

A Comunicação Terapêutica como promotora do bem-estar da pessoa em cuidados paliativos

Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre na área da
Enfermagem à Pessoa em Processo de Doença na Comunidade

Miguel Loureiro Neves

Prof. Doutor José Amendoeira
Prof. Adjunta Pires Rosa

A Comunicação Terapêutica como promotora do bem-estar da pessoa em cuidados paliativos

**Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre na área da
Enfermagem à Pessoa em Processo de Doença na Comunidade**

Miguel Loureiro Neves

**Prof. Doutor José Amendoeira
Prof. Adjunta Pires Rosa**

Pensamento:

*"Não concordo com uma só palavra do
que dizeis, mas defenderei até à morte o
vosso direito de dizê-lo"*

(Voltaire)

Dedicatória:

*A todos os doentes com necessidades
em cuidados paliativos*

*Agradecimentos:
Rosa, Abílio, Luís, Pedro,
Prof. José Amendoeira e
restante família e amigos.*

RESUMO

O aumento da longevidade e as transições epidemiológicas, em que os processos de doença crónica, adquirem progressividade, bem como, as alterações na rede familiar, têm tido impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos, criando-se assim unidades de cuidados paliativos (PORTUGAL. Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

Objetivo: Determinar de que forma o estabelecimento de comunicação terapêutica, como intervenção de enfermagem, promove o bem-estar do doente com necessidades em cuidados paliativos.

Metodologia: Pesquisa efetuada com recurso à RSL, com o objetivo de promover a reflexão na ação e sobre a ação, mobilizando para a mesma a conceção teórica, por referência ao desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. Realizada no motor de busca EBSCO, em duas bases de dados: CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text por forma a selecionar artigos em texto integral no período de tempo entre janeiro de 2005 e janeiro de 2011, que respondessem à pergunta PICO “ A comunicação terapêutica promove o bem-estar do doente com necessidades em cuidados paliativos? ”.

Resultados: Cuidados Paliativos são cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida. Um dos aspectos considerados importantes é sem dúvida o estabelecimento de uma relação eficaz com o doente/família e restante equipa. Desta forma cabe ao enfermeiro estabelecer uma comunicação eficaz, sendo um factor fundamental para um relacionamento com o utente.

Conclusões: O estabelecimento de comunicação terapêutica é sem dúvida um meio para a obtenção de cuidados de qualidade, considerando-a como intervenção autónoma de enfermagem.

Palavras-chave: Comunicação, Terapêutica, Doente, Cuidados Paliativos e Bem-estar.

ABSTRACT

Increased longevity and the epidemiological transitions in which cases of chronic disease acquire progressivity, as well as changes in the family network have had an increasing impact on the organisation of health systems and resources specifically designed for the chronically ill, thus creating palliative care units (PORTUGAL. Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

Objective: To determine how the establishment of therapeutic communication, as nursing intervention, promotes the well-being of the patient with palliative care needs.

Methodology: Research conducted using the RSL, aiming to promote reflection on action and about action, mobilising, for that purpose, the theory on the development of knowledge in nursing. Research is done with the search engine EBSCO, on two databases: CINAHL Plus with Full Text and MEDLINE with Full Text, in order to select full-text articles in the period between January 2005 and January 2011 that answered the PICO question “Does therapeutic communication promote the well-being of the patient with palliative care needs?”

Results: Palliative Care is care provided to patients in a state of intense suffering caused by incurable disease at an advanced stage, and rapidly progressive, with the main aim of promoting, as much as possible and until the end, the patient’s well-being and quality of life. One of the important aspects is undoubtedly the establishment of an effective relationship with the patient/family and the team. In this way, it is up to the nurse to establish effective communication, being a key factor in a relationship with the patient.

Conclusions: The establishment of therapeutic communication is certainly one way of obtaining quality care, considering it as an autonomous nursing intervention.

Keywords: Communication, Therapeutics, Patient, Palliative Care and Well-Being.

ÍNDICE

	p.
0 - INTRODUÇÃO	11
1 - CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – UM CONTEXTO DE ESTÁGIO E APRENDIZAGEM	13
1.1 - CUIDADOS PALIATIVOS	14
1.2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DAS UNIDADES	17
1.3 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS	19
2 - COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	27
3 - O ADULTO E IDOSO COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS – COMO PROMOVER O BEM-ESTAR	31
4 - METODOLOGIA	35
4.1 – CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUIDOS	36
5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA RSL	38
6 - CONCLUSÃO	46
7 - REFERENCIAS	48
ANEXOS	51
ANEXO I – Projecto de Estágio	52
ANEXO II - Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho	74
ANEXO III – Programa Nacional de Cuidados Paliativos de 2004	85
ANEXO IV – Instrumentos de avaliação da satisfação dos doentes e famílias	135
ANEXO V – Apresentação do Seminário	152
ANEXO VI - Apresentação da pergunta PICO	162
ANEXO VII – Apresentação de partilha de experiencias no serviço	170

ANEXO VIII – Quadro 1 – Critérios para a formulação da pergunta PI[C]O	173
ANEXO IX – Processo de pesquisa e selecção de artigos	175
ANEXO X – Tabelas com as características dos estudos incluídos	179

CHAVE DE SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

EM – Esclerose Múltipla

PICO – P (população); I (intervenção); C (comparação); O (outcome);

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SAM – Sistema de Apoio Médio

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

0 - INTRODUÇÃO

O crescente envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e da estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, levam a novas necessidades em cuidados de saúde e conduzem ao aparecimento de um grupo significativo de Utentes para os quais, independentemente da idade e dos problemas decorrentes da sua perda de autonomia, é fundamental organizar respostas adequadas à crescente necessidade de cuidados continuados, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, muito diferente do modelo de intervenção na doença aguda (Ministério da Saúde 2007). Desta forma considero de extrema importância, atendendo às suas especificidades, o desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados continuados, por ser um campo onde ainda existem muitas falhas e onde se verifica uma grande necessidade de cuidados de qualidade e dirigidos a uma população muito própria, que é a que necessita desses mesmos cuidados. Neste estágio é permitido, dentro das disponibilidades, escolher o local onde pretendemos desenvolver/aperfeiçoar competências técnicas, científicas e relacionais, na especificidade de Cuidados Paliativos, tendo por base sempre o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o Código Deontológico dos Enfermeiros, o decreto-lei que regulamenta a carreira de enfermagem e ainda tendo como referência, as Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e a política de saúde definida no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI, 2006).

O estágio realizou-se em duas unidades de cuidados paliativos, sendo a unidade 1 no Ribatejo e a Unidade 2 na capital, mantendo desta forma o anonimato das mesmas. Este decorreu durante nove e três semanas respectivamente.

Este relatório visa o resultado da operacionalização da intervenção na prática clínica de enfermagem, tendo por base diferentes estratégias mobilizadas, entre elas, a integração no contexto de trabalho onde o estágio é desenvolvido, com mediação do

enfermeiro orientador e supervisão do professor responsável pelo estágio. Preconiza-se a análise, a fundamentação, a crítica e a visibilidade da intervenção efectuada. Pretende-se que o mesmo seja revelador de aprendizagens a partir de um processo auto formativo, de pesquisa e reflexão e mobilizador de um agir em contexto da prática clínica de enfermagem.

Com esta estratégia promove-se o desenvolvimento de competências para a revisão sistemática da literatura como suporte à Prática Baseada na Evidência nos contextos de cuidar, em que os saberes que os enfermeiros utilizam se enquadrem no conhecimento, numa lógica de enfermagem avançada.

Não sendo objectivo desta estratégia produzir investigação, mas sim desenvolver competências no âmbito da prática baseada na evidência, defino assim como pergunta PICO: *A Comunicação Terapêutica promove o bem-estar da pessoa em Cuidados Paliativos?*.

O presente relatório de estágio será dividido por vários capítulos, que dizem respeito à descrição e análise crítica dos objectivos propostos no projecto de estágio (anexo I) e ao desenvolvimento do trabalho de acordo com a metodologia PICO já enunciado anteriormente.

Foram definidos como objectivos do relatório:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a susceptibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar os recursos necessários à acção de enfermagem baseada na evidência;
- Fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada;

1 – CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – UM CONTEXTO DE ESTÁGIO E APRENDIZAGEM

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, de acordo com o preâmbulo do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, procura dar resposta às carências de cuidados decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de utentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, tem por objectivo geral a prestação de cuidados continuados integrados, incluindo a prestação de Cuidados Paliativos, segundo os níveis de diferenciação consignados no Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

O objectivo geral da Rede é “... a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”, tendo como objectivos específicos e princípios os que se encontram no anexo II, mas que são essenciais ter em conta no decorrer de todo este processo.

Entende-se por cuidados continuados integrados “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global, entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” e “a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis”.

1.1 – CUIDADOS PALIATIVOS

O aumento da longevidade, e o incremento das doenças crónicas e progressivas, bem como, as alterações na rede familiar, têm tido impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos (PORTUGAL. Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004). Para centrar a prestação de cuidados nos cidadãos e suas famílias requer-se uma organização de serviços que permita acesso a cuidados no tempo certo, no local certo e pelo prestador mais adequado, desenvolvendo desta forma competências comuns de Enfermeiro Especialista, sobretudo nos domínios da gestão dos cuidados e da responsabilidade profissional, ética e legal. Em Portugal, 60% da mortalidade deve-se a doenças crónicas evolutivas como o cancro (20-25%), as insuficiências orgânicas (respiratória, cardíaca, hepática, renal, entre outras) ou as doenças neurológicas progressivas, tais como Demências, Parkinson, ELA, EM.

O Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas define como um dos seus objectivos estratégicos o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, planeando a sua distribuição geográfica pelo território nacional.

Entende-se por Palição o alívio do sofrimento do doente. Por Acção Paliativa, qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As acções paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução (PORTUGAL. Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

Cuidados Paliativos são cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida. Os cuidados paliativos são cuidados activos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação (PORTUGAL. Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

Cuidados Paliativos de acordo com a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE em 2000, eram entendidos como uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos utentes e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida, através do alívio do sofrimento, por meios de identificação

precoce, de uma correcta avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual, tendo em conta os valores culturais, religiosos, crenças e práticas de cada utente/família (SANTOS, 2009).

Para o mesmo autor, os cuidados paliativos têm como princípios afirmar a vida e encarar a morte como sendo um processo normal, ou seja, não adiando nem prolongando a morte, promovendo o alívio de dor e de outros sintomas, oferecendo suporte para que os utentes possam viver o mais activamente possível, ajudando a família e cuidadores no processo de luto. Para poder levar em conta os princípios já referidos anteriormente, é essencial escutar o utente, fazer um diagnóstico antes de cuidar, conhecer muito bem os fármacos a serem utilizados, manter os tratamentos o mais simples possível, aprender a valorizar pequenas realizações e ter consciência de que alguma coisa pode ser sempre realizada.

O processo de adaptação do utente aos cuidados paliativos depende da sua idade, do estágio da doença, do desenvolvimento familiar, da natureza da doença, da fase de adaptação de doença em que se encontra no momento, da experiência prévia individual ou familiar em relação à doença e morte, do status socioeconómico e das variáveis culturais inerentes.

NETO, I. (2010), refere que os cuidados paliativos, afirmam a vida e aceitam a morte como sendo um processo natural, promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes e para isso actuando em diferentes áreas, são oferecidos tendo por base as necessidades e não só a presença de um diagnóstico, têm a preocupação de abranger famílias e cuidadores e têm como objectivo central o bem-estar e a qualidade de vida do doente.

Os Cuidados Paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes com prognóstico de vida limitado. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade (PORTUGAL. Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

De acordo com NETO, I. (2010, p. 1-42), citando TWYXCROSS (2003), refere que as áreas fundamentais de actuação em cuidados paliativos são o controlo de sintomas, o estabelecimento de comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho de equipa.

A família deve ser activamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser ela própria objecto de cuidados, quer durante a doença, quer durante

o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber apoio, informação e educação (PORTUGAL. Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

Os Cuidados Paliativos, tal como são definidos no âmbito do Programa Nacional de Cuidados Paliativos, destinam-se essencialmente a doentes (e família) que, cumulativamente:

- a) Têm prognóstico de vida limitado;
- b) Não têm perspectiva de tratamento curativo;
- c) Têm intenso sofrimento;
- d) Têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

NETO; CAPELAS, (2010, p. 785-811), enumeram dez instrumentos básicos imprescindíveis da prática em cuidados paliativos, já enumerados por diversos autores anteriormente, sendo eles, uma correcta avaliação das necessidades, o estabelecimento de um plano terapêutico, o controlo de sintomas, a prática de suporte emocional, uma correcta comunicação e transmissão de informação, respeito pelos valores e ética clínica, adaptação das organizações, mudanças na organização dos recursos, avaliação e monitorização dos resultados e melhoria contínua da qualidade.

É de salientar que um dos documentos base consultado e analisado no que diz respeito à prática de cuidados paliativos tem que ver com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos de 2004, que se encontra em anexo III, onde se distinguem, entre vários assuntos os princípios em que a prática de cuidados paliativos assenta, o que cada unidade deverá ter em conta desde o seu início, o que estas devem incluir em termos de recursos humanos e os níveis de actuação das mesmas.

A prática dos Cuidados Paliativos respeita o direito do doente e da sua família ou do cuidador principal a receber cuidados, manter na sua autonomia, identidade e dignidade, a ser prestado apoio personalizado, ao alívio do sofrimento, a ser informado de forma adequada, a ser ouvido, a participar nas decisões, num trabalho de partilha e parceria com a equipa prestadora de cuidados, a recusar tratamentos e a serem identificadas as suas necessidades e preferências.

As instalações devem cumprir com os requisitos estabelecidos pela legislação em vigor, proporcionando o conforto e bem-estar necessários à permanência dos

doentes e seus acompanhantes (PORTUGAL. Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

A coordenação técnica da unidade deve ser assegurada por um médico que, para além da diferenciação profissional adequada à instituição onde se integra, reúna formação avançada em Cuidados Paliativos. Os profissionais que prestam cuidados devem ter formação diferenciada em Cuidados Paliativos e serem envolvidos em programas de formação contínua devidamente reconhecidos. Numa fase mais inicial de implementação dos serviços é admissível que nem todos tenham formação diferenciada mas é recomendável que pelo menos 60% dos profissionais envolvidos tenham formação básica (PORTUGAL. Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

Um dos aspectos que se deve ter em conta em todo o processo de prestação de cuidados em Cuidados Paliativos é sem dúvida os aspectos relativos à Qualidade. Desta forma, os valores e princípios que inspiram e orientam os cuidados paliativos são os critérios mais importantes para toda a organização e a sua melhoria contínua. Estes são definidos pelo Instituto da Qualidade em Saúde. Torna-se importante no entanto, enunciar desde já, alguns princípios gerais de qualidade, que devem ser tidos em consideração na organização e no funcionamento das unidades de cuidados paliativos.

Em termos gerais, considera-se que unidades de internamento de cuidados paliativos de nível II poderão ter uma dotação média entre 10 a 15 camas. Para esta dimensão deverá considerar-se uma equipa multidisciplinar que se pode consultar no Programa Nacional de Cuidados Paliativos de 2004, que se encontra no anexo III. Desta forma considero que as unidades onde desenvolvi e adquiri competências no decorrer do estágio se inserem nestas unidades de nível II.

Às unidades de cuidados paliativos devem ser aplicados requisitos mínimos de instalação e funcionamento a definir em Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde. No entanto, a qualidade dos cuidados paliativos obriga a que se tenha em especial atenção que a sua prestação se deve efectuar num ambiente particularmente acolhedor (PORTUGAL. Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2004).

1.2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DAS UNIDADES

O Hospital 1, surge no século XV da junção de todos os hospitais e hospícios existentes na cidade, pelo administrador e governador da Ordem de Cristo. No reinado de D. Manuel I, o hospital foi transformado em Santa Casa da Misericórdia, tendo sido

dirigido por aquela instituição até Maio de 1975. A degradação das suas instalações determinou a construção de um novo edifício, moderno e confortável, inaugurado em Janeiro de 2003. Actualmente é denominado de Centro Hospitalar, Unidade 1 e tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, a custos comportáveis, aos utentes da área de influência, promovendo a complementaridade entre os hospitais do Centro e apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais. No que diz respeito à visão, pretende ser um hospital de referência na prestação de cuidados de saúde, na eficiência e eficácia da utilização dos recursos, sempre com o objectivo de atingir a satisfação dos utentes e dos colaboradores. No desenvolvimento sustentado da sua actividade, o Centro Hospitalar tem como base os seguintes valores essenciais: Qualidade, procurando obter os melhores resultados e níveis de serviço na prestação de cuidados, tendo como base a satisfação das necessidades da comunidade, assumindo o princípio da melhoria contínua e promovendo a cooperação entre os diferentes Serviços; Ética e Integridade, orientando as acções tomadas segundo os mais nobres princípios de conduta, nas relações com os doentes e profissionais do Centro; Respeito pelos Direitos Individuais, assumindo o compromisso de salvaguardar a dignidade e o bem-estar de cada indivíduo; Competência e Inovação, promovendo o desenvolvimento dos profissionais e a implementação de novas soluções que permitam assegurar a prestação dos melhores cuidados de saúde.

A partir de 20 de Novembro de 2008, o Centro conta com uma nova Unidade de Cuidados Paliativos, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que integra 10 camas. A Unidade assegura cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer. A Unidade tem como missão o controlo sintomático e supervisão clínica de doentes em situação complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, promovendo, tanto quanto possível, o bem-estar e a qualidade de vida destes doentes. Esta unidade de Cuidados Paliativos funciona com uma equipa multidisciplinar de 1 médico, 13 enfermeiros, 8 assistentes operacionais, 1 prestador de serviços de limpeza, a tempo inteiro e 1 psicólogo e 1 assistente social e significa um importante avanço na prestação deste tipo de cuidados na região servida

pelo Centro Hospitalar. Possui ainda apoio diário de outros técnicos, tais como dietista, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e assistência religiosa e espiritual. Desta forma vai ao encontro do definido como requisitos no DECRETO-LEI nº 101/2006, na secção IV, artigos 19º e 20º, estando assim assegurado o seu funcionamento.

