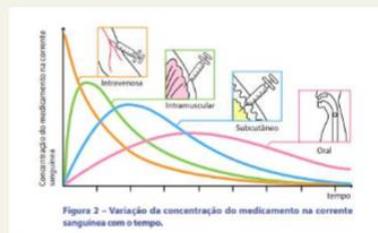
- CONTRAS:** maior invasibilidade e desconforto, acessos IV difíceis nos doentes crónicos e terminais, associação a complicações locais e sistémicas, impossibilidade de ser mantida em ambulatório.

Via Intramuscular

- PRÓS:** rápido início de acção;
- CONTRAS:** mais invasiva, com maior desconforto, difícil de ser mantida em ambulatório.

EM SÍNTESE

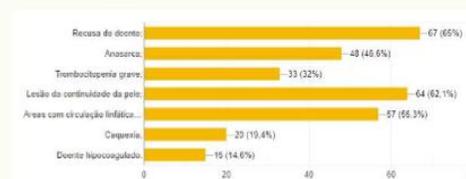
Varição da concentração do medicamento na corrente sanguínea com o tempo nas diferentes vias.



"Por ser igualmente eficaz no controlo de sintomas, em alternativa a outras vias, apresentando eficácia estimada em **80%-90%** do mesmo efeito analgésico da via **intravenosa**, com menos toxicidade. Deste modo, é eficaz não só pelo baixo custo mas também pela eficácia no controlo de sintomas (Carrillo et al., 2020)

TERAPÉUTICA SUBCUTÂNEA

5. Na sua opinião, quais as contra-indicações para a utilização da via subcutânea?



65% - Recusa do doente.

Gráfico 9. Contra-indicações da utilização da via subcutânea.

"A literatura sugere que a única contra-indicação formal para o uso da via subcutânea, em adultos, seja a recusa do doente em se submeter ao procedimento" (ANCP, 2016, p. 16).

6. Na sua opinião, quais as possíveis complicações relativas à utilização da via subcutânea?

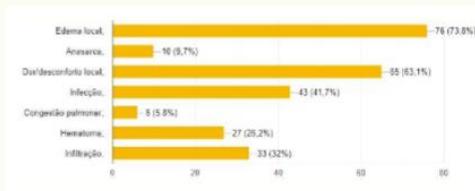


Gráfico 10. Complicações da utilização da via subcutânea.

73,8% - Edema local;
63,1% - Dor/desconforto;
41,7% - Infeção.

Complicações relativas à utilização da via subcutânea

Edema, calor, rubor ou dor persistentes	Retirar acesso Fazer nova punção a pelo menos 5 cm de distância
Cebúle	Compressa gelada por 15 minutos Curva térmica Comunicar equipe médica - considerar uso de antibiótico tópico ou sistémico Acompanhamento diário por enfermagem
Secreção purulenta	Retirar acesso Drenagem manual Limpeza com SF 0,9% e aplicação de clorexidina alcoólica 1% Curativo isolado com troca pelo menos a cada 24h Comunicar equipe médica - considerar uso de antibiótico tópico ou sistémico Acompanhamento diário por enfermagem
Endurecimento	Retirar acesso Fazer nova punção a, pelo menos, 5 cm de distância Observar: em pacientes com câncer avançado e comprometimento da rede ganglionar podem apresentar edema de parede abdominal que se confunde com infiltração local e endurecimento
Hematoma	Retirar acesso Aplicar pomulato de mucopolissacarídeo (Hirudisil [®]) com massagem local 4x/d Fazer nova punção com cateter não agulhado Observar: em pacientes com risco de sangramento, indica-se a punção em flanco, em altura entre a cicatriz umbilical e a crista ilíaca, pois é a região menos vascularizada do abdômen
Necrose	Retirar acesso Curativo diário - avaliar indicação de debridamento com papaína ou hidrogel Acompanhamento diário por enfermagem

Quadro 1. Sinais e sintomas de complicações de punção e ações de enfermagem.

Complicações mais frequente:
Edema, calor, rubor ou dor persistente.

7. Na sua opinião, qual o volume máximo de fluidos a administrar pela via subcutânea, nas 24h?

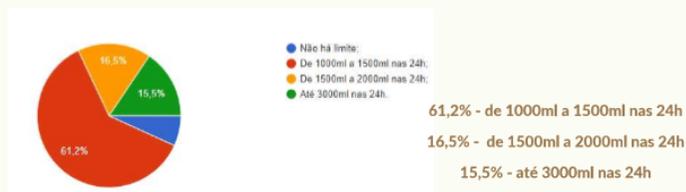


Gráfico 11. Volume máximo de fluidos por da via subcutânea, nas 24h.