A Unidade 2, pertencente a uma Congregação, foi fundada em 1894 ficando conhecida como o primeiro Centro Assistencial da Congregação em Portugal.

Tem como principais objectivos a prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria, segundo o Carisma Hospitalareiro, orientados pelo critério da centralidade da pessoa doente. Tem uma lotação de 500 camas divididas em 9 unidades de internamento, 2 residências apoiadas e 4 residências autónomas. Desenvolve programas assistenciais segundo um modelo de assistência integral que, através do trabalho em equipa, desenvolve a intervenção terapêutica contemplando os aspectos biológicos, psíquicos, sociais, humanos, espirituais e ético-relacionais.

Destas unidades de internamento faz parte a Unidade de Cuidados Paliativos, composta por 10 camas, das quais 8 são agregadas à RNCCI e duas são de cariz particular. Fazem parte do funcionamento desta unidade 3 médicos, 10 enfermeiros e 8 assistentes operacionais, bem como apoio de psicóloga, assistente social, farmácia, fisioterapia e apoio religioso. Desta verifica-se o mesmo que na Unidade 1, pois vai ao encontro do definido no mesmo decreto-lei e artigos supra citados. Constata-se assim o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, definidas pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2011) no Regulamento nº 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Saliento ainda que ao desenvolver o estágio nestas unidades, permitiu-me perceber que questões ético-legais lhe estavam subjacentes bem como que princípios e orientações eram determinantes para o seu pleno funcionamento, e que eu teria que desenvolver/ser regido no decorrer do estágio.

1.3 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS

Associado ao início do estágio surge a necessidade de integração nos diversos serviços onde o mesmo se desenvolve. Esta integração faz-se de acordo com a disponibilidade oferecida pelas equipas de saúde presentes na mesma. É de salientar que

ambas as equipas são bastante acolhedoras e disponíveis na integração de novos elementos, mas sobretudo na integração e apoio a estudantes como foi o caso, sejam eles do curso de Enfermagem – 1º ciclo como de cursos avançados na área. Ainda no sentido de satisfazer o primeiro objectivo a que me propus e no adquirir, desenvolver e cimentar as competências de enfermeiro especialista, foi necessário a consulta de regulamentos e protocolos das instituições, no sentido de perceber qual o caminho/caminhos a seguir, para melhor satisfazer as necessidades dos utentes internados e para melhor desenvolver as diversas competências de enfermagem possíveis. Saliento assim que a consulta de alguns protocolos e instrumentos de trabalho foi realizada só no decorrer do estágio e não logo no momento do primeiro contacto com as unidades, para mais facilmente ser possível assimilar o conteúdo dos mesmos e assim aplicá-los directamente. Desta forma considero desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2011), pois conheço e aplico a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados, fundamento os métodos de organização do trabalho adequados, utilizo os recursos de forma eficiente para promover a qualidade, desenvolvo o auto - conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar, reconheço os meus recursos e limites pessoais e profissionais e sou consciente da influência pessoal na relação profissional.

Outro dos objectivos a que apontei tinha que ver com o desenvolvimento de competências a nível da **Formação em Saúde**. O primeiro desafio a que me propus foi na Unidade 2, na participação na elaboração de um questionário de satisfação do doente/família na unidade de cuidados paliativos. Este processo foi desenvolvido durante o estágio e está representado no anexo IV deste relatório. Após ter elaborado este instrumento de avaliação, foi-me permitido desenvolver o seu pré-teste na unidade 1 no restante tempo de estágio, o que aconteceu, percorrendo todos os parâmetros legais, entre eles, pedido de autorização à comissão de ética da unidade, garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados.

Desta forma saliento o recurso à investigação no sentido de que foi necessária a realização de pesquisa em bases de dados científicas e a análise dos artigos seleccionados para que os instrumentos de colheita de dados, anteriormente referidos, se realizassem da forma mais adequada e correcta. Ainda associado a investigação saliento toda a realização da mesma sempre que necessária no decorrer do estágio para que os

cuidados prestados fossem sempre com recurso à evidência, permitindo assim cuidados de topo na área dos cuidados paliativos. Decorrente da programação específica do estágio, desenvolvemos um seminário na escola para partilha de experiências, que se mostrou de extrema importância para o desenvolvimento do mesmo. Foi um momento em que foi permitido esclarecer dúvidas, partilhar experiências e receber orientações de especialistas no sentido de obter um bom trabalho final. Um pouco deste percurso feito na escola está representado no anexo V. Ao longo do desenvolvimento do estágio senti a necessidade de realizar uma formação e mostrar desta forma à equipa de enfermagem da Unidade 1 como iria fazer o meu trabalho final de estágio, o relatório. Assim, e em conjunto com outra mestranda elaboramos uma apresentação para mostrar o desenvolvimento desse mesmo percurso e incentivar a que se faça pesquisa científica para apoiar a prestação de cuidados em todas as unidades. Esta apresentação foi bem recebida por parte da equipa que se mostrou bastante interessada e motivada. No final da apresentação deixamos no serviço como forma de apoio e recurso os diapositivos utilizados, bem como bibliografia para que toda a equipa pudesse evoluir e prestar cuidados baseados em evidência. Esta apresentação está disponível no anexo VI, com o nome Prática de Enfermagem Baseada na Evidência. Também no final do estágio, os intervenientes anteriormente referidos, desenvolveram uma outra apresentação (anexo VII) no sentido de existir uma partilha com a Unidade 1 de outras realidades por onde passamos no decorrer do mesmo estágio para que nesta unidade fosse visível o trabalho desenvolvido por outras e pudesse servir como estímulo e motivação para a equipa, que eram oportunidades de melhoria por nós identificados. Com o desenvolvimento destas actividades, considero atingir e desenvolver competências de enfermeiro especialista, no âmbito do domínio da melhoria da qualidade e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2011).

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências no âmbito da **Gestão em Saúde**, foi possível participar nos pedidos de material de ambas as unidades, juntamente com os enfermeiros responsáveis e/ou com os enfermeiros chefes. Estes pedidos fazem-se de forma diferente nas duas unidades. Na unidade 2, através de uma folha escrita com o material que está em falta e enviada via correio electrónico ao aprovisionamento. Na Unidade 1 através da intranet, numa aplicação indicada para o pedido de material ao aprovisionamento e de medicação à farmácia. Também me foi possível, distribuir por turno e por enfermeiro responsável do mesmo, os doentes a cada enfermeiro em ambas as unidades, de acordo com o nível de gravidade de cada utente e

da necessidade de intervenção prevista para esse turno, para que existisse uma distribuição equitativa apesar de não haver sistema de classificação de doentes para as duas unidades. Ao realizar todas estas tarefas consigo desenvolver competências que vão ao encontro do descrito no regulamento comum de competências do enfermeiro especialista, no domínio da gestão dos cuidados (OE, 2011).

No decorrer do estágio verifico que na unidade 1 (nome fictício) os **registos** efectuados na plataforma da RNCCI se fazem por todos os membros da equipa de enfermagem, havendo o sistema de enfermeiro responsável por doente e sendo este o enfermeiro que fica implicado na sua avaliação e inscrição na plataforma. Já na unidade 2 (nome fictício), este processo apenas se realiza pela enfermeira Chefe – responsável pela unidade. No que toca ao acolhimento do doente e família na unidade de cuidados paliativos, existe uma grande discrepância entre as duas unidades já referidas, pois na unidade 2, este acolhimento faz-se no primeiro contacto com a unidade, na presença do doente, da família, do enfermeiro, do médico e se possível de outro técnico da equipa de prestação de cuidados, já na unidade 1 este apenas se faz com a presença do enfermeiro, do doente e da família. Não será pertinente e essencial fazer-se este acolhimento com a presença de todos os membros da equipa multiprofissional? Defendo que sim, pois o preconizado pela RNCCI, é que se trabalhe em equipa e desta forma considero que a admissão é um dos momentos de grande importância para o desenvolvimento do Plano de Intervenção Individual. Este deve ter em conta todos os aspectos que envolvem a actividade do doente, tais como a avaliação de sintomas e o impacto que estes têm na vida do doente e família, a avaliação das necessidades específicas de cada doente e família, a adequação de todas as atitudes farmacológicas e não farmacológicas, a maximização do conforto e a adequação das vias de administração dos fármacos. Este plano, era realizado por toda a equipa no que diz respeito à unidade 2, o que vai ao encontro do preconizado pela RNCCI. Já na unidade 1, este plano é apenas construído pelo enfermeiro responsável do doente. O Plano de Intervenção Individual deve ser realizado por toda a equipa no sentido de se atingir objectivos comuns, tendo em vista o que será melhor para o utente e família, no sentido da continuidade de cuidados, mas sobretudo na prestação de cuidados de qualidade. Desta forma foi possível a participação em vários momentos de admissão de utentes nas duas unidades, bem como das suas famílias, atingindo e desenvolvendo desta forma competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens

profissionais (OE, 2011). Considero assim, que desenvolvo uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção, promovo práticas dos cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, crio e mantenho um ambiente terapêutico e seguro, giro os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, rentabilizo as oportunidades de aprendizagem e tomo a iniciativa na análise de situações clínicas. Atinjo estas competências quando na unidade 2 realizo o acolhimento a uma doente e família, identificando as suas necessidades e estabelecendo uma possível intervenção de imediato. Após este primeiro contacto é-me dada a possibilidade de apresentar em equipa multiprofissional a situação anterior, podendo desta forma discutir as intervenções programadas, avaliar se são oportunas e articular com todos os elementos da equipa, para que a intervenção seja uma só. É esta experiência que trago como uma mais-valia para a unidade 1, pois o acolhimento não se fazia sentir da mesma forma, o que considero uma lacuna, pois não existe um trabalho de equipa mas sim um trabalho de enfermagem.

Segundo as normas da RNCCI, a avaliação da pessoa e família deve ser feita e registada na aplicação da RNCCI, nas primeiras 72 horas o que se verifica nos dois contextos. Da minha prestação denoto uma melhoria na resposta em relação a tudo o que envolve este processo pelo facto de ter tido contacto com este sistema nas unidades de cuidados continuados que passei anteriormente. Desta forma, sempre que possível passava por mim realizar este acolhimento e fazer o seu registo e posterior avaliação no aplicativo juntamente com a equipa e o doente. Outros sistemas de registos que as unidades têm em termos de equipa, também são diferentes. Enquanto na unidade 2, se fazem os tradicionais registos contínuos numa folha de registos própria e a manuscrito, na unidade 1 estes registos fazem-se através do aplicativo SAPE. Ambos os métodos são acompanhados de vantagens e desvantagens mas a que saliento é sem dúvida a vantagem que na unidade 2 se verifica em detrimento da unidade 1, que tem que ver com o facto de todos os elementos da equipa registarem no mesmo aplicativo, ou seja todos os profissionais no momento da sua avaliação individual fazem o registo de uma forma continua e acessível a todos os profissionais na hora e com uma sequência cronológica dos acontecimentos. Na unidade 1 isto não se verifica, pois são utilizados os aplicativos SAPE e SAM, o que faz com que os registos fiquem dispersos e não traduzam uma evolução conjunta do estado de saúde da pessoa internada e família, para já não falar que não estão presentes nesses mesmos aplicativos os registos de outros

técnicos de saúde, tais como Fisioterapeutas, Assistentes Sociais, entre outros. Não seria oportuno estabelecer uma forma de registos comuns a todas as unidades de cuidados paliativos da RNCCI? Considero de extrema importância que isto aconteça, para que se obtenha uma linguagem e método de trabalho comum a todas as unidades para mais facilmente existir troca de ideias, discussão de casos, bem como crescimento a todos os níveis em termos de enfermagem. Só assim é possível conseguir-se uma união no sentido da procura de melhoria contínua, tendo em vista sempre a qualidade de vida do utente e família. Uma das formas de obtenção desta melhoria contínua seria com a utilização de um sistema único de registo, onde todos os elementos da equipa elaborassem as suas notas de evolução da situação. Reporto ainda a necessidade de existir uma linguagem comum em enfermagem, referindo-me desta forma à utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), recentemente adaptada pela Ordem dos Enfermeiros, com o nome de Cuidados Paliativos para uma Morte Digna – CIPE. Assim sendo, considero que desenvolvi competências comuns de enfermeiro especialista, no âmbito do domínio da melhoria da qualidade (OE, 2011).

O estabelecimento de uma **comunicação** eficaz com o utente/família, associado a todos os aspectos anteriormente referidos, proporciona um ambiente terapêutico com o utente a família e os restantes profissionais. No decorrer do estágio, surgem várias situações onde considero não existir o estabelecimento dessa mesma comunicação. Um dos exemplos que posso referir e que é sem dúvida o ponto de partida para o desenvolvimento da revisão sistemática é o presente numa narrativa efectuada no decorrer do estágio, em que uma utente de 50 anos de idade com neoplasia da mama há cerca de 3 anos e metastização cerebral e óssea, com hemiplegia à direita, internada na unidade de cuidados paliativos refere num dos momentos de prestação de cuidados aos enfermeiros presentes que o objectivo dela no momento era quando saísse da unidade ir tirar um curso de mergulho e fazer as provas para subir de escalão nos bombeiros, ao que a colega responde: Isso não vai conseguir, tem que pensar numa coisa mais a curto prazo. Ao constatar e vivenciar este facto, desperta-me interesse no desenvolvimento desta temática com mais ênfase.

Por comunicação entende-se que é o processo interpessoal que envolve trocas verbais e não verbais através do qual uma pessoa transmite ideias, pensamentos e sentimentos, sendo necessário que se estabeleça uma relação entre os indivíduos, e que os intervenientes tenham interesses em comum. Constitui um instrumento capaz de proporcionar meios para que uma pessoa compreenda a outra, aceite e seja aceite,

transmita e receba informação, proporcione e aceite orientação, ensine e aprenda (FACHADA, 2003). Comunicação terapêutica é aquela que permite estabelecer ligação significativa entre o enfermeiro e o doente. Exige aceitação, respeito caloroso e compreensão empática e é baseada na comunicação verbal e não verbal, devendo provocar no doente uma mudança em direcção à autonomia (REIS; RODRIGUES, (2002), citando PHANEUF). Desta forma seria mais oportuno que no momento em que a senhora refere que quer tirar o curso de mergulho e todas as suas vontades do futuro, a colega tivesse dito, não quebrando totalmente o discurso e a vontade da senhora, vamos ver o que é possível. Vamos viver um dia de cada vez. Vamos pensar numa coisa que queira muito e que ache que consegue fazer neste momento. O que é que tem vontade de fazer neste momento ou nestes dias mais próximos? Será que não gostava de ir a casa passar o fim-de-semana com a família? Ou ir um dia aos bombeiros? Desta forma, desconstruíamos um pouco da ideia irrealista manifestada, mas de uma forma mais amena, indo assim ao encontro do que é o estabelecimento de uma comunicação terapêutica. Assim considero que desenvolvi competências no âmbito dos quatro domínios das competências comuns ao enfermeiro especialista (OE, 2011), no sentido de que, desenvolvi uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção, crio e mantenho um ambiente terapêutico e seguro, giro os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e desenvolvo o auto-conhecimento e a assertividade.

É através do estabelecimento de uma comunicação eficaz que se denota o benefício da participação em conferências familiares e em reuniões de equipas multiprofissionais. As conferências familiares são de extrema importância no desenvolvimento e acompanhamento da pessoa/família em todo o processo de doença. Estas desenvolviam-se na Unidade 2 sempre que fossem propostas por qualquer profissional de saúde, desde que fundamentadas, ou sempre que a família achasse necessário para esclarecer alguns aspectos ou mesmo só para se inteirarem de toda a situação do seu familiar. Já na Unidade 1 estas conferências não se faziam sentir, pois não havia equipa disponível para que tal acontecesse. Aconteciam sim, em momentos informais mas só na presença da equipa de enfermagem que estivesse no momento, sem que existisse uma preparação prévia de ambas as partes nem um registo apropriado. Desta forma acho pertinente e essencial o planeamento e realização destas conferências familiares, pois assim consegue-se um apoio mais competente e realista ao doente e à própria família. Durante a realização do estágio tive a oportunidade de realizar uma

conferência familiar na unidade 2, a qual considerei de extrema importância pois só assim conseguimos em termos de equipa prestar um apoio completo a toda a família e sobretudo ao doente. Com a realização desta conferência foi-me possível atingir competências no âmbito dos quatro domínios das competências comuns de enfermeiros especialistas (OE, 2011).

No que diz respeito ao desenvolvimento de reuniões por parte da equipa multiprofissional, estas fazem-se sentir na Unidade 2, todas as sextas feiras e sempre que necessário, na Unidade 1, mais uma vez não se realizavam por falta de profissionais sobretudo médicos. Também estas são de extrema importância para aferir intervenções, para elaboração de planos de intervenção individual, para resolver problemas que a equipa esteja a ultrapassar e sobretudo para que haja um conhecimento comum em toda a equipa.

Só com o estabelecimento de uma comunicação eficaz é possível desenvolver competências a nível do acompanhamento da pessoa/família. Desta forma, para o desenvolvimento de competências comunicacionais no apoio à morte e na comunicação de más notícias foi necessária pesquisa bibliográfica para que essa mesma comunicação fosse realizada da melhor forma. Assim no momento da comunicação de más notícias, procurei um local calmo, com pouco ruído, onde soubesse que não iria ser interrompido para o poder fazer da melhor forma e poder prestar todo o apoio que a pessoa/família precisasse no momento, mostrando sempre a minha disponibilidade para intervir e ajudar no que estivesse ao meu alcance. A minha estratégia vai ao encontro do preconizado pelo Protocolo de Buckman, aquando da comunicação de uma má notícia, desenvolvendo sobretudo competências ao nível dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal e da melhoria da qualidade.

Sem réstias de dúvida que a comunicação e a forma de ser e estar do enfermeiro com o doente/família e no seio da própria equipa, são os aspectos que requerem mais do meu interesse. Assim abordarei o tema da comunicação terapêutica no próximo capítulo.

2 – COMUNICAÇÃO TERAPEUTICA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Um dos aspectos considerados importantes em cuidados paliativos é sem dúvida o estabelecimento de uma relação eficaz com o doente/família e restante equipa. Já na década de cinquenta uma teórica da enfermagem, PEPLAU, (1990) desenvolveu a Teoria das Relações Interpessoais, uma teoria de médio alcance centrada na relação entre enfermeiro e o doente. Desde essa altura que a enfermagem passou a integrar o utente no processo de enfermagem. TOMEY; ALLIGOOD, (2004), citando PEPLAU (1990), descrevem a enfermagem como um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Esta defende dois pressupostos base na sua teoria, que dizem respeito a: a postura adoptada pela enfermeira interfere directamente no que o utente vai aprender durante o processo de cuidados ao longo da sua experiência com o mesmo e alimentar o desenvolvimento da personalidade no sentido da maturidade é uma função da enfermagem que utiliza princípios e métodos que orientam o processo no sentido da resolução dos problemas ou dificuldades interpessoais. De acordo com as mesmas autoras, estas citam PEPLAU (1990) na definição do metaparadigma: Pessoa, Saúde e Ambiente. Assim definem Pessoa em termos de um homem, que é um organismo que vive num equilíbrio instável, Ambiente em termos de forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura, a partir das quais a moral, os costumes e crenças são adquiridos e por fim Saúde, que implica um movimento da personalidade para a frente e outros processos humanos em curso, no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva pessoal e comunitária.

Uma das dificuldades referidas por Peplau no desenvolvimento de uma relação interpessoal é o estabelecimento de uma comunicação eficaz.

A comunicação faz parte do quotidiano do enfermeiro, sendo um factor fundamental para um relacionamento eficaz com o utente, sendo mesmo considerada uma actividade de vida (ROPER ET AL, 1995) e também tida como um instrumento básico em enfermagem.

Para PONTES; LEITÃO; RAMOS, (2008), a comunicação estabelecida entre enfermeiro e doente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar e atender às necessidades de saúde do doente contribuindo para melhorar a prática de enfermagem ao criar oportunidades de aprendizagem e ao despertar nos utentes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros.

Para POTTER; PERRY, (2000) a comunicação terapêutica permite a interacção entre enfermeiro e utente e proporciona a oportunidade de se conseguir um relacionamento humano que atinja os objectivos do cuidado a prestar. O uso da comunicação terapêutica pelo enfermeiro aumenta a aceitação e o entendimento do utente quanto à realização dos procedimentos, diminuindo a ansiedade. Desta forma, a comunicação é extremamente importante na prática de enfermagem, pois permite ao enfermeiro estabelecer um relacionamento interpessoal com os utentes, ajudando-os na sua recuperação, criando condições para que o enfermeiro possa efectivar mudanças, no sentido de promover o bem-estar do utente.

NEEB (2000), considera a comunicação terapêutica como um tipo de comunicação, além da verbal e escrita, da não verbal, da assertiva e agressiva e da comunicação social. Por comunicação terapêutica entende que é uma linguagem própria e que requer a utilização de novos métodos de comunicação e novos modos de escuta. Chega mesmo a referir que se trata de uma comunicação intencional. PEPLAU (1990) defendia que o enfermeiro era tido como um instrumento pois é este que garante relações interpessoais positivas e eficazes com os utentes. Desta forma os nossos utentes desenvolvem uma relação diferente connosco, porque aprendem a confiar em nós, devido à utilização adequada das nossas capacidades de comunicação verbal e não verbal, promovendo assim o processo de cura e promoção do bem-estar. A falsa segurança/frases comuns, o facto de minimizar/desvalorizar o que o doente transmite, a utilização do porquê na nossa linguagem enquanto enfermeiros, o facto de aconselhar o outro, o concordar ou discordar, a realização de perguntas fechadas, o dar a resposta ao colocar a pergunta, o facto de mudar de assunto quando nos é desconfortável e o aprovar e desaprovar, são o que chamamos de obstáculos a uma comunicação terapêutica eficaz. Já reflectir, repetir, devolver, clarificar os termos, realizar perguntas abertas, pedir directamente o que se pretende ou deseja, identificar pensamentos e sentimentos, usar a empatia, respeitar o silêncio, fornecer informações, utilizar pistas gerais e reflectir pensamentos e sentimentos subentendidos, são considerados como

técnicas de comunicação terapêutica/ajuda no estabelecimento de uma relação com o utente/família a quem estamos a prestar cuidados.

Para QUERIDO; SALAZAR; NETO, (2010, p. 461-486) o valor da comunicação é entendido como a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente. Assim em Cuidados Paliativos, entende-se que a comunicação efectiva com os doentes, suas famílias e quem está envolvido no processo de cuidados, é uma componente essencial da assistência. Neste contexto é crucial que a comunicação se desenvolva com base sempre na agenda do doente, ou seja, tendo em conta as suas necessidades de informação, suas preocupações e expectativas. Comunicar eficazmente em cuidados paliativos é simultaneamente importante e difícil, implicando a utilização e desenvolvimento de competências de comunicação entre o enfermeiro o utente e a família. Estas competências incluem ouvir, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos. O estabelecimento da comunicação adequada é então entendida como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associado à doença avançada e terminal. Por comunicação entende-se então um processo dinâmico e multidireccional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensoriais-perceptuais que permitem ultrapassar as informações transmitidas pelas palavras, implicando a adaptação a uma realidade em constante mudança, com avanços e retrocessos, envolvendo o utente e família e equipa de cuidados paliativos, levando-nos a uma relação interpessoal autêntica, vista como ponto-chave para atender com qualidade todas as dimensões de uma pessoa doente e em sofrimento.

Na relação terapêutica em cuidados paliativos, a comunicação, enquanto processo complexo de partilha de informação, emoções e atitudes, assume uma função essencial, tão importante como a realização do diagnóstico ou a selecção da terapêutica a instituir (QUERIDO ET AL, 2010). As mesmas autoras identificam como competências básicas da comunicação em Cuidados Paliativos, a escuta activa, a compreensão empática e o feedback.

O conceito de comunicação terapêutica adaptado da teoria de Ruesch (1951), consiste na habilidade do profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar o doente a conviver com outras pessoas e ajustar-se à situação de crise que está a viver, superando os bloqueios à auto-realização, para enfrentar os seus problemas. Assim, vê-se a comunicação como um processo que pode ser utilizado como instrumento de ajuda terapêutica. Para isso, o enfermeiro deve possuir conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir competências de

relacionamento interpessoal para agir positivamente aquando da prestação dos cuidados ao doente (PONTES ET AL, 2008).

3 – O ADULTO E IDOSO COM NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS – COMO PROMOVER O BEM-ESTAR

Ao longo da vida, uma pessoa percorre as diferentes etapas marcadas pela mudança, sendo as suas vivências influenciadas continuamente pelos aspectos físicos, psicológicos, socioculturais e político-económicos de cada momento (ROPER ET AL, 1995).

A idade adulta é muitas vezes descrita como compreendendo três estádios – idade adulta jovem, a idade média e tardia (ROPER ET AL, 1995). É um período marcado por maturidade física, capacidade para se reproduzir, manifestação de desenvolvimento de aquisição da maturidade, criatividade e produtividade máximas, mais responsabilidade para todos os aspectos do eu, casamento e paternidade, sentimento de responsabilidade social, escolha educacional e de carreira e por um misto de actividades sociais e de lazer (ERICKSON, 1998).

A idade adulta é um estadio considerado de estabilidade relativa tanto em forma física como capacidade intelectual onde a doença é rara. As duas áreas dominantes de preocupação para os adultos são a vida profissional e a vida familiar, sendo grandemente afectadas por uma situação e doença e/ou hospitalização (ROPER ET AL, 1995).

ROPER ET AL (1995) defende que à medida que se avança para idade média a doença se torna mais comum. Refere mesmo que existe um grande aumento na taxa de morte no estádio tardio da idade adulta, como consequência da doença cardíaca, trombose e cancro.

BOLANDER (1998) refere que a etapa de vida idoso começa aproximadamente aos 65 anos, que normalmente coincide com a idade da reforma. No entanto há uma tendência crescente para categorizar os idosos em sub-grupos: idoso-jovem (entre os 65 e os 74 anos) o idoso-médio (entre os 75 e os 84 anos) e o idoso velho (acima dos 85 anos). Segundo ROPER ET AL (1995), os aspectos que permitem caracterizar a Etapa de Vida são diversos, e não se prendem unicamente com a idade cronológica. A

Terceira Idade é um estadió da vida em que a doença é mais comum. Também os sinais de envelhecimento físico se tornam evidentes ao longo dos anos, determinando alterações da sua aparência como o cabelo grisalho e fino, as rugas, a dentição incompleta e a perda de audição. Todas estas alterações fazem com que as relações se vivenciem de forma diferente, levando também a ter que se considerar conjuntamente a comunicação e as suas alterações com questões sociais, onde os comportamentos são agregados, passando do individual para o colectivo. Desta forma e indo ao encontro do referido anteriormente, é imprescindível o recurso ao defendido por Giddens, que claramente evidencia todas estas questões. Segundo GIDDENS (2000), a velhice ameaça muitas vezes o estatuto social máximo que o indivíduo poderia alcançar nalgumas culturas, no entanto na nossa sociedade, a reforma associada à velhice tende a implicar consequências opostas. Não vivendo já com os filhos e estando, marginalizados na esfera económica, não é fácil para os idosos ter um final de vida compensatório. Isto por sua vez apesar das pessoas idosas serem maioritariamente saudáveis têm tendência a voltarem-se para si próprios, em vez de para o exterior, ou seja, dando mais ênfase à sua vida social, no entanto o contrário também acontece e numa situação de doença necessitam de grandes cuidados de enfermagem. ROPER ET AL (1995), que diz que para muitas pessoas, as etapas de vida são pontuadas por acontecimentos significativos relacionados com o trabalho iniciando-se com a escola e terminando com a reforma. Segundo GIDDENS (2000), a importância da actividade profissional no processo de envelhecimento varia não só pela forma diferencial com que se perde aptidões físicas e intelectuais como também pelas características e tipo de trabalho. As profissões que assentam fundamentalmente nas capacidades físicas e na habilidade manual são as mais fortemente afectadas pelo envelhecimento social, isto é o envelhecimento dentro de uma profissão.

De acordo com POTTER; PERRY, (2000) cuidar de idosos coloca desafios especiais devido à diversidade da saúde fisiológica, cognitiva e psicossocial. Muitos dos idosos são membros de comunidades activas, estão envolvidos em projectos e ainda são produtivos, mas outros já perderam a capacidade de se cuidarem, estão confusos e são incapazes de tomar decisões relativamente às suas necessidades. Desta forma, a avaliação de enfermagem perante os idosos sem dúvida um grande desafio e um trabalho complexo, que terá que ter em conta vários aspectos, entre eles, a inter-relação entre os aspectos físicos e psicossociais da velhice, pois a pessoa idosa, reduz a capacidade de responder ao stress, aumenta a frequência e multiplicidade de perda, bem

como as mudanças físicas podem colocar a pessoa em risco. Contudo é também função dos enfermeiros identificar, não só os aspectos de declínio do idoso, mas sobretudo as forças e as capacidades que este ainda possui, realçando-as. Outro dos aspectos a ter em conta é os efeitos da doença e da incapacidade no status funcional. Muitos idosos permanecem funcionalmente independentes, apesar do aumento da prevalência de doença crónica com o avanço da idade, aumentando a vulnerabilidade do declínio funcional do idoso. Desta forma considera-se a avaliação de enfermagem da função física e psicossocial pois pode fornecer dicas valiosas para o efeito da doença ou enfermidade no status funcional. Também a diminuição da eficiência dos mecanismos homeostáticos são uma constante na etapa de vida idoso. Devido a este factor, o enfermeiro deve avaliar o idoso quanto à presença de stressores e suas manifestações físicas e emocionais. POTTER; PERRY, (2000) defendem que o deficit na capacidade de resposta ao stress através da homeostase, faz com que haja um declínio fisiológico e um aumento da prevalência da doença. Outro dos aspectos que o enfermeiro tem que estar atento na promoção do bem-estar do idoso, é o facto de este possuir falta de padrões de saúde e doença normais, devendo o enfermeiro comparar os próprios padrões de saúde e de funcionamento prévios da pessoa com o status actual para determinar o plano de cuidados.

A atitude que os enfermeiros têm para com os idosos a quem prestam cuidados é também extremamente importante, pois se os enfermeiros adoptarem atitudes negativas em relação a estes, podem resultar na redução do senso de segurança, adequação e bem-estar do utente, além de que podem levar ao declínio na qualidade do cuidado prestado. Os idosos são sem dúvida um desafio para os enfermeiros na sua prestação de cuidados, devendo sempre promover a sua independência e a sua auto-estima.

O envelhecimento não é uma simples progressão da vida, logo não há uma teoria universalmente aceite que possa prever e explicar a complexidade dos idosos. O enfermeiro precisa assim de estar atento às incertezas sobre o envelhecimento, às tentativas científicas para explicar esse fenómeno e aos muitos factores ambientais envolvidos, para assim poder promover a saúde e bem-estar dos idosos, que num internamento em cuidados paliativos é extremamente importante.

De acordo com CABRAL (s.d.), um doente em cuidados paliativos é aquele que padece de uma doença para a qual não existe um tratamento curativo ou uma doença muito grave, às quais está associado habitualmente grande sofrimento físico e existencial. Pode ser um doente não oncológico ou oncológico e ter anos, meses, ou

semanas de vida. Segundo NETO, (2010, p. 1-42), um doente que necessita de receber tratamento em cuidados paliativos não é essencialmente um doente terminal. Por doente terminal, considera-se aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento adequado associado e que em média apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses. Os doentes agónicos são dentro destes, aqueles que previsivelmente pelas características clínicas que manifestam, estão nas últimas horas ou dias de vida. Nos doentes oncológicos, os últimos três meses de vida correspondem habitualmente a um período de degradação progressiva marcada, enquanto nos doentes não oncológicos, dada a imprevisibilidade e maior duração de doença essa degradação faz-se com agudizações e de forma mais lentificada. Nos doentes presentes nas unidades de cuidados paliativos a nossa intervenção tem por base uma correcta avaliação do estado clínico do doente e das suas necessidades, utilizando para isso as diversas escalas de avaliação disponíveis e já validadas para Portugal. É então o doente em situação de cuidados paliativos abordado por mim como outro elemento chave da minha revisão sistemática, por ser o alvo de cuidados de todo o processo. Assim este será um termo utilizado por mim no desenvolvimento da metodologia.

4 – METODOLOGIA

Para início da revisão sistemática da literatura foi formulada a seguinte questão em formato PI[C]O: *A comunicação terapêutica promove (I) o bem-estar (O) da pessoa em cuidados paliativos (P)?* (quadro 1 – anexo VIII)

A partir de análise efectuada após a revisão bibliográfica encontrada nos capítulos anteriores, defini como palavras-chave, comunicação, terapêutica, doente, cuidados paliativos e bem-estar.

Após determinação das palavras-chave efectuei uma pesquisa nas plataformas MESH-BROWSER e DeCS para avaliação dos descritores. Ao efectuar esta pesquisa verifiquei que todos os termos escolhidos para constarem da lista de palavras-chave são descritores, à excepção de bem-estar mas que ao colocar nos motores de busca, verifiquei que se obtém um elevado número de artigos adjacentes a este termo, daí considerar pertinente incluí-lo de igual forma na pesquisa, pois é impreterível utiliza-lo para a elaboração da pesquisa, tendo em conta que o que pretendo com a minha intervenção na pergunta PICO é o bem-estar da pessoa com necessidade de receber tratamento numa unidade de cuidados paliativos.

Desenvolvi a pesquisa de artigos nas bases de dados CINAHL PLUS with full text e MEDLINE with full text através da plataforma EBSCO disponível no site da Ordem dos Enfermeiros, a 16 de Fevereiro de 2011.

Anteriores à pesquisa foram definidos os critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão considerei privilegiar os artigos relacionados com a comunicação terapêutica desenvolvida por enfermeiros para com os doentes em cuidados paliativos, estudos de abordagem quantitativa e/ou qualitativa e revisões sistemáticas da literatura, artigos em full text em formato PDF e artigos cujo a área de intervenção não se direcione à pediátrica e à classe animal irracional. Como critérios de exclusão tenho todos os artigos repetidos nas duas bases de dados, todos os artigos sem full text, todos os artigos anteriores ao ano 2005, artigos que no título se direccionam para determinada

patologia, que incluam estudantes de enfermagem e que não se obtenham com o mínimo de três descritores.

Foram procurados artigos científicos publicados em texto integral entre 2005/01/01 e 2011/02/16, usando as seguintes palavras-chave: 1- Comunicação, 2- terapêutica, 3- doente, 4- cuidados paliativos e 5- bem-estar.

Realizei a pesquisa, inicialmente com as palavras-chave isoladas e segundo a ordem demonstrada pelos números anteriores e depois cruzadas entre si, de maneira a identificar os artigos existentes e que respondessem à questão inicial. Depois apliquei o filtro cronológico de 2005-2011 e ainda os textos que contenham full text.

O percurso metodológico efectuado encontra-se demonstrado nos quadros II e III (Anexo IX- processo de pesquisa e selecção de artigos). Após este percurso metodológico e efectuada a pré-selecção final dos artigos (11) procedi à leitura integral do conteúdo dos referidos documentos e apurei os 4 artigos finais cuja análise se demonstra a seguir.

É de referir que da pesquisa realizada não obtive quaisquer artigos duvidosos.

4.1 – CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Encontram-se em anexo X as tabelas da listagem dos quatro artigos que foram seleccionados e considerados como sendo pertinentes para o estudo em causa. Estas tabelas indicam-nos o tipo de estudo seleccionado, os vários participantes, as intervenções realizadas, os resultados, bem como o nível de evidência do artigo e o número do mesmo.