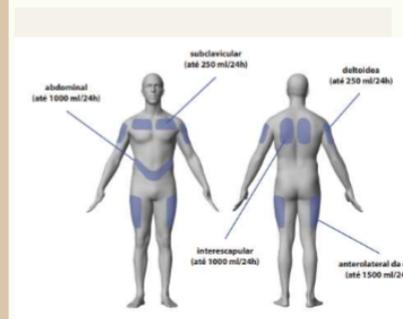
LOCAIS DE PUNÇÃO

Na prática, a tolerância de cada região para a infusão varia conforme as condições da pessoa doente e o volume a ser infundido;

Para volumes superiores a 1500ml/24h recomenda-se a colocação de outro acesso, noutra local.

Os medicamentos podem ser administrados em bólus ou em infusão contínua, conforme a necessidade.

TERAPÉUTICA SUBCUTÂNEA



DESVANTAGENS/LIMITAÇÕES

Volume e velocidade de infusão limitados (até 1500 ml/24h por sítio de punção).

Situações em que é necessário o rápido ajuste de dose.

Absorção variável (influenciada por perfusão e vascularização).

Depende da compatibilidade de fármacos.

TERAPÉUTICA SUBCUTÂNEA

8. Na sua opinião, quais os fatores que levam à pouca utilização no serviço?

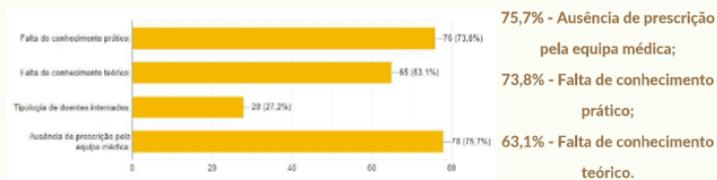


Gráfico 12. Fatores da pouca utilização da via subcutânea.

"o tema da utilização da via subcutânea, sobretudo em contexto de internamento hospitalar exterior aos serviços específicos de cuidados paliativos, é escasso e está ainda rodeada de algum desconhecimento sendo que o conhecimento sobre essa técnica ainda é incipiente".

(Neto, I. G. (2008) e Santos et al., 2019).

9. Quantas vezes realizou a técnica de colocação do cateter subcutâneo nos últimos 5 anos?



Gráfico 13. Número de vezes de aplicação da técnica de colocação do cateter subcutâneo.

10. Considera ser uma técnica segura para utilização em contexto domiciliário?

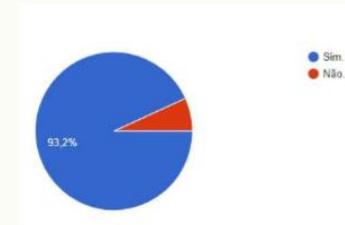


Gráfico 14. Utilização em contexto domiciliário.

11. Tem alguma dúvida sobre a técnica de colocação do cateter subcutâneo?

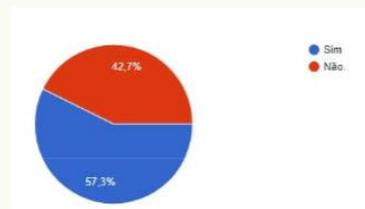


Gráfico 15. Dúvidas na colocação do cateter subcutâneo.



PROCEDIMENTO

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou cuidador.
- Lavar/ higienizar as mãos.
- Preencher a linha de infusão se utilizar agulha tipo butterfly, se utilizar cateter **abocath 24G ou 22G**, não necessita (fig.2);
- Seleccionar o local de punção (fig. 3) e desinfetar com solução antiséptica.
- Pinçar a pele fazendo uma prega e inserir a agulha metálica com o bisel virado para cima num **ângulo de 45 graus** (fig.3).
Nota: Ao optar-se por uma butterfly, após inserção, girar o bisel para que fique virado para baixo.
- Retirar a agulha guia (mandril) no caso das butterflys não metálicas (fig.4).
- Comprovar que não refluí sangue.



PROCEDIMENTO

- Fixação da agulha ou catéter com tiras adesivas e/ou penso transparente impermeável (fig.5);
- Fechar a linha clampando ou dobrando, caso o sistema não possua clip, fechar com uma tampa.
- Fazer uma circular com o prolongamento, caso se trate de uma butterfly metálica.
- **Lavar a linha de infusão com S.F. após cada uso (0,5-1 ml)**
- Identificar o adesivo com data, horário e nome do profissional responsável pela punção (fig.6).
- Registar em processo do doente a data e o local de colocação do catéter.



Cateter subcutâneo

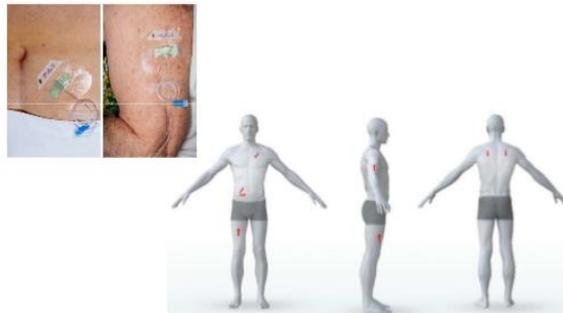


Imagem 1,2. Sentidos da punção, conforme local de punção (Gomes, N., 2017).