Para classificar a evidência de cada estudo foi utilizada uma escala de 7 níveis preconizada por GUYATT, RENNIE (2002). Os autores propõem vários níveis de evidência: Estes são, nível I: revisão sistemática ou meta-análise de randomização relevante ou evidência baseada na prática clínica, nível II: estudos experimentais simples, nível III: estudos quase experimentais, nível IV: estudos caso-controle ou de cortes; nível V: revisão sistemática de estudos descritivos ou qualitativos; nível VI: um estudo descritivo ou qualitativo; nível VII: opinião de autoridades respeitadas/ Consensos.

Consideram-se seleccionados quatro artigos de elevada pertinência para o desenvolvimento do trabalho, sendo todos eles de nível de evidência VI de acordo com

escala supra citada. É de referir que todos estes estudos vão ao encontro do questionado na pergunta PICO, que é o considerado objecto de investigação.

Desta forma, estes artigos consideram que as características importantes para enfermeiros especialistas de cuidados paliativos passam por desenvolver habilidades de relacionamento interpessoal, disposição para ouvir, ser alguém com quem o utente se sente capaz de falar, entre outras. Defendem ainda que a falta de comunicação é a principal causa de mal-entendidos bem como do surgir de conflitos no estabelecimento de um relacionamento. Estabelecer uma comunicação terapêutica eficaz é permitir que os doentes desenvolvam uma sensação de esperança, um sentimento de que existe o dia de amanhã, e a garantia de que eles estão apoiados.

Ao se estabelecer comunicação em cuidados paliativos o enfermeiro deve deixar bem claro perante o utente e familiares de que a honestidade é um ponto fulcral desse mesmo contacto e que toda a comunicação estabelecida será no sentido do estilo facilitador, pois será o utente sempre a dirigir o interesse dessa mesma comunicação (LAWTON; CARROLL, (2005).

A comunicação terapêutica surge como agente impulsionador relativamente à humanização dos cuidados de enfermagem. Assenta na capacidade do profissional usar o seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa a conviver com os outros, ajustar-se ao que não pode ser mudado e ultrapassar os obstáculos à auto-realização (NEGREIROS; FERNANDES; MACEDO-COSTA; SILVA, 2010).

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA RSL

Cuidados Paliativos são sem dúvida um conceito de difícil definição. Consideram-se como um conjunto de actividades, intervenções e estratégias desenvolvidas por uma equipa multiprofissional, onde a enfermagem tem um papel fulcral, atendendo a todas as condições do ser humano, no sentido de proporcionar em completo bem-estar físico, mental e psicológico do doente e de toda a família no último período de vida do doente, levando assim a que se proporcione uma morte digna.

Cuidados Paliativos pretendem assim: proporcionar alívio da dor e outros sintomas angustiantes; afirmar a vida e encarar a morte como um processo normal; não pretender apressar, nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais do utente; oferecer um sistema de apoio para ajudar os utentes a viver tão activamente quanto possível até à morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família durante a doença do utente, mas também aquando da sua perda; trabalhar em equipa para atender às necessidades dos utentes e famílias, incluindo a fase de luto; melhorar a qualidade de vida podendo influenciar positivamente o curso da doença (JOHNSTON; SMITH, 2006).

SEYMOUR (2004) citado por JOHNSTON; SMITH (2006) argumenta que uma das definições mais claras de enfermagem em cuidados paliativos é a de JOHNSTON (1999, p. 2). Este afirma que todas as doenças que impliquem risco de vida, sejam elas o cancro, neurológicas, cardíacas ou doenças respiratórias têm implicações físicas, sociais, psicológicas e espirituais, tanto para o utente como para a sua família.

O mesmo autor defende que o papel da enfermagem em cuidados paliativos é, portanto, avaliar as necessidades de cada uma dessas áreas e planejar, implementar e avaliar, adequando intervenções, visando melhorar a qualidade de vida e permitir uma morte digna. Desta forma salienta que sem uma comunicação eficaz e aquisição de competências a nível de uma relação efectiva entre o enfermeiro e o utente, os outros componentes dos cuidados paliativos e as características de um enfermeiro especialista em cuidados paliativos não poderiam ocorrer.

O estabelecimento de uma comunicação eficaz é imprescindível no que diz respeito à intervenção de enfermagem. Esta é entendida como um Instrumento Básico e como uma Actividade de Vida por diversos autores, mas sem dúvida, que na prestação de cuidados no âmbito de cuidados paliativos, é fulcral a sua correcta utilização para toda a equipa multiprofissional mas sobretudo para o estabelecimento de uma relação com o doente e a família. Comunicação Terapêutica pode então ser entendida como um conjunto de capacidades comunicacionais, tais como, calma, ponderação, saber escutar, saber questionar, observar, conversar, espírito crítico isento de juízos de valor e disponibilidade, desenvolvidas pelo enfermeiro, no sentido de proporcionar bem-estar ao doente e família. No decorrer do estágio identifico que muitas vezes associado ao factor dor, está a falta de comunicação eficaz com o doente. Desta forma, considero que o estabelecimento de comunicação eficaz com o doente e família é uma componente válida no controlo de sintomas em unidades de cuidados paliativos. Ansiedade, irritabilidade e mesmo dor física manifestada por sentimento de solidão e tristeza, ou mesmo de dúvida e instabilidade emocional, são muitas das vezes controlados com o estabelecimento de comunicação eficaz com o doente e família.

JOHNSTON; SMITH, (2006) defendem que a prestação de cuidados paliativos passam por quatro categorias essenciais, sendo elas o conversar, o ouvir, o conhecer e o evitar. De acordo com os mesmos autores as enfermeiras também identificaram escuta eficaz como um elemento central do papel do enfermeiro especialista.

De acordo com JOHNSTON; SMITH, (2006) as características importantes para enfermeiros especialistas de cuidados paliativos são: habilidades de relacionamento interpessoal; disposição para ouvir; alguém com quem o utente se sente capaz de falar; demonstrar interesse em saber como as pessoas doentes se encontram; reconhecer que alguns utentes podem precisar de se sentir no controle mesmo quando parece que o seu estado de saúde não o permita. Desta forma defendem que o treino de habilidades de comunicação interpessoal deveria ser obrigatório nas enfermeiras que trabalham em cuidados paliativos, quer como parte de um programa de pós-graduação em cuidados paliativos ou mesmo de forma autónoma. Além da educação sobre controlo da dor e dos sintomas, deve ser combinado com ênfase sobre os aspectos psicossociais dos cuidados paliativos e da crítica, o papel da comunicação eficaz.

Recorrendo mais uma vez à narrativa referida anteriormente, na descrição da interacção entre uma utente e os enfermeiros, saliento a importância de se estabelecer uma comunicação terapêutica, pois na presente situação a reacção da utente foi de

pânico, pois desatou a chorar e a questionar porque é que lhe estavam a dizer aquilo assim. Será que não vou conseguir? (sic) É o que quero fazer! Têm de me ajudar a concretizar isso! (sic).

Não desconstruindo de todo a esperança, mas no sentido de chamar a doente um pouco à razão e realidade evidente, o que lhe diria ia no sentido de obtermos algo que pudesse ser concretizável a curto prazo. O porquê de não proporcionar uma ida aos bombeiros de um dia? O porquê de não trazer alguns bombeiros para passar o dia com ela? Isto sim faria com que ela sentisse que se estava a fazer alguma coisa para satisfazer a sua vontade, não quebrando logo a ideia irrealista da doente mas sim proporcionando-lhe uma visão do que ela era capaz de fazer no momento, mostrando-lhe assim o caminho que teria que desenvolver num futuro próximo. Não iria desta forma contra o princípio de desconstrução das ideias irrealistas e proporcionava um momento de prazer que era da vontade da doente e família. Seria uma forma de fazer entender que a vontade manifestada pela doente era desajustada para a realidade vivida, com recurso à utilização de competências da comunicação terapêutica.

JASMINE, (2009) refere que a comunicação é o elemento chave para qualquer profissão, levando a que haja saudáveis relacionamentos. O dicionário de OXFORD (1989) citado em JASMINE (2009) define como terapêutico o que é “de cura, a arte de curar, o ramo da medicina preocupada com o tratamento da doença e da acção de agentes de reparação da doença ou a saúde”. Já a palavra comunicar significa “transmitir ou ter relações com o social, para ter sucesso na transmissão da informação”. Estas definições mostram a importância que os enfermeiros devem atribuir a uma comunicação terapêutica como sendo eficaz, a fim de não apenas recolher ou transmitir informações, mas também no sentido de promover o bem-estar, não só físico mas também emocional que é extremamente importante.

É de conhecimento comum que a falta de comunicação é a principal causa de mal-entendidos bem como do surgir de conflitos no relacionamento. Esta condição é bem visível do decorrer do estágio nos dois contextos, tanto a nível de comunicação entre a equipa multiprofissional mas sobretudo de enfermeiro para doente, levando muitas vezes a interpretações erradas e a falta de esclarecimento de dúvidas por parte do doente e família. Outras das situações verificadas tem que ver com questões culturais, essencialmente, pois muitos dos doentes sendo de culturas diferentes, tinham hábitos que poderiam ser mantidos mas que eram adversos a toda a organização dos cuidados. Verifico que esta situação é ultrapassada pelas duas unidades, considerando assim que

há o cuidado de se estabelecer uma comunicação eficaz com os doentes. Um dos exemplos que posso evidenciar tem que ver com uma doente que no seu domicílio tinha o hábito de ler. Referia mesmo que adorava viajar através da leitura. Desta forma era possível por parte da equipa de enfermagem sempre que solicitado pela doente e no momento antes de dormir a leitura de capítulos de livros, para assim ir ao encontro do que culturalmente era defendido pela doente e proporcionando-lhe um momento de prazer. Assim considero que existia relação terapêutica só possível através do estabelecimento eficaz de comunicação.

JASMINE, (2009), reforçou que a comunicação estabelecida entre o enfermeiro e o doente, está ainda muito centrada na realização da tarefa e não tão centrada como devia no próprio doente. A mesma autora refere quatro aspectos que são essenciais ter em conta no estabelecimento de uma comunicação terapêutica eficaz. Esses aspectos dizem respeito a questões culturais, à realização de uma escuta eficaz, ao modo de questionar e às barreiras da comunicação.

No que se refere às questões culturais, citando CAPELL, (2007 p. 185) diz que cultura pode ser entendida como padrões do conhecimento e comportamento que distinguem um determinado grupo social. Segundo JASMINE, (2009), esta varia de acordo com a idade, religião, género, língua comum e crenças e valores. Aquando do internamento, qualquer pessoa fica em situação de stress o que provoca alterações em todo o seu ser. Desta forma o enfermeiro deve ter tempo para se sentar junto do utente de modo a estabelecer um contacto com ele de forma a melhor entendê-lo e perceber quais as suas preocupações e dúvidas, reduzindo assim a distancia previamente estabelecida pela situação em si. Também é verdade que os enfermeiros têm muitas tarefas a realizar e que o tempo se faz sempre curto para o desejável no estabelecimento de uma relação terapêutica com o utente, mas de acordo com a autora supra citada, uma melhor gestão do tempo e eficiência permitirá estabelecer essa interacção. Em relação à escuta, defende que se trata sobretudo de proporcionar um bom posicionamento no que diz respeito a uma correcta postura, expressão facial e sobretudo contacto visual, demonstrando um genuíno interesse pelo utente. Para STICKLEY; FRESHWATER, (2006) citados por JASMINE, (2009) consideram que a escuta pode ser chamada de um processo activo que envolve todos os sentidos e não apenas a audição. JASMINE, (2009), vai mais longe e dá extrema importância ao estabelecimento de privacidade, proporcionando um ambiente calmo, livre de ruídos e de distrações externas.

Questionar, ou melhor saber questionar é outra das competências essenciais no estabelecimento de uma comunicação terapêutica de forma eficaz. Questionar facilita uma melhor compreensão do utente e permite o desenvolvimento de uma profunda relação. FRIEDMAN (2007), GROVER (2005) e STEIN-PARBURY (2005) citados por JASMINE, (2009), concordam que ao questionarmos o utente, estamos a encontrar um significado mais autêntico e direccionado para o mesmo do que a própria mensagem transmitida. Neste sentido é essencial que os enfermeiros aprofundem as suas competências no estabelecimento de uma comunicação terapêutica, pois esta exige a construção de um relacionamento com o utente, que nem sempre é fácil de concretizar, sendo tido como o melhor método de proporcionar um cuidado de qualidade ao utente.

O quarto aspecto essencial no estabelecimento de uma comunicação terapêutica, referido por JASMINE, (2009) deve-se às Barreiras da comunicação. O ponto mais importante é sem dúvida a política de trabalho instituída na profissão de enfermagem, pois sem dúvida que este trabalho ainda é considerado com algumas tarefas específicas do turno da manhã ou do turno da tarde, ficando a comunicação afastada destas prioridades. Aqueles que a praticam acabam muitas vezes de rotulados de preguiçosos. Só mudando esta política de trabalho será possível estabelecer uma correcta comunicação terapêutica entre os enfermeiros e os utentes e família melhorando assim a satisfação de todos os intervenientes no processo. Outra importante barreira à comunicação eficaz é o ambiente envolvente. Idealmente a comunicação terapêutica deve ser estabelecida num local tranquilo, com o mínimo de distrações externas, daí se dar grande importância ao correr da cortina ou mesmo ao facto de sempre que possível afastar o doente do local onde estes vieses se encontrem. Um dos exemplos que posso ainda referir indo ao encontro do defendido pelos autores tem que ver com o momento do acolhimento ao doente e família realizado na unidade 2, que se fazia sentir numa sala apropriada para o momento, onde era possível abstrair-se de barulhos e interrupções.

Os aspectos considerados de grande importância e relevo em unidades de cuidados paliativos, por parte da equipa de enfermagem, têm que ver com o acolhimento, o desenvolvimento de conferências familiares, o estabelecimento de reuniões entre a equipa multiprofissional e o estabelecimento de uma comunicação terapêutica. São estes alguns dos aspectos que distanciam pela positiva as unidades de cuidados paliativos das outras unidades, além do apoio prestado ao doente e família, do controlo de sintomas e do apoio no momento do luto.

Para LAWTON; CARROLL, (2005) as habilidades de comunicação são uma componente fundamental do cuidado de enfermagem, para que este seja entendido como bem sucedido. Os mesmos autores defendem que o primeiro encontro que um enfermeiro tem com um utente da unidade de cuidados paliativos é o responsável por definir os posteriores encontros e visitas e o seu sucesso em termos de prestação de cuidados de enfermagem. Este primeiro encontro afigura-se desta forma como fulcral na criação de uma ligação desta génese (LAWTON; CARROLL, (2005) citando DAVIES; OBERLE, (1990)). Dá-se assim a criação de um relacionamento efectivo, sendo este importante no estabelecimento do processo de comunicação, onde a simpatia e a calma do enfermeiro, bem como a escolha do local e do momento onde o mesmo acontece são predicados de extrema importância. Outro factor que pode influenciar este primeiro encontro é o tempo que o enfermeiro dispõe para esse mesmo encontro.

Neste processo o enfermeiro deve desenvolver habilidades de comunicação que LAWTON; CARROLL, (2005) referenciando-se a HEAVEN AND MAGUIRE (2003) descrevem como sendo eficazes em ambientes de cuidados paliativos. Essas habilidades incluem: usar o contacto visual quando encontro o utente para a pela primeira vez; ter tempo para esclarecer as questões; ouvir e responder a estímulos visuais; fazer perguntas directas sobre sentimentos; fazer comentários de apoio e mostrar empatia.

É extremamente importante, numa unidade de cuidados paliativos, que o enfermeiro disponibilize todo o tempo necessário para que o doente possa esclarecer dúvidas, pensamentos, possa questionar, referir quais os seus medos, as suas preocupações, identificar os seus gostos e vontades e sobretudo dizer apenas o que lhe vier à cabeça no momento, sem que haja juízos de valor por parte do profissional. Desta forma o doente adquire um sentimento de à vontade perante toda a situação, mas também uma grande força para que consiga demonstrar tudo o que sente em qualquer momento do seu dia, desenvolvendo-se assim um cuidado humanizado, onde a ansiedade do doente dá lugar a um estado de serenidade. Refiro assim que no decorrer do estágio sempre deixei bem claro que estaria disponível para esclarecer qualquer dúvida ou apenas para que o doente pudesse desabafar o que lhe vinha à cabeça. Considero crise, o facto de o doente estar a passar por esta situação de internamento numa unidade de cuidados paliativos além de já saber qual o seu diagnóstico e o seu prognóstico de vida. Desta forma é essencial que o enfermeiro esteja disponível sempre e a qualquer momento para que o doente se sinta apoiado e sinta confiança na equipa de enfermagem para que se possa estabelecer uma relação eficaz com os elementos da

mesma, indo assim ao encontro da satisfação das suas necessidades e da promoção do seu bem-estar.

WILKINSON, (1991) citado por LAWTON; CARROLL, (2005) sugere que existem quatro estilos de comunicação usados pelos enfermeiros. Estes estilos incluem o estilo facilitador, em que se segue o que o utente refere mas se mantém as preocupações do utente; o estilo de ignorar, em que se muda de tema e não se seguem as sugestões do utente; o estilo de informar, em que o enfermeiro sobrecarrega o utente com informação que às vezes é desnecessária e o estilo misto em que se utilizam os vários estilos referenciados anteriormente.

Ao se estabelecer comunicação em cuidados paliativos o enfermeiro deve deixar bem claro perante o utente e familiares de que a honestidade é um ponto fulcral desse mesmo contacto e que toda a comunicação estabelecida será no sentido do estilo facilitador, pois será o utente sempre a dirigir o interesse dessa mesma comunicação.