12. As suas dúvidas são referentes a:

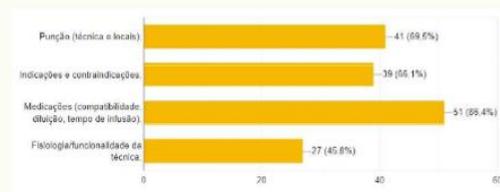


Gráfico 16.Principais dúvidas referentes à terapêutica subcutânea.

86,4% - Medicações
(compatibilidades, diluição,
tempo de infusão)

FÁRMACOS UTILIZADOS

Note: If administering cyclizine or haloperidol ensure line is flushed before and after use with water for injection.

Drug	Licensed for CPST	Licensed for SC use	Licensed for IM use	Licensed for IV use	Other injection PI 129H compatible for use
Alivertani	X	X	X		Sodium Chloride 0.9%
Cyclizine	X	X			Water for injection
Dexamethasone-Organon brand	X				Sodium Chloride 0.9%
Dexamethasone-Mayne brand	X	X			Sodium Chloride 0.9%
Diamorphine					Water for injection
Glycopyrronium	X	X			Sodium Chloride 0.9%
Haloperidol	X	X			Water for injection
Hydromorphone	X	X	X	X	Sodium Chloride 0.9%
Hydrozine	X	X			Sodium Chloride 0.9%
Hydrozine-Beaufort	X	X			Sodium Chloride 0.9%
Hydrozine-Hydrozine	X			X	Sodium Chloride 0.9%
Ketamine	X	X			Sodium Chloride 0.9%
Ketorolac	X	X			Sodium Chloride 0.9%
Levomopromazine		X			Sodium Chloride 0.9%
Metoclopramide	X	X			Sodium Chloride 0.9%
Midazolam-Beche brand	X	X			Sodium Chloride 0.9%
Midazolam-Phoenix brand	X	X	X		Sodium Chloride 0.9%
Morphine sulphate	X				Sodium Chloride 0.9%
Octreotide	X		X		Sodium Chloride 0.9%
Oxycodone			X		Sodium Chloride 0.9%

BUTILESCOPOLAMIDA
- bólos ou em perfusão diluída em SG5% ou SF

FUROSEMIDA
- em bolus, máximo de 20 mg/bolus (podem administrar-se vários bolus em diferentes locais)
- em perfusão (10 mg/h, máx. 100-140mg/dia); melhor tolerado na zona pectoral

CFETRIAXONE
- 1 a 2 g/dia em administração única
- diluir em água, SG 5% F 0.9% lidocaína
- 1g em 20 mL a perfundir em 15-30 min

TRAMADOL
- 50-100 mg (máx. 400 mg/d) em administração direta

RANITIDINA
- 50-150 mg (máx. 300 mg/d) em água destilada em administração direta

ONDASETROM
- 8-24 mg/dia diluído em SF ou água destilada em administração direta

Quadro de compatibilidades entre medicamentos

MEDICAMENTOS	cefepime	ceftriaxona	diglirona	escopolamina	furosemida	haloperidol	levomepromazine	metoclopramide	midazolam	morfina	octreotide	ondansetrona	ranitidina	tramadol	dexametasona
cefepime	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
ceftriaxona	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
diglirona	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
escopolamina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
furosemida	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
haloperidol	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
levomepromazine	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
metoclopramide	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
midazolam	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
morfina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
octreotide	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
ondansetrona	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
ranitidina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
tramadol	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
dexametasona	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C

C: compatível; I: incompatível. Fonte: Azevedo e Barbosa, 2012.

Quadro 2. Compatibilidades entre medicamentos administrados por via subcutânea.

Posologia (dosagem e forma de administração - perfusões ou bólos, diluições) igual à via de administração endovenosa (exceto a morfina).

Atenção

Fármacos a administrar por cateter único

- Dexametasona
- Diclofenac **
- Ceterolac
- Fenobarbital

Fármacos irritantes (diluir)

- Diclofenac **
- Clonazepam
- Levomepromazine
- Metadona
- Metoclopramide
- Midazolam

Fármacos que nunca deverão ser administrados por via SC

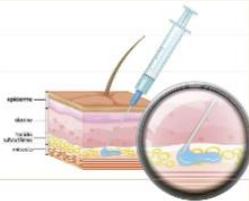
- Diazepam
- Paracetamol
- Clorpromazina
- Fenitoína
- Pantoprazol

13. Considera importante participar em formação sobre o tema?



Gráfico 17. Importância de formação sobre terapêutica subcutânea.

CONCLUSÕES

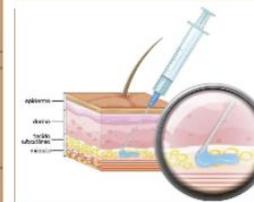


- A via de administração de fármacos por via subcutânea é uma via eficaz.