LAWTON; CARROLL, (2005) defendem que usando um outro estilo de comunicação que não seja o facilitador, será muito improvável alcançar um resultado satisfatório. Desta forma é essencial perceber, questionando o que o utente sabe sobre a sua situação e sobre a sua doença, é importante seguir as informações dadas pelos utentes, não se esquecendo de que são estes que necessitam de cuidados paliativos.

Para NEGREIROS; FERNANDES; MACEDO-COSTA; SILVA, (2010) a comunicação é uma competência diária dos profissionais de saúde. Esta é determinante na relação de ajuda sendo um indicador na avaliação dos cuidados de enfermagem. Esta competência influencia a interacção com o utente e é necessária em todas as acções de enfermagem.

É através do estabelecimento de comunicação eficaz que o enfermeiro de cuidados paliativos, na prestação de cuidados, diariamente, faz com que os doentes se sintam esclarecidos, acompanhados, amados, elementos chave no processo de cuidados, úteis, mas sobretudo apoiados num momento de stress e ansiedade causados pela situação de doença, internamento e afastamento familiar.

Segundo NEGREIROS ET AL, (2010) a comunicação deve ser utilizada pelos enfermeiros para humanizar os cuidados face aos utentes, esclarecendo as dúvidas quanto ao tratamento, exames complementares de diagnóstico ou outros procedimentos com o intuito de minimizar a ansiedade causada pela doença e internamento. A comunicação terapêutica surge como agente impulsor relativamente à humanização dos cuidados de enfermagem. Assenta na capacidade do profissional usar

o seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa a conviver com os outros, ajustar-se ao que não pode ser mudado e ultrapassar os obstáculos à auto-realização.

STEFANELLI citado por NEGREIROS ET AL, (2010) ordenou as técnicas de comunicação terapêutica em 3 grupos: Expressão, Clarificação e Validação. No grupo Expressão encontramos as técnicas que ajudam à descrição da experiência e a expressão de pensamentos e sentimentos sobre ela. No início da relação terapêutica enfermeiro-utente as técnicas de expressão são as mais usadas. Entre as técnicas de Expressão encontramos: usar de forma terapêutica o silêncio; ouvir reflexivamente; verbalizar aceitação; verbalizar interesse; usar frases incompletas; repetir comentários feitos pelo utente; repetir as últimas palavras ditas pelo utente; fazer pergunta; usar frases descritivas; manter o utente no mesmo assunto; permitir ao utente que escolha o assunto; colocar em foco a ideia principal; verbalizar dúvidas; dizer não; estimular expressão de sentimentos subjacentes e usar o humor terapêutico. No grupo da Clarificação são utilizadas técnicas que ajudam o profissional a elucidar o que for referido pelo utente. Temos como técnicas de clarificação: estimular comparações; solicitar ao utente que esclareça termos comuns e solicitar ao utente que precise o agente de acção. Já no grupo da Validação são inseridas técnicas que confirmam a existência de significação comum do que é expresso. A Validação da comunicação é necessária pois as mensagens expressas devem ter o mesmo significado para os elementos envolvidos no processo terapêutico e deve estar presente na relação terapêutica. Estão presentes as seguintes técnicas: repetir a mensagem do utente; pedir ao utente para repetir o que foi dito e sumarizar o conteúdo da interacção.

Como conclusão salienta-se que o cuidar e a comunicação são indissociáveis. Para MORRISON; BURNARD, (1997) citados por JASMINE, (2009), não se pode estabelecer uma comunicação eficaz se não tivermos em conta que o utente é a extremidade da recepção. Assim para que a comunicação terapêutica se faça de forma eficaz, os enfermeiros têm de realmente cuidar dos seus utentes, ajudando-os a perceber a situação que estão a passar no momento. O enfermeiro deve ter como foco da sua atenção o utente, garantindo assim que os doentes se sintam compreendidos e cuidados. Só desta forma a comunicação terapêutica é tida como eficaz entre o enfermeiro e o utente.

Estabelecer uma comunicação terapêutica eficaz é permitir que os doentes desenvolvam uma sensação de esperança, um sentimento de que existe o dia de amanhã, e a garantia de que eles estão apoiados.

6 – CONCLUSÃO

A realização deste relatório permitiu-me reflectir sobre todo o meu percurso durante a realização do estágio, desde a elaboração do Projecto até à finalização deste mesmo estudo. Ao longo deste percurso foi necessária uma avaliação reflexiva contínua, tendo em conta o desenvolvimento de competências ao nível de uma enfermagem avançada.

Na tentativa de obter uma resposta à pergunta inicial, chego à conclusão, uma vez mais, da extrema importância da realização de um trabalho com esta metodologia, pois sem dúvida de que a profissão de enfermagem necessita de novos métodos de pesquisa bem como de trabalho para que possamos evoluir de forma significativa no âmbito do cuidar. Não posso deixar de referir o excelente acompanhamento que obtive na elaboração do trabalho por parte dos professores orientadores. Ao terminar este trabalho saio convicto de que a comunicação terapêutica, apesar de ser bastante difícil de se realizar, atendendo a todas as nuances que tem, é um meio para obtermos cuidados de excelência para com a pessoa com quem estamos a trabalhar, considerando-a uma intervenção autónoma de enfermagem. Sem dúvida de que o estabelecimento de comunicação eficaz, foi o objetivo proposto no projeto de estágio que mais relevância tem em todo o decorrer do meu percurso.

Desta forma, as implicações para a prática, surgem a quatro níveis, sendo eles no âmbito da prestação de cuidados, da investigação, da formação em saúde e da gestão em saúde.

No que se refere à prestação de cuidados, saliento a importância da utilização de técnicas diferentes no decorrer do estágio no que respeita ao estabelecimento de uma comunicação eficaz entre enfermeiro/utente/família/equipa multiprofissional. Foi com o recurso à Revisão Sistemática da Literatura efetuada ao longo do desenvolvimento de competências no estágio que pude adequar a minha forma de comunicar com toda a equipa multiprofissional e de certa forma, fazer com que toda a equipa também adequasse a sua forma de estabelecer essa mesma comunicação. Já no âmbito da

investigação saliento toda a pesquisa bibliográfica efetuada, mas detenho especial atenção ao desenvolvimento dos questionários de satisfação do utente e da família aquando do internamento numa unidade de cuidados paliativos.

No que diz respeito à gestão em saúde, saliento a prestação em todo o processo de seleção de recursos para as unidades, mas dou especial atenção à participação em reuniões de equipa multiprofissional, o que considero extremamente importante existir em todas as unidades do país.

Em relação à formação em saúde relevo, essencialmente a formação efetuada na unidade 1 no sentido de despertar interesse e proporcionar motivação na equipa multiprofissional para que esta de forma autónoma e responsável adquirisse o hábito de realizar pesquisa científica para basear a sua prática.

Desta forma, conclui-se que o resultado da revisão sistemática da literatura foi produtivo, essencialmente pelo rigor obtido através da utilização de bases de dados científicas e pela mobilização de outros estudos no sentido de dar resposta à pergunta PI[C]O.

O Estágio ajuda a desenvolver a capacidade de comunicação escrita, a capacidade de auto-crítica e de reflexão e a tomar consciência dos conhecimentos adquiridos anteriormente e no desenrolar do mesmo, contribuindo de forma decisiva para a auto-aprendizagem.

7 - REFERÊNCIAS

- AMENDOEIRA, J.; BARROSO, I.; COELHO, T.; SANTOS, I.; GODINHO, C.; SARAGOILA, F.; MARQUES, G.; FILIPE, D. (2003) **Os Instrumentos Básicos na Construção da Disciplina de Enfermagem. Expressões e significados**. Santarém: Escola Superior de Enfermagem de Santarém
- BOLANDER, V. (1998), **Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica** (1ª edição em Português). Lisboa: Lusodidacta.
- CABRAL, A. (s.d.) **Conceptos generales en torno a la Muerte Digna y a la Eutanasia** na URL: www.muertedigna.com revisão por Isabel Galriça Neto
- DECRETO-LEI nº 101/2006. "DR I Serie". (2006-06-06) 856-865
- ERIKSON, E.; ERIKSON, J. (1998). **O ciclo da vida completo**. Porto Alegre: Artes Médicas
- FACHADA, Maria Odete (2003), **Psicologia das Relações Interpessoais** (5ª edição). Chelas: Edições Rumo, Lda, p.12 – 60
- GIDDENS, Antony (2000) **Sociologia** (2ª edição). Lisboa: Fundação C. Gulbenkian.
- HESBEEN, W. (2000) **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência.
- JASMINE, T. (2009) - **The use of effective therapeutic communication skills in nursing practice**. Singapore Nursing Journal, 36(1), 35. Consultado em 2011-02-16. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010185451&lang=pt-br&site=ehost-live>
- JOHNSTON, B., & SMITH, L. (2006). **Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care**. *Journal Of Advanced Nursing*, 54(6), 700-709. Consultado em 2011-02-16. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16796662&lang=pt-br&site=ehost-live>

- LAWTON, S., & CARROLL, D. (2005). **Communication skills and district nurses: examples in palliative care.** *British Journal of Community Nursing*, 10(3), 134-136. Consultado em 2011-02-16. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005081655&lang=pt-br&site=ehost-live>
- NEEB, KATHY (2000) **Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental.** Loures: Lusociência.
- NEGREIROS, P., FERNANDES, M., MACEDO-COSTA, K., & DA SILVA, G. (2010). **Therapeutic communication between nurses and patients from a hospital unit [Portuguese].** *Revista Electrónica de Enfermagem*, 12 (1), 120-132. Consultado em 2011-02-16. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010689373&lang=pt-br&site=ehost-live>
- NETO, Isabel – Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ª edição). Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 1-42
- NETO, Isabel; CAPELAS, M. – Organização de Serviços. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ª edição). Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 785-811
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.** Lisboa
- PEPLAU, Hildegard. (1990) **Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica.** Barcelona: Masson-Salvat.
- PHANEUF, Margot (2005). **A comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação.** Loures: Lusociência
- PONTES Alexandra Carvalho, LEITÃO Ilse Maria Tigre Arruda, RAMOS Islane Costa (2008) **Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado.** Revista Brasileira de Enfermagem – Maio-junho. Brasília
- POTTER, P. e PERRY, A. (2000) **Fundamentos de Enfermagem – Conceitos, Processo e Prática** (4ª edição). Guanabara Koogan
- PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (2004), Circular Normativa nº 14 DGCG. Direcção Geral de Saúde

- QERIDO, A. et al – Comunicação. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ª edição). Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 461-486
- REIS, FRANCISCO; RODRIGUES, VITOR (2002) **A axiologia dos valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem** (1ª edição). Lisboa: Climepsi editores
- ROPER, N.; LOGAN, W. W.; TIERNEY, A. J (1995). **Modelo de Enfermagem**. Alfragide: Editorial McGraw – Hill.
- SANTOS, Franklin (2009) **Cuidados Paliativos. Discutindo a Vida, A Morte e o Morrer**. São Paulo: Atheneu
- STEFANELLI MC. (1993) **Comunicação com paciente – teoria e ensino** (2ª edição). São Paulo (SP): Robe Editorial
- TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha. (2004) **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra**. Loures: Lusociência

ANEXOS

ANEXO I – Projecto de Estágio

Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

1º Curso de Mestrado em Enfermagem a Pessoas em Processo de Doença na
Comunidade

Estágio II – Unidade de Cuidados Paliativos 2

Unidade Cuidados Paliativos 1

Ano Lectivo 2010/2011

Projecto de Estágio



Mestrando: Miguel Neves nº 090432001;

Enfermeiros Cooperantes:

Professora Responsável: Pires Rosa.

Santarém, Dezembro 2010

Índice

	p.
0 – INTRODUÇÃO	2
1 – PROJECTO DE ESTÁGIO	11
2 - CONCLUSÃO	19
3 – REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	20

0 - INTRODUÇÃO

O crescente envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e da estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, levam a novas necessidades em saúde e conduzem ao aparecimento de um grupo significativo de Utentes para os quais, independentemente da idade e dos problemas decorrentes da sua perda de autonomia, é fundamental organizar respostas adequadas à crescente necessidade de cuidados continuados, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, muito diferente do modelo de intervenção na doença aguda (Ministério da Saúde 2007). A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, de acordo com o preâmbulo do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, procura dar resposta às carências de cuidados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de Utentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, tem por objectivo geral a prestação de cuidados continuados integrados, incluindo a prestação de Cuidados Paliativos, segundo os níveis de diferenciação consignados no Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

O objectivo geral da Rede é “... a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” e tem como objectivos específicos:

“a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social; b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; c) O apoio, o acompanhamento e o internamento

tecnicamente adequados à respectiva situação; d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados; f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos”.

Entende-se por cuidados continuados integrados “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global, entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” e “a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis”.

A Rede assenta sobre os princípios de “(a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados; (b) Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede; (c) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede; (d) Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade; (e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados; (f) Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia; (g) Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; (h) Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede; (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro, Março 2009).

O aumento da longevidade, e o incremento das doenças crónicas e progressivas, bem como, as alterações na rede familiar, têm tido impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos (PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2004). Para

centrar a prestação de cuidados nos cidadãos e suas famílias requer-se uma organização de serviços que permita acesso a cuidados no tempo certo, no local certo e pelo prestador mais adequado. Em Portugal, 60% da mortalidade deve-se a doenças crónicas evolutivas como o cancro (20-25%), as insuficiências orgânicas (respiratória, cardíaca, hepática, renal, etc.) ou as doenças neurológicas progressivas (demências, Parkinson, ELA, EM, etc.).

O Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas define como um dos seus objectivos estratégicos o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, planeando a sua distribuição geográfica pelo território nacional.

Cuidados Paliativos de acordo com a Organização Mundial de saúde em 2000, era entendido como uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos utentes e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida, através do alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, de uma correcta avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual, tendo em conta os valores culturais, religiosos, crenças e práticas de cada utente/família (SANTOS, 2009).

Para o mesmo autor, os cuidados paliativos têm como princípios afirmar a vida e encarar a morte como sendo um processo normal, ou seja, não adiando nem prolongando a morte, promovendo o alívio de dor e de outros sintomas, oferecendo suporte para que os utentes possam viver o mais activamente possível, ajudando a família e cuidadores no processo de luto. Para poder levar em conta os princípios já referidos anteriormente, é essencial escutar o utente, fazer um diagnóstico antes de cuidar, conhecer muito bem os fármacos a serem utilizados, manter os tratamentos o mais simples possível, aprender a valorizar pequenas realizações e ter consciência de que alguma coisa pode ser sempre realizada.

O processo de adaptação do utente aos cuidados paliativos depende da sua idade, do estágio da doença, do desenvolvimento familiar, da natureza da doença, da fase de adaptação de doença em que se encontra no momento, da experiência prévia individual ou familiar em relação à doença e morte, do status socioeconómico e das variáveis culturais inerentes.

NETO, I. (2010), refere que os cuidados paliativos, afirmam a vida e aceitam a morte como sendo um processo natural, promovem uma abordagem global e holística

do sofrimento dos doentes e para isso actuando em diferentes áreas, são oferecidos tendo por base as necessidades e não só a presença de um diagnóstico, têm a preocupação de abranger famílias e cuidadores e têm como objectivo central o bem-estar e a qualidade de vida do doente.

De acordo com o PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (2004), os Cuidados Paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes com prognóstico de vida limitado. São prestados por equipas e unidades específicas de Cuidados Paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade.

De acordo com NETO, I. (2010, p. 1-42), citando TWYXCROSS (2003), refere que as áreas fundamentais de actuação em cuidados paliativos são o controlo de sintomas, o estabelecimento de comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho de equipa.

Segundo o PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (2004), a família deve ser activamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser ela própria objecto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber apoio, informação e educação.

Os Cuidados Paliativos, tal como são definidos no âmbito do Programa Nacional de Cuidados Paliativos, destinam-se essencialmente a doentes (e família) que, cumulativamente:

- a) Têm prognóstico de vida limitado;
- b) Têm intenso sofrimento;
- c) Têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Segundo NETO, I. (2010, p. 1-42), um doente que necessita de receber tratamento em cuidados paliativos não é essencialmente um doente terminal. Por doente terminal, considera-se aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento adequado associado e

que em média apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses. Os doentes agónicos são dentro destes, aqueles que previsivelmente pelas características clínicas que manifestam, estão nas últimas horas ou dias de vida. Nos doentes oncológicos, os últimos três meses de vida correspondem habitualmente a um período de degradação progressiva marcada, enquanto nos doentes não oncológicos, dada a imprevisibilidade e maior duração de doença essa degradação faz-se com agudizações e de forma mais lentificada. Nos doentes presentes nas unidades de cuidados paliativos a nossa intervenção tem por base uma correcta avaliação do estado clínico do doente e das suas necessidades, utilizando para isso as diversas escalas de avaliação disponíveis e já homologadas em Portugal.

De acordo com NETO, I.; CAPELAS, M. (2010, p. 785-811), enumeram dez instrumentos básicos imprescindíveis da prática em cuidados paliativos, já enumerados por diversos autores anteriormente, sendo eles, uma correcta avaliação das necessidades, o estabelecimento de um plano terapêutico, o controlo de sintomas, a prática de suporte emocional, uma correcta comunicação e transmissão de informação, respeito pelos valores e ética clínica, adaptação das organizações, mudanças na organização do recursos, avaliação e monitorização dos resultados e melhoria contínua da qualidade.

O PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (2004), defende que os princípios em que a prática dos Cuidados Paliativos assenta são os seguintes:

- a) Afirma a vida e encara a morte como um processo natural;
- b) Encara a doença como causa de sofrimento a minorar;
- c) Considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;
- d) Reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- e) Considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;
- f) Considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- g) Assenta na concepção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;

- h) Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
- i) É baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
- j) Centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- k) Só é prestada quando o doente e a família a aceitam;
- l) Respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
- m) É baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade.

A prática dos Cuidados Paliativos respeita o direito do doente e da sua família ou do cuidador principal a receber cuidados, manter na sua autonomia, identidade e dignidade, a ser prestado apoio personalizado, ao alívio do sofrimento, a ser informado de forma adequada, a ser ouvido, a participar nas decisões, num trabalho de partilha e parceria com a equipa prestadora de cuidados, a recusar tratamentos e a serem identificadas as suas necessidades e preferências.

É ainda de referir que as dimensões mais relevantes em Cuidados Paliativos dizem respeito a:

- Doença, sua evolução e tratamento;
- Aspectos físicos (sintomas), emocionais, sociais;
- Dimensão espiritual;
- Cuidados à família/cuidador;
- Luto;
- Cuidados dos últimos dias
- Aspectos práticos.

Os Cuidados Paliativos, de forma a irem ao encontro das necessidades das pessoas, estão organizados por três níveis de actuação.

Nível I

- São prestados por equipas multidisciplinares, com formação diferenciada em Cuidados Paliativos, que podem prestar directamente os cuidados ou exercer funções de apoio técnico a outras equipas;

- Estruturam-se habitualmente como Equipas intrahospitalares ou domiciliárias de Suporte em Cuidados Paliativos;
- Podem ser prestados a doentes internados, ambulatoriais ou no domicílio, que necessitam de Cuidados Paliativos diferenciados.

Nível II

- Garantem a prestação directa e/ou apoio efectivo nas 24 horas;
- Requerem a prestação directa dos cuidados por equipas multidisciplinares alargadas, em que a maioria dos elementos tem a sua base de actividade na equipa, em que todos têm formação diferenciada em Cuidados Paliativos e em que os elementos com funções de chefia ou coordenação técnica têm formação avançada em Cuidados Paliativos;
- Habitualmente, são prestados através de Unidades de Cuidados Paliativos, com internamento próprio, podendo incluir também cuidados domiciliários e no ambulatório.

Nível III

Habitualmente correspondem a centros de elevada diferenciação que se assumem como referência na prestação de cuidados, na formação e na investigação. Reúnem as condições e capacidades próprias dos Cuidados Paliativos de Nível II acrescidas das seguintes características:

- Desenvolvem programas estruturados e regulares de formação diferenciada ou avançada em Cuidados Paliativos;
- Desenvolvem actividade regular de investigação em Cuidados Paliativos;
- Possuem experiência e diferenciação reconhecidas que lhes permitem responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de Cuidados Paliativos, assumindo-se como unidades de referência;
- São localizados preferencialmente em centros universitários que possuem estruturas para docência e investigação. (PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2004)

De acordo com o actual Plano de Estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem a Pessoas em Processo de Doença na Comunidade, da Escola Superior de Saúde de Santarém, o estágio do 2º ano, tem a duração de 840 horas. Este é um

estágio onde nos é permitido, dentro das possibilidades, escolher o local onde pretendemos desenvolver/aperfeiçoar competências técnicas, científicas e relacionais de enfermeiros de cuidados gerais, na especificidade de Cuidados Paliativos, tendo por base sempre o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o Código Deontológico dos Enfermeiros, o decreto-lei que regulamenta a carreira de enfermagem e ainda tendo como referência, as Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e a política de saúde definida no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2006).

O meu estágio vai ser realizado na Unidade de Cuidados Paliativos 2 e na Unidade de Cuidados Paliativos 1. Desta forma irei iniciar o meu estágio pela unidade 2, durante 3 semanas, sendo o restante na Unidade de Cuidados Paliativos 1.

De acordo com Enricone (1998), o planeamento é um processo de tomada de decisões bem informadas que conduzem à racionalização das actividades, possibilitando melhores resultados e consequentemente maior produtividade, de modo a atingir os objectivos propostos. Neste sentido, o projecto de estágio é um documento que reflecte o planeamento e se baseia nos objectivos geral e específicos do estágio, competências a desenvolver, necessidades identificadas e contexto de estágio. Este inclui as actividades a realizar, os intervenientes e os momentos em que decorrerão, constituindo assim, um guia orientador para a minha prestação e para a orientação do enfermeiro cooperante. É de realçar ainda que, caso seja pertinente, este projecto de estágio é passível de sofrer alterações.

Estão definidos como objectivos do estágio:

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença em contexto de cuidados paliativos;
- Aprofundar o desenvolvimento de competências visando uma enfermagem avançada às pessoas em processos de doença na comunidade;
- Desenvolver processos de referenciação tecnicamente adequados à situação da pessoa / família em contextos de cuidados paliativos;
- Desenvolver o processo de cuidados de Enfermagem a pessoas/família em contextos de cuidados paliativos;

E são competências a atingir:

- Atingir competências nos cuidados especializados de Enfermagem a Pessoas em Processo de Doença na Comunidade, em diferentes contextos da comunidade, em diferentes situações de saúde e/ou de risco, preferencialmente sob orientação, supervisão de um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Pública ou Enfermagem Comunitária integrado na rede dos cuidados continuados, que conheça a dinâmica da comunidade e do Centro de Saúde e que preferencialmente participa na prestação de cuidados especializados.

Tendo por base os objectivos apresentados para este estágio, elaborarei um projecto de estágio, no qual defini as competências a que me proponho consolidar, os objectivos para este período e as actividades que irei desenvolver por forma a alcançá-los. Contudo, tenho consciência que algumas das actividades sugeridas poderão vir a ser modificadas.

2 – PROJECTO DE ESTÁGIO

Competências	Objectivo	Actividades	Intervenientes	Tempo
Comunicacionais - Gestão	Integrar a Equipa de Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da Unidade 2; • Conhecimento da Unidade de Cuidados Paliativos 1; • Apresentação da Equipa prestadora de cuidados; • Apresentação dos enfermeiros cooperantes; • Conhecimento do circuito do Utente/família; • Conhecimento da organização do trabalho da equipa; • Consulta de Regulamento Interno e Protocolos; • Conhecimento de meios auxiliares de registo de enfermagem e da equipa multidisciplinar, incluindo os presentes no site da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; • Entendimento da dinâmica de cada Unidade; 	Miguel Neves	1ª Semana 4ª Semana Ao longo do estágio
- Acolhimento - Planeamento dos cuidados - Avaliação dos	Prestar Cuidados de Enfermagem ao doente paliativo no	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação ao Doente/Família/Prestador de cuidados; • Contacto com a equipa multiprofissional sempre que necessário; 	Miguel Neves e Equipa multidisciplinar	Ao longo do estágio

<p>cuidados prestados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação de sintomas - Administração de terapêutica - Comunicacionais - Relacionais - Síntese - Registo - Trabalho em equipa - Gestão do tempo - Éticas 	<p>âmbito da monitorização e controlo de sintomas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta do processo do doente; • Planeamento dos cuidados a prestar ao Utente/família; • Validação do planeamento com a pessoa/família; • Execução dos cuidados planeados; • Avaliação dos cuidados prestados; • Realização/revalidação do Plano de Intervenção Individual com equipa multidisciplinar, utente e família, tendo por base a avaliação realizada de acordo com os instrumentos de avaliação da pessoa em vigor na unidade; • Avaliação da pessoa nas primeiras 72 horas e a sua inscrição na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; • Conhecimento e manuseamento dos meios de registo presentes na unidade, obtendo sessões de esclarecimento individuais através dos enfermeiros cooperantes; 		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Promoção da privacidade, respeito pela individualidade e dignidade da pessoa que necessita dos cuidados;• Avaliação de sintomas (recurso a escalas em vigor na unidade);• Avaliação do impacto que os sintomas têm na vida do doente/ família/prestador de cuidados;• Avaliação das necessidades específicas do doente/cuidador principal/família;• Adequação das atitudes farmacológicas e não farmacológicas;• Adequação das vias de administração dos fármacos;• Maximização do conforto;• Identificação de situações de emergência em cuidados paliativos;• Estabelecimento de estratégias terapêuticas, autónomas de enfermagem e interdisciplinares;• Antecipação da informação ao		
--	--	---	--	--

		<p>doente/família/cuidador principal de alterações previsíveis;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinos ao doente/família/cuidador principal sobre medidas a adoptar e sobre o uso da terapêutica, principalmente opióides; • Registo de todas as alterações e cuidados prestados em momento oportuno, em documentos de registo apropriados, bem como no site da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; 		
<p>- Comunicacionais</p> <p>- Relacionais</p> <p>- Trabalho em equipa</p> <p>- Éticas</p>	<p>Desenvolver competências ao nível do estabelecimento de uma comunicação eficaz com o doente/família e equipa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de uma comunicação capaz de proporcionar no doente/família sentimentos de confiança, segurança e satisfação e diminuindo questões relacionadas com a ansiedade; • Utilização de estratégias de comunicação intencional, através da utilização dos vários tipos de comunicação e os diversos modos de escuta; • Utilização de técnicas de comunicação terapêutica no estabelecimento de uma relação com o doente/família; 		

		<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de uma comunicação tendo em conta sempre a agenda do doente, as suas intenções, necessidades de informação, preocupações e expectativas; • Adopção de uma correcta postura no momento da intervenção com o doente/família; • Participação em conferências familiares; • Participação em reuniões de equipa multidisciplinar; 		
<p>- Comunicacionais</p> <p>- Apoio na morte</p> <p>- Luto</p> <p>- Comunicação da má notícia</p> <p>- Éticas</p>	<p>Desenvolver competências no acompanhamento da Pessoa/família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Providência de acompanhamento religioso caso a pessoa/família o deseje; • Permissão de pessoa/pessoas significativas no momento da morte; • Realização dos cuidados ao corpo após a morte; • Comunicação da morte à família em conjunto com a equipa multidisciplinar; • Abordagem e treino de comunicação de uma má notícia (Protocolo de Buckman); • Apoio à família no luto imediato. 	<p>Miguel Neves, família e Equipa multidisciplinar</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

<p>- Formação pessoal</p> <p>- Investigação</p> <p>- Pesquisa</p>	<p>Desenvolver conhecimentos relativos à formação em saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em momentos de formação em serviço que tenham lugar no decorrer do estágio; • Participação na elaboração de folhetos e realização de formações que a equipa multidisciplinar e eu consideremos pertinentes; • Participação em projectos a desenvolver pelas unidades; • Participação na elaboração de um questionário de satisfação do doente/família, na Unidade de Cuidados Paliativos 2; • Revisão bibliográfica de acordo com as necessidades encontradas, nas mais variadas plataformas de pesquisa e de acordo com as referencias já disponibilizadas; • Elaboração do Relatório de estágio; 	<p>Miguel Neves, Enfermeiros cooperantes e equipa multidisciplinar</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
<p>- Gestão de recursos humanos</p> <p>- Gestão de</p>	<p>Aprofundar conhecimentos no âmbito da gestão em saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participação na distribuição dos Utentes pelos enfermeiros em cada turno; • Organização individual do trabalho durante o turno, 	<p>Miguel Neves, Enfermeiros cooperantes e equipa</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

recursos materiais - Gestão do tempo		gerindo eficazmente o tempo em função da necessidade de cuidados dos Utentes atribuídos; <ul style="list-style-type: none">• Acompanhamento do/a Enfermeiro/a Responsável nas suas actividades de gestão de recursos Humanos e materiais durante um turno;• Participação na selecção e pedido de materiais a repor em conjunto com a enfermeira responsável, por forma a compreender o que adquirir, quanto adquirir e quando adquirir;• Participação na recepção e confirmação dos materiais na unidade, com a enfermeira/o cooperante;• Participação na reposição diária do material do carro de pensos e dos carros de medicação;	multidisciplinar	
---	--	---	------------------	--

3- CONCLUSÃO

A elaboração do presente Projecto de Estágio constitui-se como guia de orientação e suporte na aquisição e consolidação de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de competências a que me propus, sendo as mesmas de âmbito pessoal e profissional.

Constituiu-se ainda como uma linha orientadora de extrema importância para alcançar os objectivos propostos, na medida em que possibilita a preparação e estruturação das diversas intervenções. Espero assim, adquirir as competências propostas para esta componente de estágio, desenvolvendo um estágio, que se manifeste numa prestação de cuidados de qualidade, tendo sempre em consideração os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem.

Em relação ao tema que sugiro ser para abordar como objecto de relatório, será no sentido do que fiz no 2º semestre que tinha que ver com a Comunicação Terapêutica como promotora do bem-estar do doente paliativo.

4- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLANDER, V. (1998), **Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica** (1ª edição em Português). Lisboa: Lusodidacta.
- CONSELHO de ENFERMAGEM (2009). **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro**, Março;
- DECRETO-LEI n.º 101/2006. “DR I Serie”. 109 (2006-06-06) 3856-3865;
- ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE SANTARÉM (2010), **Documento orientador do estágio**, Setembro;
- FACHADA, MARIA ODETE (2003), **Psicologia das Relações Interpessoais** (5ª edição). Chelas: Edições Rumo, Lda, p.12 – 60
- GIDDENS, ANTONY (2000) **Sociologia** (2ª edição). Lisboa: Fundação C. Gulbenkian.
- HESBEEN, W. (2000) **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Missão para os Cuidados de Saúde Primários** (2007). Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa. Ministério da Saúde;
- NEEB, KATHY (2000) **Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental**. Loures: Lusociência.
- NETO, I. – Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ª edição). Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 1-42
- NETO, I.; CAPELAS, M. – Organização de Serviços. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ª edição). Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 785-811

- PEPLAU, HILDEGARD. (1990) **Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica**. Barcelona: Masson-Salvat.
- PONTES ALEXANDRA CARVALHO, LEITÃO ILSE MARIA TIGRE ARRUDA, RAMOS ISLANE COSTA (2008) **Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado**. Revista Brasileira de Enfermagem – Maio-junho. Brasília
- PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). Direcção geral de saúde. **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Lisboa
- POTTER, P. e PERRY, A. (2000) **Fundamentos de Enfermagem – Conceitos, Processo e Prática** (4ª edição). Guanabara Koogan
- QERIDO, A. et al – Comunicação. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ª edição). Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 461-486
- REIS, FRANCISCO; RODRIGUES, VITOR (2002) **A axiologia dos valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem** (1ª edição). Lisboa: Climepsi editores
- ROPER, N.; LOGAN, W. W.; TIERNEY, A. J (1995). **Modelo de Enfermagem**. Alfragide: Editorial McGraw – Hill.
- SANTOS, FRANKLIN (2009) **Cuidados Paliativos. Discutindo a Vida, A Morte e o Morrer**. São Paulo: Atheneu
- STEFANELLI MC. (1993) **Comunicação com paciente – teoria e ensino** (2ª edição). São Paulo (SP): Robe Editorial
- TOMEY, ANN; ALLIGOOD, MARTHA. (2004) **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra**. Loures: Lusociência

ANEXO II – DECRETO-LEI Nº101/2006

ANEXO III – PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE 2004

ANEXO IV – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS
DOENTES E FAMILIAS

FORMULÁRIO – FAMÍLIA

-----Nº DE ORDEM_____

Grupo I – Variáveis de caracterização

1 – Género:

Masculino

Feminino

2 – Idade: _____

3- Grau de parentesco com o/a doente internado/a: _____

4- Duração do internamento: _____

5- Escolaridade

Sem Escolaridade

1ª Ciclo (4ª classe)

2º Ciclo (6ª ano de escolaridade)

3º Ciclo (9ª ano de escolaridade)

Ensino Secundário Complementar

Curso técnico-profissional

Bacharelato ou Curso Médio

Licenciatura ou Curso Superior

6- Quais as expectativas que tinha no momento da admissão do seu familiar na Unidade de Cuidados Paliativos?

Grupo II – Satisfação dos familiares/ cuidador principal com os cuidados prestados em fim de vida, ao seu ente querido

As questões que se seguem referem-se ao seu nível de satisfação, relativamente aos cuidados prestados ao seu familiar, durante a sua estadia na Unidade de Cuidados Paliativos. Desta forma todas as questões serão respondidas por vós, através de uma escala que vai desde o não satisfaz ao satisfaz plenamente.

1. Admissão do doente/ familiar na Unidade

	Não Satisfaz	Satisfaz Pouco	Satisfaz	Satisfaz Muito	Satisfaz plenamente
1.1 Acolhimento efectuado ao doente e familiares/cuidador principal no primeiro contacto com a unidade					
1.2 A ajuda disponibilizada pelos profissionais que efectuaram o acolhimento					
1.3 A explicação fornecida sobre os serviços disponíveis na unidade, e como utilizá-los					
1.4 Disponibilidade para programar visitas em dias e tempos pretendidos					
1.5 Informação fornecida sobre a missão/filosofia da unidade					
1.6 Informação fornecida sobre o plano de cuidados do doente (tratamento, decisões...)					