- Permite a administração de medicação quer em bolus quer em perfusão.

- Cômoda, segura e de fácil aplicação para manter não só em contexto de internamento como em contexto domiciliário.

O ESTUDO PERMITIU:



- Desenvolvimento de formação para sensibilização do uso da via subcutânea aos profissionais de saúde;

- Elaboração de um procedimento de utilização da via subcutânea;

- Consciencialização da EIHS CP, do CHMA, EPE para a necessidade de serem agentes formadores acerca da terapêutica subcutânea nos serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guedes, N.A., Melo, L.S., Santos, F.B., & Barbosa, J.A. (2019). Complicações da via subcutânea na infusão de medicamentos e soluções em cuidados paliativos. *Rev. Rene*. V. 20, 1-9. Artigo e40933.
- Pereira, I.(2008). Hipodermoclise. In Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [CREMESP] - Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. (pp.259-272).
- Azevedo, D. (2014). O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos. Rio de Janeiro: SBGG.
- Lopes, A. P., Esteves, R., & Sapeta, P. (2012). VANTAGENS E DESVANTAGENS DA TERAPÊUTICA E HIDRATAÇÃO SUBCUTÂNEA. *Mestrado em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico Castelo Branco. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Castelo Branco.*
- MORAES, R., Ferreira, M., Alves, J., Mirra, J. & Freire, E. (2021) - Hipodermoclise e terapêutica subcutânea. In FREIRE, Elga. - *Guia Prático de Controlo Sintomático*. 2ª ed. Angelini Pharma Portugal, 2021. p.167-173.

ALGUMA QUESTÃO?



Obrigada pela atenção!

Outubro, 2022.
Fernanda Silva

APÊNDICE V - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Terapêutica subcutânea do doente em fim de vida

O seguinte formulário serve de instrumento de avaliação da sessão de formação subordinada ao tema dos "Terapêutica subcutânea no doente em fim de vida". Esta formação decorreu no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
Desde já agradeço a sua participação!

*Obrigatório

1. **Qual a sua opinião relativamente aos conteúdos da sessão de formação? ***

*

Marcar apenas uma oval.

- Altamente satisfeito
- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Pouco satisfeito
- Nada satisfeito

2. **A sessão de formação permitiu a aquisição de novos conhecimentos? ***

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo totalmente

3. **Considera que os conteúdos expostos são úteis para a prática clínica e permitem melhorar o seu desempenho profissional?** *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
 Concordo
 Indiferente
 Discordo
 Discordo totalmente

4. **O tempo de duração da sessão de formação foi adequado?** *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
 Concordo
 Indiferente
 Discordo
 Discordo totalmente

5. **O formador revelou domínio e clareza na exposição dos conteúdos abordados na sessão de formação?** *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
 Concordo
 Indiferente
 Discordo
 Discordo totalmente

6. **A metodologia utilizada na apresentação da formação foi adequada aos conteúdos abordados?** *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo totalmente

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE VI - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Terapêutica subcutânea do doente em fim de vida

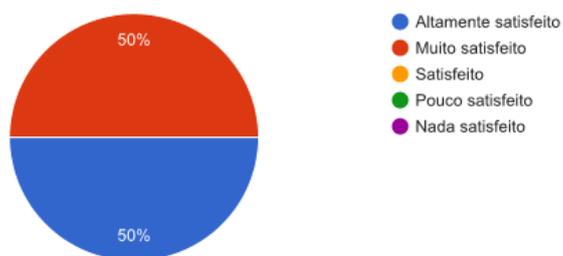
20 respostas

[Publicar estatísticas](#)

Qual a sua opinião relativamente aos conteúdos da sessão de formação? *

[Copiar](#)

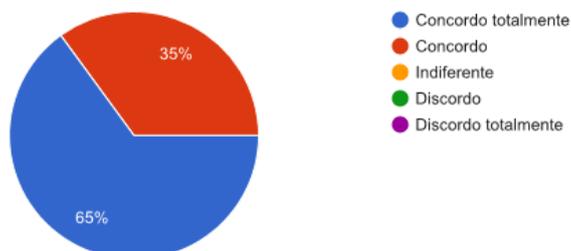
20 respostas



A sessão de formação permitiu a aquisição de novos conhecimentos?

[Copiar](#)

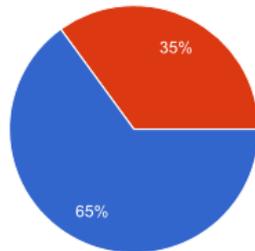
20 respostas



Considera que os conteúdos expostos são úteis para a prática clínica e permitem melhorar o seu desempenho profissional?

 Copiar

20 respostas

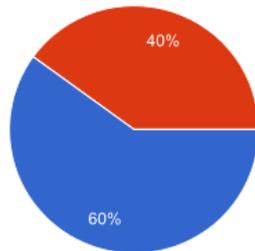


- Concordo totalmente
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo totalmente

O tempo de duração da sessão de formação foi adequado?