2. Serviços e a organização da Unidade

	Não Satisfaz	Satisfaz Pouco	Satisfaz	Satisfaz Muito	Satisfaz plenamente
2.1 Facilidade de localizar os diferentes serviços					
2.2 Ajuda demonstrada pela pessoa que atende o telefone					
2.3 Capacidade de resposta dos serviços telefônicos à noite e aos fins-de-semana					
2.4 Ambiente nos vários espaços da unidade (limpeza, espaço, ruído...)					
2.5 Disponibilidade demonstrada pelo pessoal, quando deles necessitou					

3. Equipa de trabalho

	Não Satisfaz	Satisfaz Pouco	Satisfaz	Satisfaz Muito	Satisfaz plenamente
3.2 Disponibilidade dos enfermeiros que prestaram cuidados					
3.3 Disponibilidade dos médicos que prestaram cuidados					
3.4 Disponibilidade dos auxiliares que prestaram cuidados					
3.5 Disponibilidade dos outros técnicos que prestaram cuidados					
3.6 Preocupação da equipa com o seu conforto, durante os tratamentos/ cuidados prestados					

3.7 Preocupação da equipa com a gestão de sintomas/tratamento/medicação					
3.8 Preocupação da equipa com o planeamento da alta					
3.9 Orientação dada pela equipa sobre «ir passar fim-de-semana a casa»					
3.10 Orientação dada pela equipa sobre os cuidados prestados					
3.11 Tempo dispendido pela equipa junto do doente					
3.12 Prontidão da equipa em responder à chamada dos doentes					
3.13 Resposta dos serviços sociais					
3.14 Respostas dos serviços de Psicologia					
3.14 Resposta dos serviços religiosos					
3.15 Resposta dos serviços espirituais					
3.16 Prestação dos voluntários					

4. Cuidados à Pessoa/Família

	Não Satisfaz	Satisfaz Pouco	Satisfaz	Satisfaz Muito	Satisfaz plenamente
4.1 Preocupação do pessoal da unidade pela privacidade (doente e familiar)					
4.2 Prontidão do pessoal para com as dificuldades do doente, causadas pelos problemas de saúde					
4.3 Controle da dor do doente, após a admissão na unidade					
4.4 Controle de outros sintomas (ex:					

obstipação), após admissão na unidade					
4.5 Resposta às necessidades emotivas do paciente e família, por parte da equipa					
4.6 Resposta às necessidades espirituais do paciente e família, por parte da equipa					
4.7 O respeito pela cultura/ tradição religiosa					
4.8 A resposta às preocupações ou queixas que os familiares ou o doente tenham manifestado					
4.9 Forma como o doente foi envolvido nas decisões acerca dos cuidados					
4.10 Forma como os familiares/cuidador principal foi envolvido nas decisões acerca dos cuidados					
4.11 Forma como os familiares/cuidador principal foi envolvido na prestação de cuidados					
4.12 Orientação fornecida acerca de como cuidar do seu membro da família					
4.13 Preocupação do pessoal em mantê-lo informado sobre o desenrolar da situação do doente					

5. Aspectos Globais da Experiência de Cuidados

	Não Satisfaz	Satisfaz Pouco	Satisfaz	Satisfaz Muito	Satisfaz plenamente
5.1 Coordenação do cuidado ao doente/família pelos membros da equipa					
5.2 Resposta dos serviços da unidade na promoção da qualidade de vida dos doentes					
5.3 Capacidade dos serviços na resposta as					

necessidades da família					
5.5 Qualidade global dos cuidados prestados pelos serviços da unidade					

6. Recomendaria a nossa unidade a outras pessoas? Porquê?

7. Sugestões/Recomendações para a melhoria dos cuidados

Obrigado

FORMULÁRIO – UTENTE

-----Nº DE ORDEM_____

Grupo I – Variáveis de caracterização

1 – Género:

Masculino

Feminino

2 – Idade: _____

3- Duração do internamento: _____

4- Escolaridade

- Sem Escolaridade

- 1ª Ciclo (4ª classe)

- 2º Ciclo (6ª ano de escolaridade)

- 3º Ciclo (9ª ano de escolaridade)

- Ensino Secundário Complementar

- Curso técnico-profissional

- Bacharelato ou Curso Médio

- Licenciatura ou Curso Superior

Grupo II – Satisfação do Utente com os cuidados prestados

As questões que se seguem referem-se ao seu nível de satisfação, relativamente aos cuidados prestados, durante a sua estadia na Unidade de Cuidados Paliativos. Desta forma todas as questões serão respondidas por si, através de uma escala que vai desde o não satisfaz ao satisfaz plenamente.

1. Admissão na Unidade

	Não Satisfaz	Satisfaz Pouco	Satisfaz	Satisfaz Muito	Satisfaz plenamente
1.1 Acolhimento efectuado no primeiro contacto com a unidade					
1.2 A ajuda disponibilizada pelos profissionais que efectuaram o acolhimento					
1.3 A explicação fornecida sobre os serviços disponíveis na unidade, e como usá-los					
1.4 Disponibilidade para programar visitas nos dias e tempos pretendidos					
1.5 Informação fornecida sobre a missão/filosofia da unidade					
1.6 Informação fornecida sobre o plano de cuidados (tratamento, decisões...)					

2. Serviços e a organização da Unidade

	Não Satisfaz	Satisfaz Pouco	Satisfaz	Satisfaz Muito	Satisfaz plenamente
2.1 Facilidade de localizar os diferentes espaços					
2.2 Apoio demonstrado pelos profissionais					
2.3 Ambiente nos vários espaços da unidade (limpeza, espaço, ruído...)					
2.4 Espaços da Unidade					
2.5 Conforto da Unidade					

3. Equipa de trabalho

	Não Satisfaz	Satisfaz Pouco	Satisfaz	Satisfaz Muito	Satisfaz plenamente
3.1 Disponibilidade demonstrada por toda a equipa da unidade					
3.2 Disponibilidade dos enfermeiros que prestaram cuidados					
3.3 Disponibilidade dos médicos que prestaram cuidados					
3.4 Disponibilidade dos auxiliares que prestaram cuidados					
3.5 Disponibilidade dos outros técnicos que prestaram cuidados					
3.6 Preocupação da equipa com o seu conforto, durante os tratamentos/ cuidados prestados					

3.7 Preocupação da equipa com a gestão de sintomas/tratamento/medicação					
3.8 Preocupação da equipa com o planeamento da alta					
3.9 Orientação dada pela equipa sobre «ir passar fim-de-semana a casa»					
3.10 Orientação dada pela equipa sobre os cuidados prestados					
3.11 Tempo dispendido pela equipa junto de si					
3.12 Prontidão da equipa em responder à sua chamada					
3.13 Resposta dos serviços sociais					
3.14 Resposta dos serviços religiosos					
3.15 Resposta dos serviços espirituais					
3.16 Prestação dos voluntários					

4. Cuidados Prestados

	Não Satisfaz	Satisfaz Pouco	Satisfaz	Satisfaz Muito	Satisfaz plenamente
4.1 Preocupação do pessoal da unidade com a sua privacidade (doente e familiar)					
4.2 Identificação das suas dificuldades, relacionadas com os problemas de saúde					
4.3 Controle da dor, após a admissão na unidade					
4.4 Controle de outros sintomas (ex: obstipação), após admissão na unidade					
4.5 O gerir das suas necessidades emotivas					

por parte da equipa					
4.6 O gerir das suas necessidades espirituais por parte da equipa					
4.7 O respeito pela cultura/ tradição religiosa					
4.8 A resposta às preocupações ou queixas que tenha manifestado					
4.9 Forma como foi envolvido nas decisões acerca dos cuidados					
4.10 Envolvimento dos familiares/cuidadores principais nos cuidados					
4.11 Informação transmitida/fornecida acerca da sua situação					

5. Aspectos Globais da Experiência de Cuidados

	Não Satisfaz	Satisfaz Pouco	Satisfaz	Satisfaz Muito	Satisfaz plenamente
5.1 Coordenação do cuidado por parte da equipa					
5.2 Resposta dos serviços da unidade na promoção da qualidade de vida dos doentes					
5.3 Capacidade dos serviços em dar resposta as necessidades					
5.4 Possibilidade de recomendar a nossa unidade a outras pessoas					
5.5 Qualidade global dos cuidados prestados pelos serviços da unidade					

ANEXO V – APRESENTAÇÃO DO SEMINÁRIO

ANEXO VI – APRESENTAÇÃO DA PERGUNTA PICO

ANEXO VII – APRESENTAÇÃO DE PARTILHA DE EXPERIÊNCIAS NO
SERVIÇO

ANEXO VIII – QUADRO 1 – CRITÉRIOS PARA A FORMULAÇÃO DA
PERGUNTA PICO

Quadro 1 – Critérios para a formulação da pergunta PI[C]O

P	Participantes	Quem foi estudado?	Doente com necessidade de cuidados paliativos	Palavras-chave: ✓ <i>Cuidados Paliativos</i>
I	Intervenções	O que foi feito?	A comunicação terapêutica	✓ <i>Doente</i>
(C)	Comparações	Podem existir ou não?	-----	✓ <i>Comunicação</i>
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências	Promoção do bem-estar	✓ <i>Terapêutica</i> ✓ <i>Bem-estar</i>

ANEXO IX – PROCESSO DE PESQUISA E SELECÇÃO DE ARTIGOS

Anexo IX - Processo de pesquisa e selecção de artigos

SEM QUALQUER FILTRO – quadro II

Termos	Nº de artigos encontrados nas bases de dados
1 – Comunicação/ Communication	248700
2 – Terapêutica/ Therapeutic	2134106
3 – Doente/ Patients	3571939
4 – Cuidados Paliativos/ Palliative Care	53947
5 – Bem-estar/ Well being	44501

Conjugação dos Descritores – quadro III

Descritores	Nº Artigos encontrados		Nº Artigos após aplicação do filtro	Nº Artigos seleccionados	
1 + 2	3278	FILTRO: ✓ Cronológico: 2005/2011 ✓ Full Text ✓ Critérios de inclusão e exclusão	Não aplicável	Não aplicável	
1 + 3	27568		Não aplicável	Não aplicável	
1 + 4	1216		Não aplicável	Não aplicável	
1 + 5	1074		Não aplicável	Não aplicável	
2 + 3	177378		Não aplicável	Não aplicável	
2 + 4	458		Não aplicável	Não aplicável	
2 + 5	1407		Não aplicável	Não aplicável	
3 + 4	7994		Não aplicável	Não aplicável	
3 + 5	12308		Não aplicável	Não aplicável	
4 + 5	266		Não aplicável	Não aplicável	
1 + 2 + 3	1395		FILTRO: ✓ Cronológico: 2005/2011 ✓ Full Text ✓ Critérios de	135	5
1 + 2 + 4	35			8	3
1 + 2 + 5	41	6		2	
1 + 3 + 4	837	143		6	

1 + 3 + 5	378	inclusão e exclusão	69	5
1 + 4 + 5	18		5	2
2 + 3 + 4	325		43	2
2 + 3 + 5	719		76	2
2 + 4 + 5	19		3	1
3 + 4 + 5	177		36	2
1 + 2 + 3 + 4	26		5	2
1 + 2 + 3 + 5	27		4	1
1 + 2 + 4 + 5	4		1	1
1 + 3 + 4 + 5	15		3	1
2 + 3 + 4 + 5	14		2	0
1 + 2 + 3 + 4 + 5	3		0	0

ANEXO X – TABELAS COM AS CARACTERISTICAS DOS ESTUDOS
INCLUIDOS

Anexo X – Tabelas com as características dos estudos incluídos

<i>Estudo</i>	Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care JOHNSTON B. e SMITH L.N. (2006)	
<i>Participantes</i>	22 Enfermeiros e 22 doentes em fase terminal.	
<i>Intervenções</i>	Realização de um estudo Fenomenológico com base em entrevistas aos participantes.	
<i>Resultados</i>	De acordo com JOHNSTON B. e SMITH L.N. (2006) as características importantes para enfermeiros especialistas de cuidados paliativos são: habilidades de relacionamento interpessoal; disposição para ouvir; alguém com quem o utente se sente capaz de falar; demonstrar interesse em saber como as pessoas doentes se encontram; reconhecer que alguns utentes podem precisar de se sentir no controle mesmo quando parece que o seu estado de saúde não o permita.	
<i>Nº de Artigo - IV</i>	<i>Nível de Evidência¹ - VI</i>	<i>Tipo de Estudo – Fenomenológico</i>

¹ Guyatt, Rennie (eds) (2002). Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-based clinical practice. Os autores propõem vários níveis de evidência: Estes são, nível I: revisão sistemática ou meta-análise de randomização relevante ou evidência baseada na prática clínica, nível II: estudos experimentais simples, nível III: estudos quase experimentais, nível IV: estudos caso-controle ou de coortes; nível V: revisão sistemática de estudos descritivos ou qualitativos; nível VI: um estudo descritivo ou qualitativo; nível VII: opinião de autoridades respeitadas/ Consensos.

Anexo X – Tabelas com as características dos estudos incluídos

<i>Estudo</i>	THE USE OF EFFECTIVE THERAPEUTIC COMMUNICATION SKILLS IN NURSING PRACTICE JASMINE, TAN (2009)	
<i>Participantes</i>	Uma enfermeira e um utente	
<i>Intervenções</i>	Observação do estabelecimento de uma relação com base na comunicação terapêutica entre uma enfermeira e um doente.	
<i>Resultados</i>	A comunicação é o elemento chave para qualquer profissão, levando a que haja saudáveis relacionamentos. A falta desta é a principal causa de mal-entendidos bem como do surgir de conflitos no estabelecimento de um relacionamento. Estabelecer uma comunicação terapêutica eficaz é dar aos doentes uma sensação de esperança, um sentimento de amanhã, e a garantia de que eles não estão sozinhos.	
<i>Nº de Artigo - V</i>	<i>Nível de Evidência¹ - VI</i>	<i>Tipo de Estudo – Estudo Qualitativo</i>

¹ Guyatt, Rennie (eds) (2002). Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-based clinical practice. Os autores propõem vários níveis de evidência: Estes são, nível I: revisão sistemática ou meta-análise de randomização relevante ou evidência baseada na prática clínica, nível II: estudos experimentais simples, nível III: estudos quase experimentais, nível IV: estudos caso-controle ou de coortes; nível V: revisão sistemática de estudos descritivos ou qualitativos; nível VI: um estudo descritivo ou qualitativo; nível VII: opinião de autoridades respeitadas/ Consensos.

Anexo X – Tabelas com as características dos estudos incluídos

<i>Estudo</i>	Communication skills and district nurses: examples in palliative care Lawton, S. e Carroll, D. (2005)	
<i>Participantes</i>	Enfermeiros doentes	
<i>Intervenções</i>	Aplicação de questões aos doentes para perceber a forma como eles interpretam as questões que lhe são colocadas e a forma como eles encaram o encontro de enfermagem	
<i>Resultados</i>	Para Lawton, S. e Carroll, D. (2005) as habilidades de comunicação são uma componente fundamental do cuidado de enfermagem, para que este seja entendido como bem sucedido. Os mesmos autores defendem que o primeiro encontro que uma enfermeira tem com um doente paliativo é o responsável por definir os posteriores encontros e visitas e o seu sucesso em termos de cuidados de enfermagem. Ao se estabelecer comunicação em cuidados paliativos o enfermeiro deve deixar bem claro perante o utente e familiares de que a honestidade é um ponto fulcral desse mesmo contacto e que toda a comunicação estabelecida será no sentido do estilo facilitador, pois será o utente sempre a dirigir o interesse dessa mesma comunicação.	
<i>Nº de Artigo - VI</i>	<i>Nível de Evidência¹ - VI</i>	<i>Tipo de Estudo – Estudo Descritivo</i>

¹ Guyatt, Rennie (eds) (2002). Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-based clinical practice. Os autores propõem vários níveis de evidência: Estes são, nível I: revisão sistemática ou meta-análise de randomização relevante ou evidência baseada na prática clínica, nível II: estudos experimentais simples, nível III: estudos quase experimentais, nível IV: estudos caso-controle ou de coortes; nível V: revisão sistemática de estudos descritivos ou qualitativos; nível VI: um estudo descritivo ou qualitativo; nível VII: opinião de autoridades respeitadas/ Consensos.

Anexo X – Tabelas com as características dos estudos incluídos

<i>Estudo</i>	Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar Negreiros, P., Fernandes, M., Macedo-Costa, K., e da Silva, G. (2010)	
<i>Participantes</i>	5 Enfermeiros do Hospital do estado do Ceará.	
<i>Intervenções</i>	Observação sistemática de 21 interações estabelecidas entre os 5 enfermeiros e os utentes do hospital.	
<i>Resultados</i>	Segundo Negreiros, P., Fernandes, M., Macedo-Costa, K., e da Silva, G. (2010) a comunicação deve ser utilizada pelos profissionais de enfermagem para humanizar os cuidados face aos utentes, esclarecendo as dúvidas quanto ao tratamento, exames complementares de diagnóstico ou outros procedimentos com o intuito de minimizar a ansiedade causada pela doença e internamento. A comunicação terapêutica surge como agente impulsionador relativamente à humanização dos cuidados de enfermagem. Assenta na capacidade do profissional usar o seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa a conviver com os outros, ajustar-se ao que não pode ser mudado e ultrapassar os obstáculos à auto-realização.	
<i>Nº de Artigo - XI</i>	<i>Nível de Evidência¹ - VI</i>	<i>Tipo de Estudo – Estudo Descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa</i>

¹ Guyatt, Rennie (eds) (2002). Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-based clinical practice. Os autores propõem vários níveis de evidência: Estes são, nível I: revisão sistemática ou meta-análise de randomização relevante ou evidência baseada na prática clínica, nível II: estudos experimentais simples, nível III: estudos quase experimentais, nível IV: estudos caso-controle ou de coortes; nível V: revisão sistemática de estudos descritivos ou qualitativos; nível VI: um estudo descritivo ou qualitativo; nível VII: opinião de autoridades respeitadas/ Consensos.

PROPOSTA DE REVISÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

NOTA PRÉVIA

Através do Despacho nº 28941/2007, de 22 de Novembro, do Senhor Ministro da Saúde, foi nomeado um Grupo de Trabalho de Cuidados Paliativos, constituído por Alice Cardoso, Ana Bernardo, Carlos Carvalho, Emília Fradique, Ferraz Gonçalves, Margarida Pires e Óscar Vilão, que elaborou uma proposta de revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos de forma a adequá-lo às exigências estabelecidas para o reconhecimento como Projecto Demonstrativo da Organização Mundial de Saúde (OMS) (“*WHO Demonstration Project*”).

Esta proposta de revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos procurou uma melhor adaptação à realidade do nosso actual sistema de saúde, especialmente após o desenvolvimento dos primeiros serviços de Cuidados Paliativos no País e a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que também integra unidades e equipas de Cuidados Paliativos.

Pretende-se que o Programa a definir e a implementar adira às recomendações da Organização Mundial de Saúde nesta área, visando obter reconhecimento como um dos seus Projectos Demonstrativos e se conforme com as orientações e enquadramentos definidos recentemente no contexto europeu, especialmente os que se incluem nos documentos do Departamento de Política do Parlamento Europeu *Palliative Care In The European Union de 2008* e no *White paper. Standards and norms for hospice and palliative care in Europe* de 2009 da European Association for Palliative Care (EAPC).