 Copiar

20 respostas

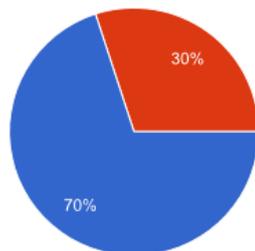


- Concordo totalmente
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo totalmente

O formador revelou domínio e clareza na exposição dos conteúdos abordados na sessão de formação?

 Copiar

20 respostas



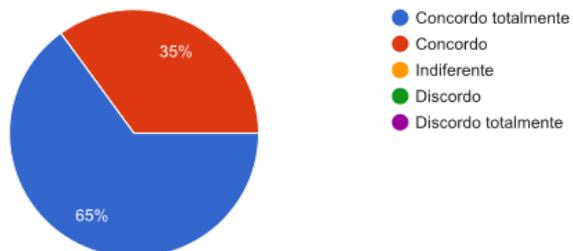
- Concordo totalmente
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo totalmente



A metodologia utilizada na apresentação da formação foi adequada aos conteúdos abordados?

 Copiar

20 respostas



Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



APÊNDICE VII - GUIA INFORMATIVO: TERAPÊUTICA TRANSDÉRMICA

PERGUNTAS FREQUENTES

E se me esquecer de trocar o penso transdérmico?

- Assim que se lembrar, retire-o e aplique o novo adesivo. Comece a contar os dias a partir da data da nova substituição.

E se o adesivo se descolar?

- Se o adesivo descolar parcialmente, pode usar a palma da mão para pressionar o selo contra a pele;
- Se o adesivo descolar totalmente, deve substituí-lo por um novo e começar o dia a partir da data da nova substituição.

O que devo fazer se a dor piorar?

- Se o alívio da dor com os adesivos for insuficiente, deve contactar o seu médico ou enfermeiro, que o orientarão da forma mais segura.
- Em caso de dúvida, informe-se junto do seu médico ou enfermeiro.

Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Nome do medicamento: _____

Dose: _____ Data de início: __/__/__

Frequência da substituição: _____

Notas:

A Equipa existe para si e para a sua família!

Contatos:

 **Telefone** (direto): 916360483

 **Hospital:** 253300800 – extensão 2144 ou 2114

 **Email:** equipa.paliativos@chma.min-saude.pt



Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Terapêutica Transdérmica

Guia Informativo

Neste Guia vai encontrar informações úteis para garantir a eficácia da terapêutica transdérmica.

Durante o internamento/consulta esclareça todas as dúvidas sobre este tipo de tratamento.

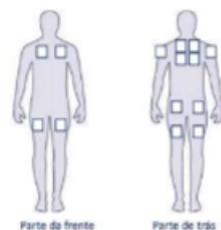


O que é, e para que serve a terapêutica transdérmica?

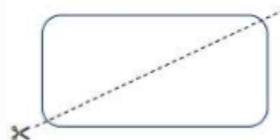
É uma forma de administração de medicação que permite a passagem de medicamento para a circulação através da pele. É usada para administração de uma grande variedade de medicamentos, como aqueles que são usados para alívio da dor.

Onde posso colocar o penso transdérmico?

O penso pode ser aplicado nas seguintes zonas:



- Sempre que for necessário trocar o penso, o novo deve ser colocado num novo lugar.
- A zona da pele que esteve em contacto com o penso não deve ser novamente utilizada durante 1 semana.
- Se for necessário cortar o penso, deve fazê-lo conforme a imagem:



Como é que se aplica o penso transdérmico?

- 1 | Lave as mãos com água e sabão;
- 2 | Escolha uma zona de pele limpa e seca, não irritada, sem cicatrizes, sem pelos;
- 3 | Caso necessite de remover pelos, corte-os com uma tesoura (NÃO usar lâminas ou máquina de corte);
- 4 | Retire o penso do invólucro;
- 5 | Remova, cuidadosamente, a película protetora do penso com cuidado para não tocar na região interna.
- 6 | Pressione o penso sobre a pele com a palma da mão, durante 30 a 60 segundos;
- 7 | Verifique que o penso está bem colado, de forma a garantir a sua eficácia.
- 8 | Lave as mãos com água e sabão

Como retirar penso transdérmico?

- 1 | Levante um dos bordos do penso com os dedos e, em seguida, puxe suavemente o mesmo. Dobre a meio, com a parte adesiva para dentro e deite ao lixo doméstico;
- 2 | Limpe com água esta área da pele e depois aplique um produto para cuidados da pele;
- 3 | Lave as mãos com água e sabão;

Nos primeiros dias de tratamento...

- Demora algum tempo para que a substância passe do penso para a circulação sanguínea. Pode demorar 12 a 24 horas até que sinta alívio da dor.
- No início do tratamento alguns doentes podem sentir náuseas, vômitos e alguma sonolência. Esses efeitos desaparecerão depois dos primeiros dias de tratamento.
- Não aumente a dose por iniciativa própria. Se achar que o alívio da dor com o penso é insuficiente, consulte o seu médico



Para sua segurança e garantir a eficácia da terapêutica, siga as seguintes recomendações:

- Não aumente/reduza a dose por sua iniciativa;
- Evite atividades que possam causar transpiração;
- Se tiver febre, informe o seu médico ou enfermeiro;
- Não se exponha a calor excessivo;
- Vigie a pele exposta ao penso para despistar reações adversas;
- Deve guardar os pensos num lugar seguro, longe do alcance de crianças e animais;
- Sinta-se à vontade para tomar banho e molhar o adesivo, no entanto evite que o penso esteja debaixo da água durante um longo período de tempo.

APÊNDICE VIII - PROCEDIMENTO DE UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA

ÂMBITO / DESTINATÁRIOS:

Profissionais do Centro Hospitalar Médio Ave (CHMA)

1. POLÍTICA ASSOCIADA:

Sem política associada.

2. OBJETIVOS:

- Aprofundar conhecimentos sobre a via subcutânea e reconhecer o seu valor nos cuidados de saúde;
- Apresentar as vantagens, desvantagens/limitações, indicações e contra-indicações da via subcutânea;
- Descrever procedimento para colocação de um cateter subcutâneo;
- Contribuir para melhoria da qualidade de cuidados prestados.

3. INDICADORES:

DESCRIÇÃO	QUEM AVALIA	PERIODICIDADE
Número de cateter subcutâneos colocados	EIHSCP	

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS:

SIGLAS:

CHMA- Centro Hospitalar do Médio Ave

EIHSCP: Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados paliativos

SC: subcutâneo

DEFINIÇÕES:

Hipoderme: Camada mais profunda da pele. É a estrutura responsável pela absorção de fluidos e medicamentos quando se utiliza a via subcutânea, dependente dos capilares sanguíneos e linfáticos presentes nos septos fibrosos desta camada (Seeley, Stephens, & Tate, 2003; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).

Hipodermóclise: corresponde ao uso da via subcutânea para infusão contínua para soluções de volumes maiores. Quando um determinado medicamento é infundido em bólus ou diluído em pequeno volume, não cabe descrever essa aplicação como hipodermóclise, mas sim "uso da via subcutânea" (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, p.4, 2016).

5. DESCRIÇÃO:

De entre as estratégias que permitem potenciar um controlo sintomático eficaz face ao sofrimento causado pelo avanço decorrente da sua doença, a administração de terapêutica medicamentosa e de fluidos assume um papel essencial. Porém, nem sempre a escolha da via de administração é a mais assertiva face ao contexto do doente.

O tratamento dirigido ao doente deve incluir uma via de administração farmacológica que proporcione eficácia garantida, facilidade de administração, o mínimo desconforto, boa tolerabilidade, melhor adesão ao tratamento, menos custos associados e que permita, de certa forma, um bom controlo sintomático, promoção de autonomia à pessoa e família, bem como a possibilidade de uma programação de alta para contexto domiciliário.

A via subcutânea apresenta vantagens, benefícios, indicações e possíveis complicações, podendo contribuir para a promoção da qualidade de vida dos doentes. Porém, existe a necessidade de o profissional de saúde aprofundar o conhecimento sobre a utilização desta via, justificado pela importância do controlo sintomático, como uma componente essencial no cuidado à pessoa em fim de vida.

5.1 - Indicações e contraindicações

Indicações:

- Intolerância à via oral, por vômitos ou oclusão intestinal;
- Ausência de via oral patente
- Má absorção intestinal
- Prevenção ou tratamento da desidratação moderada
- Controlo sintomático
- Reposição de eletrólitos

Contraindicações:

- Anasarca
- Distúrbios na coagulação
- Insuficiência cardíaca
- Administração rápida de grandes volumes
- Alterações cutâneas (lesões de continuidade, infeção de tecidos irradiados)

5.2 - Vantagens e desvantagens

Vantagens:

- Técnica simples e cómoda;
- Menor risco de complicações locais ou sistémicas;

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

Desvantagens/Limitações:

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

5.3 - Procedimento técnico:

5.3.1 - Material (fig.2)

- Luvas não estéreis;
- Solução antisséptica;
- Compressas estéreis;
- Agulha tipo butterfly 25G ou catéter abocath 24G ou 22G;
- Prolongador pediátrico;
- Penso impermeável transparente;

5.3.2 - Técnica:

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou cuidador (antes de usar esta técnica, o enfermeiro deve explicar ao doente e família o procedimento usando uma linguagem acessível e clara e estar disponível para esclarecer dúvidas ou receios).
- Lavar/ higienizar as mãos.
- Preencher a linha de infusão se utilizar agulha tipo butterfly, se utilizar cateter abocath 24G ou 22G, não necessita (fig.2);
- Selecionar o local de punção (fig. 3) e desinfetar com solução antiséptica.
- Fazer uma prega na pele com dedo indicador e polegar da mão não dominante e inserir o catéter com o bisel virado para cima num ângulo de 45 graus (fig.3). Se doente for emagrecido, o ângulo deve ser apenas 30 graus.
- Retirar a agulha guia (mandril) no caso das butterflys não metálicas (fig.4).
- Comprovar que não reflui sangue.
- Fixação da agulha ou cateter com tiras adesivas e/ou penso transparente impermeável(fig.5);

- Fechar a linha com clip, tapar com um obturador ou tampa.
- Fazer uma circular com o prolongamento, caso se trate de uma butterfly metálica.
- Lavar a linha de infusão com S.F. após cada uso (com o volume correspondente ao volume de preenchimento de cada linha/prolongador)
- Identificar o adesivo com data e horário da punção (fig.6).
- Registrar em processo do doente a data e o local de colocação do catéter.



Fig. 2: Técnica de punção de cateter subcutâneo

Fonte: Adaptação de Uso da via subcutanea em geriatria e cuidados paliativos (2016)

6.3.3 - Locais de punção e volume de administração de solutos

A preservação do conforto, da mobilidade e da independência do doente são os fatores determinantes para escolha do sítio de punção. Deve-se evitar, portanto, a punção em áreas próximas de articulações.

Em doentes com doença mais avançada, a espessura do tecido subcutâneo tende a diminuir quando se instala um quadro de desnutrição. Uma espessura mínima de 1,0 a 2,5 cm é recomendável para a infusão subcutânea (Duems-Noriega, Ariño-Blasco, 2015).

As regiões topográficas para punção diferem em relação à quantidade máxima de volume que cada uma é capaz de receber ao longo de 24h (figura 3).

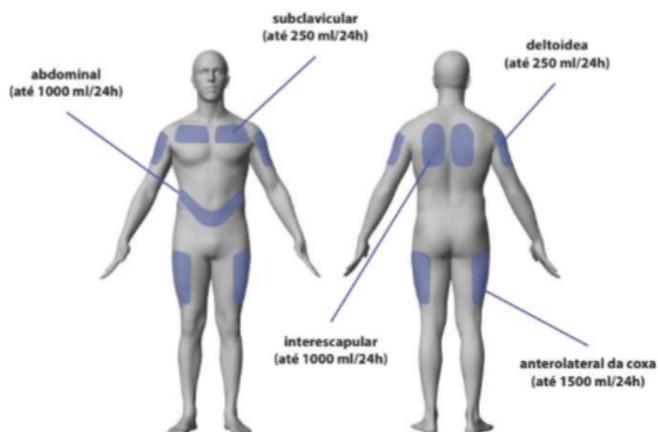


Fig. 3 – Locais de punção e volume de administração de solutos.

No momento da inserção do cateter, é preciso considerar a direção da drenagem linfática: o cateter deve apontar no mesmo sentido da drenagem para reduzir o risco de edemas. Por esse motivo, a inserção costuma ser centrípeta. A região torácica e a parede abdominal lateral são as regiões de maior elegibilidade para a punção subcutânea (Frisoli Junior, 2000) A parede abdominal dispõe de grande superfície de absorção, sendo a região de eleição para a infusão de volumes maiores (Adam, 1997). Em doentes com caquexia, sugere-se evitar a região anterior do tórax pelo risco de pneumotórax (Pereira, 2008).

Como sítios secundários, podem ser utilizados os membros superiores, reservando-se os membros inferiores para situações em que a punção não possa ser feita em outro local (Fernández Díaz et al, s/d). Infusões contínuas devem ser evitadas em membros pelo risco de edema (Dugas, 2001). Curiosamente, a prática clínica de alguns autores deste guia tem evidenciado a preferência dos pacientes pelas punções em membros. Já a região interescapular, menos utilizada, é útil sobretudo em pacientes com risco de arrancar o cateter durante estados confusionais, como idosos em delírium ou com demência.

Na prática, a tolerância de cada região para a infusão varia conforme as condições do paciente e o volume a ser infundido (Azevedo e Barbosa, 2012).

6. REFERÊNCIAS:

- Adam J. "ABC of palliative care. The last 48 hours". BMJ 1997; v.315(7122):1600-3.
- Ana, Q., & Guarda, H. (2010). Hidratação em fim de vida. In Barbosa, A., & Neto I. (2010). Manual de cuidados paliativos, 2ªed.Lisboa. pp.401- 415.
- Azevedo, D. (2016). O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos. Rio de Janeiro: SBGG.
- Duems-Noriega O, Ariño-Blasco S. "Subcutaneous fluid and drug delivery: safe, efficient and inexpensive". Reviews in Clinical Gerontology 2015; v. 25:117-146.
- Dugas R. "La voie sous-cutanée. Une alternative utile em soins palliatifs". Canadian family physician 2001; v.47:266-7.
- Fernández Díaz R, Pérez Suárez MC, Cossío Rodríguez I. "Vía subcutânea en cuidados paliativos". JANO, Medicina y Humanidades. Terapéutica. (sem data). 61(1393)1-4.
- Frisoli Junior A et al. "Subcutaneous hydration by hypodermoclysis. A practical and low cost treatment for elderly patients". Drugs Aging 2000;16(4):313-9.
- Guedes, N.A., Melo, L.S., Santos, F.B., & Barbosa, J.A. (2019). Complicações da via subcutânea na infusão de medicamentos e soluções em cuidados paliativos. Rev Rene. V. 20, 1-9. Artigo e40933.
- Lopes, A. P., Esteves, R. & Sapeta, P. (2012). VANTAGENS E DESVANTAGENS DA TERAPÊUTICA E HIDRATAÇÃO SUBCUTÂNEA. Mestrado em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico Castelo Branco. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Castelo Branco.
- Moraes, R. Ferreira, M., Alves, J., Mirra, J. & Freire, E. (2021) - Hipodermoclise e terapêutica subcutânea. In FREIRE, Elga. - Guia Prático de Controlo Sintomático. 2ª ed. Angelini Pharma Portugal, 2021. p.167-173.
- Pais, C, Silva, R., Carvalho, S, & Morais, A. (2019). Uma Boa Morte: Reconhecer a Agonia a Tempo. Medicina Interna, 26(3), 238-246.
- Pereira, I.(2008). Hipodermoclise. In Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [CREMESP] - Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. (pp.259-272).

7. DOCUMENTOS RELACIONADOS:

8. CONTROLO DE VERSÕES:

VERSÃO	TIPO	RESPONSÁVEL	DATA	VALIDAÇÃO
1	ELABORAÇÃO		xx/xx/xxxx	Rubrica
	APROVAÇÃO (SERVIÇO)		xx/xx/xxxx	Rubrica
	VERIFICAÇÃO	Grupo Coordenador da Qualidade	xx/xx/xxxx	Rubrica
	HOMOLOGAÇÃO	Conselho de Administração	xx/xx/xxxx	Rubrica
PRÓXIMA REVISÃO:			xx/xxxx	-----

ANEXOS

ANEXO I - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Cansaço = falta de energia		
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)		

ANEXO II - ESCALA PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE

%	Itens avaliados				
	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência da doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência da doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência da doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência da doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar <i>hobbies</i> , doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	Idem	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	Idem	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	Idem	Idem	Ingestão limitada acolheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	Idem	Idem	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: Quadro adaptado pelo manual de cuidados paliativos. Brasil, 2009, do *Victória Hospice Society*.

ANEXO III - DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA

O pedido de acesso em apreço:

Título Estudo	Perceção dos profissionais de saúde acerca da utilização da via subcutânea em doentes em fim de vida
Nome Investigador	Enfermeira Fatima Senra Silva
Relação do Investigadora com o CHMA	Estagiária na EIHSCP do CHMA, no âmbito do 1.º Mestrado Em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo
Modalidade de Acesso	Aplicação de questionários sobre questões relativas à perceção dos enfermeiros, no que concerne à utilização da via subcutânea
Finalidade	Contribuir para o desenvolvimento da prestação de cuidados especializados em enfermagem, à pessoa em situação paliativa; Académica;
Estudo	O estudo é descritivo e quantitativo

1. Consentimento Informado

O estudo prevê a recolha de Consentimento Informado, junto dos profissionais respondentes;

No Termo de Consentimento são apresentadas as categorias de dados que serão recolhidas, assim como o seu uso exclusivo para a finalidade do presente estudo;

Está prevista a possibilidade de revogação;

O participante é ainda esclarecido que os dados que se recolherão são totalmente anonimizados.

2. Recrutamento e Direito de Informação

Os participantes serão convidados a participar, mediante distribuição do questionário por via eletrónica, entre o grupo profissional elegível.

Ajerta-se para que os endereços de email dos profissionais visados não sejam dados a conhecer à investigadora, podendo em alternativa efetuar-se a divulgação do estudo, através de comunicação a dirigir, a partir do endereço do interlocutor do CHMA.

3. Confidencialidade

Não será arquivada em base de dados a identificação ou outro dado que permita identificar o participante.

Conclusão:

1. O **fundamento de legitimidade** para a prossecução do estudo assenta **na recolha de consentimento junto dos participantes**, acrescido da recolha de dados de forma **anonimizada**, i.e, sem inserção de qualquer dado que permita a identificação do titular respondente.

Recomendações a observar:

- a) Existência de **profissional de referência** no CHMA, responsável por *acompanhar o estudo (coordenador da FIHSCP)*
- b) Assegurar a **recolha** de dados de forma **anonimizada**;
- c) **Devolução**, após conclusão, do **resultado da investigação** à Comissão de Ética do CHMA.

RAI – Responsável pelo Acesso à Informação (Art.º 9.º Lei 26/2016, de 22 de Agosto)

Fátima Marques