Deve notar-se que tais orientações abordam o desenvolvimento e a implementação dos recursos de cuidados paliativos numa perspectiva de adaptação às características do território e aos perfis e complexidade dos doentes a tratar, propondo rácios de cobertura e tipologias de respostas orientadoras e com capacidade de adaptação a cada lugar e país.

Considerando que se trata de uma área de cuidados de saúde em fase inicial de desenvolvimento, o Programa Nacional deve implementar-se através de planos operacionais anuais, que permitam, progressivamente, detalhar e adaptar os objectivos e respectivos financiamentos às necessidades não satisfeitas a nível regional.

Inês Guerreiro

Coordenadora Nacional da UMCCI

Lisboa, 2010

PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

Índice

A – ENQUADRAMENTO.....	5
B – OS CUIDADOS PALIATIVOS NOS SISTEMAS DE SAÚDE	7
C – CARACTERIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS... 9	
I – DEFINIÇÕES.....	9
II – PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	10
III– ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS	13
D – PRINCÍPIOS GERAIS DO PROGRAMA	20
I – FUNDAMENTAÇÃO	20
II – OBJECTIVOS GERAIS.....	20
III – PRINCÍPIO DE EQUIDADE	21
IV – TIPOLOGIAS DE SERVIÇOS	21
V – DOENTES A QUE SE DESTINA.....	23
VI – CRITÉRIOS DE PRIORIDADE E INTERVENÇÃO	25
VII – ACESSIBILIDADE DE MEDICAMENTOS.....	26
VIII – APOIO AOS TÉCNICOS.....	27
IX – QUALIDADE E MELHORIA CONTÍNUA	27
X – FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO	29
E – IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA.....	31
I – NECESSIDADES E PRIORIDADES.....	31
II – METAS OPERACIONAIS	32
IV – FINANCIAMENTO.....	44
V – COORDENAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA	44
VI – INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO E DO PROGRAMA.....	45
F- BIBLIOGRAFIA.....	47
ANEXO – Cuidados Paliativos: metas operacionais	

A – ENQUADRAMENTO

O aumento da longevidade, e o incremento das doenças crónicas e progressivas, bem como, as alterações na rede familiar, têm tido impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos. Com as alterações demográficas ocorridas em toda a Europa, os Cuidados Paliativos terão uma importância crescente. Para centrar a prestação de cuidados nos cidadãos e suas famílias requer-se uma organização de serviços que permita acesso a cuidados no tempo certo, no local certo e pelo prestador mais adequado.

Em Portugal, 60% da mortalidade deve-se a doenças crónicas evolutivas como o cancro (20-25%), as insuficiências orgânicas (respiratória, cardíaca, hepática, renal, etc.) ou as doenças neurológicas progressivas (demências, Parkinson, ELA, EM, etc.). Em múltiplas ocasiões, também existem co-morbilidades (síndromes geriátricas) que se desenvolvem de uma forma progressiva em semanas ou meses, com frequentes crises de necessidades.

O Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas define como um dos seus objectivos estratégicos o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, planeando a sua distribuição geográfica pelo território nacional.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, tem por objectivo geral a prestação de cuidados continuados integrados, incluindo a prestação de Cuidados Paliativos, segundo os níveis de diferenciação consignados no Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

Como documento orientador, o Programa Nacional de Cuidados Paliativos abrange os serviços de Cuidados Paliativos actualmente existentes, ou eventualmente a criar, integrando ou não a RNCCI. Todos devem assim ser enquadrados nos princípios definidos pelo Programa Nacional de Cuidados

Paliativos, garantindo, progressivamente, que qualquer doente que carece destes cuidados a eles possa ter acesso, com os correctos critérios de qualidade e independentemente do local onde se encontre, seja no seu domicílio ou em qualquer instituição.

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos deve, pois, ser entendido como elemento essencial dos cuidados de saúde, como uma necessidade em termos de saúde pública, como imperativo ético que promove os direitos fundamentais e, portanto, como obrigação social prioritária.

B – OS CUIDADOS PALIATIVOS NOS SISTEMAS DE SAÚDE

A cultura dominante da sociedade ocidental tem considerado a cura da doença como o principal objectivo dos serviços de saúde. Neste contexto, a incurabilidade e a realidade inevitável da morte são quase consideradas como fracasso da medicina.

A complexidade do sofrimento e a combinação de factores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida, obrigam a que a sua abordagem, com o valor de cuidado de saúde, seja sempre uma tarefa multidisciplinar, que congrega, além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade.

Por estas razões, a Organização Mundial de Saúde considera os Cuidados Paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada, numa perspectiva de apoio global aos múltiplos problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida.

Também o Conselho da Europa, reconhecendo que existem graves deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano a ser apoiado e assistido na fase final da vida, recomenda a maior atenção às condições de vida dos doentes que vão morrer, nomeadamente à prevenção da solidão e sofrimento, oferecendo ao doente a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado, que promova a protecção da dignidade do doente incurável ou na fase final da vida, com base em três princípios fundamentais:

- a) Consagrar e defender o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida a uma gama completa de cuidados paliativos;
- b) Proteger a autodeterminação dos doentes incuráveis e na fase final da vida.

c) Manter a interdição de intencionalmente se pôr fim à vida dos doentes incuráveis e na fase final da vida.

O Parlamento Europeu, no documento “Cuidados Paliativos na União Europeia” (*Palliative Care In The European Union*, 2008) publicado pelo seu departamento de política, reforça o papel das redes integradas, multidisciplinares, com diversidade e complementaridade de respostas, mas também um planeamento flexível que contemple as diferentes características de zonas rurais e urbanas. O mesmo documento refere que cada país tem fórmulas diferentes para provisão de cuidados, (embora o apoio domiciliário seja o preferido) e que a União Europeia não deve ser muito específica nas recomendações sobre alocação de recursos. Simultaneamente reconhece que, devido à complexa realidade Europeia, podem ser equacionadas várias opções políticas para operacionalizar a disponibilização de Cuidados Paliativos.

A Associação Europeia para os Cuidados Paliativos (EAPC), através do documento “*Standards and norms for hospice and palliative care in Europe – The EAPC white paper*” propõe e sugere a adopção, nos diferentes países europeus, de um conjunto de padrões, normas e conceitos consensualizados para que se definam os mínimos estruturais e conceptuais básicos no sentido de garantir a qualidade na prestação de CP. Assim, numa óptica de aplicação flexível e adaptada a cada país e região propõe, entre outros, os valores sobre os quais se devem orientar os Cuidados Paliativos bem como a ordenação dos serviços por níveis de complexidade.

C – CARACTERIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

I – DEFINIÇÕES

Entende-se por **Paliação** o alívio do sofrimento do doente. Por **Acção Paliativa**, qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As acções paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução. Por **Futilidade Diagnóstica e Terapêutica**, procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desadequados e inúteis, face à situação evolutiva e irreversível da doença, e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família.

Em linha com a OMS, podem definir-se os Cuidados Paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais. Os Cuidados Paliativos são cuidados intensivos de conforto.

São prestados de forma multidimensional e sistemática por uma equipa multidisciplinar, cuja prática e método de tomada de decisões são baseados na ética clínica (CCOMS).

II – PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados Paliativos são dispensados com base nas necessidades e não apenas no diagnóstico ou no prognóstico, pelo que podem ser introduzidos de forma estruturada em fases mais precoces da doença (qualquer que ela seja), mesmo quando outras terapêuticas, cuja finalidade é prolongar a vida, estejam a ser utilizadas.

Assumirão importância progressivamente maior à medida que as necessidades dos doentes assim o justifiquem. Configuram, portanto, um modelo de intervenção flexível, não exclusivo nem dicotómico, conducente à prestação de cuidados com continuidade, partilhados e preventivos.

Todas as pessoas com doenças crónicas sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida limitado são candidatas a Cuidados Paliativos.

Inicialmente, este tipo de Cuidados destinava-se apenas aos doentes com cancro, nos estádios terminais da doença. Com o desenvolvimento crescente da palição, o âmbito da prestação de Cuidados Paliativos alargou-se a situações como as insuficiências avançadas de órgão, a SIDA em estágio terminal, as doenças neurológicas degenerativas, as demências na sua fase final, entre outras, que passaram a figurar no vasto leque das patologias cujos doentes beneficiarão deste tipo de Cuidados.

Os Cuidados Paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes com prognóstico de vida limitado. São prestados por equipas e unidades específicas de Cuidados Paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade.

A família deve ser activamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser ela própria objecto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos

que a doença e o doente determinam, necessitam de receber apoio, informação e educação.

No âmbito do presente Programa, os Cuidados Paliativos dão corpo a princípios e a direitos que constituem universalmente a sua base e o seu carácter específico:

1. Princípios da prática, dimensões relevantes e transições conceptuais.

A prática dos Cuidados Paliativos assenta nos seguintes princípios:

- a) Afirma a vida e encara a morte como um processo natural;
- b) Encara a doença como causa de sofrimento a minorar;
- c) Considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;
- d) Reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- e) Considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;
- f) Considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- g) Assenta na concepção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- h) Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
- i) É baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
- j) Centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- k) Só é prestada quando o doente e a família a aceitam;
- l) Respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
- m) É baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade.

As dimensões mais relevantes em Cuidados Paliativos dizem respeito a:

- doença, sua evolução e tratamento;
- aspectos físicos (sintomas), emocionais, sociais;
- dimensão espiritual;
- cuidados à família/cuidador;
- luto;
- cuidados dos últimos dias
- aspectos práticos.

A nível de Cuidados Paliativos é importante que se façam **transições conceptuais**, para que a sua prestação seja adequada:

1. De “Doença Terminal”, centrada nas últimas semanas, para “Doença Avançada Progressiva”;
2. De “Prognóstico de dias / semanas / poucos meses” para “Doenças com prognóstico de vida limitado” de meses ou anos de evolução;
3. De “Evolução progressiva” para “Evolução em crise”;
4. De “Dicotomia de tratamento curativo versus paliativo” a “Tratamento articulado sincrónico”: o específico da doença para parar a sua evolução e, concomitantemente, o paliativo, orientado para a melhoria da qualidade de vida;
5. De “Intervenção dicotómica exclusiva” (ou “paliativos” ou tratamento etiológico) para “Intervenção flexível e partilhada.”;
6. De “Intervenção baseada no prognóstico” para “Intervenção baseada na complexidade, necessidade e pedido”;
7. De “Intervenção de resposta à crise” para “Prevenção da crise e Cuidados planeados”;
8. O pedido e as necessidades confundem-se, devido ao seu impacto emocional.

Por outro lado é importante ter em atenção que:

- O prognóstico de meses semanas ou dias já *não é o critério fundamental* para a indicação de intervenção paliativa de equipas específicas em Cuidados Paliativos;
- A indicação de *tratamento específico da doença não deve ser uma barreira* para a intervenção de equipas específicas em Cuidados Paliativos;
- *Os doentes e situações sofrem alterações*: doentes estáveis e sem complexidade podem converter-se em doentes complexos e, posteriormente estabilizar;
- Quando existe uma situação de dúvida, é preferível a intervenção de uma equipa específica.

2. Direitos dos Utentes em Cuidados Paliativos

A prática dos Cuidados Paliativos respeita o direito do doente e da sua família ou do cuidador principal a:

- a) receber cuidados;
- b) autonomia, identidade e dignidade;
- c) apoio personalizado;
- d) alívio do sofrimento;
- e) ser informado de forma adequada;
- f) ser ouvido;
- g) participar nas decisões, num trabalho de partilha e parceria com a equipa prestadora de cuidados;
- h) recusar tratamentos;
- i) serem identificadas as suas necessidades e preferências.

III – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Na Europa existem diferentes modelos de organização de Cuidados Paliativos bem como diferenças na disponibilidade de serviços e sua qualidade.

Uma organização integrada de Cuidados Paliativos inclui Hospitais, RNCCI e Cuidados de Saúde Primários, de forma flexível, adaptando-se às características locais e regionais e admitindo-se que as áreas urbanas, com população concentrada, difiram das do interior, com população dispersa, no que respeita à organização e ao fornecimento de serviços.

Os cuidados devem ser prestados com base nas necessidades dos doentes com intenso sofrimento e/ou doença avançada, incurável e progressiva, através de um conjunto de serviços: desde estruturas de internamento ao apoio domiciliário, passando por equipas de suporte no hospital e na comunidade. Estes Cuidados requerem especificidade e rigor técnico, e devem estar acessíveis a todos os que deles carecem, estando inseridos no sistema de saúde.

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) propõe a estratificação dos tipos de cuidados em quatro níveis que se distinguem entre si pela capacidade de responder a situações mais ou menos complexas e pela especialização e formação dos profissionais: *Palliative care approach*, *General palliative care*, *Specialist palliative care* e *Centres of excellence*. Neste Programa, adoptar-se-ão, respectivamente, as designações de Acção Paliativa e Cuidados Paliativos de níveis I, II e III.

No entanto, é também necessário considerar novas tipologias de internamento, para doentes com situações estabilizadas e de menor complexidade, que podem ser tratados com recursos paliativos de níveis inferiores, muitas vezes internados por critérios de dependência física ou social (sem cuidador informal, sem condições no domicílio). Estes doentes acabam por ter internamentos prolongados em Hospitais de agudos e não encontram resposta adequada nas restantes tipologias da rede (ou não têm vaga ou não se justifica o seu internamento prolongado em Unidade de Cuidados Paliativos, além de que o

carácter evolutivo da doença e os tempos de espera também não favorecem internamento em estabelecimentos de reabilitação ou de longa duração).

Assim, equaciona-se um **modelo organizativo** que compreende o seguinte:

1. Combinação de medidas gerais realizadas em serviços convencionais com a actividade de serviços específicos;
2. Intervenção de equipas e serviços específicos baseada nas necessidades, na complexidade e pedidos e não apenas no prognóstico;
3. Intervenção preventiva, flexível e partilhada de equipas e serviços específicos.

Desse modo, no âmbito do presente Programa, os Cuidados Paliativos devem ser planeados de acordo com os seguintes níveis de diferenciação:

Acção Paliativa

1. Representa o **nível básico de palição** e corresponde genericamente à prestação de acções paliativas, sem recurso a equipas ou estruturas diferenciadas;
 2. Pode ser prestada em internamento, em ambulatório ou no domicílio, por qualquer profissional clínico e em todos os níveis de instituições e cuidados de saúde;
- São fundamentais para dar resposta à maioria das situações não complexas que os doentes e/ou as suas famílias apresentam. É

especialmente relevante nos serviços com elevada frequência e prevalência de doentes em idade avançada ou prognóstico de vida limitado, como são os Cuidados de Saúde Primários, os serviços de oncologia, de medicina interna, unidades da dor, unidades e equipas da RNCCI.

Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos de nível I,II e III são respostas organizadas e planificadas.

Nível I

1. São prestados por equipas multidisciplinares, com formação diferenciada em Cuidados Paliativos, que podem prestar directamente os cuidados ou exercer funções de apoio técnico a outras equipas;
2. Estruturam-se habitualmente como Equipas intrahospitalares ou domiciliárias de Suporte em Cuidados Paliativos;
3. Podem ser prestados a doentes internados, ambulatorios ou no domicílio, que necessitam de Cuidados Paliativos diferenciados.

Nível II

1. Garantem a prestação directa e/ou apoio efectivo nas 24 horas;
2. Requerem a prestação directa dos cuidados por equipas multidisciplinares alargadas, em que a maioria dos elementos tem a sua base de actividade na equipa, em que todos têm formação diferenciada em Cuidados Paliativos e em que os elementos com funções de chefia ou coordenação técnica têm formação avançada em Cuidados Paliativos;

3. Habitualmente, são prestados através de Unidades de Cuidados Paliativos, com internamento próprio, podendo incluir também cuidados domiciliários e no ambulatório.

Nível III

Habitualmente correspondem a centros de elevada diferenciação que se assumem como referência na prestação de cuidados, na formação e na investigação. Reúnem as condições e capacidades próprias dos Cuidados Paliativos de Nível II acrescidas das seguintes características:

1. Desenvolvem programas estruturados e regulares de formação diferenciada ou avançada em Cuidados Paliativos;
2. Desenvolvem actividade regular de investigação em Cuidados Paliativos;
3. Possuem experiência e diferenciação reconhecidas que lhes permitem responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de Cuidados Paliativos, assumindo-se como unidades de referência.
4. São localizados preferencialmente em centros universitários que possuem estruturas para docência e investigação.

Em correspondência com esta estratificação de tipos e serviços de cuidados, os tipos de respostas em Cuidados Paliativos podem incluir medidas gerais e medidas específicas:

Medidas Gerais:

- a adoptar por todos os serviços de saúde para melhorar a prestação de Cuidados (p. ex.: protocolos, formação). A formação a nível dos Cuidados de Saúde Primários, a par da supervisão e suporte através das equipas ou das unidades específicas de Cuidados Paliativos, permite a disseminação de conhecimento sobre Cuidados Paliativos e o

apoio na prestação de acções paliativas aos profissionais do resto do sistema.

Medidas Específicas:

- As que são postas em prática por:
 - **Equipas de suporte:** multidisciplinares, no hospital, domicílio - *Equipas específicas ou equipas com alguns elementos com formação em Cuidados Paliativos*
 - **Unidades,** em Hospitais e Unidades de Cuidados Continuados Integrados

O planeamento de serviços depende das necessidades existentes, as quais são determinadas por:

Tipo de área: urbana, semi-urbana, rural;

Recursos existentes;

Tipo de patologias atendidas (cancro, geriatria, SIDA, outros);

Complexidade (média/ alta);

Mortalidade (prevalência).

Este planeamento deve ter em consideração os rácios de recursos a diferentes níveis, de modo a serem ponderadas respostas adequadas, bem como as diferentes características loco-regionais e de população urbana ou não urbana.

Em regiões com dispersão populacional, é considerado que equipas interdisciplinares com flexibilidade de papéis e responsabilidades constituem uma opção relevante, nomeadamente equipas mistas que integram funções intrahospitalares e na comunidade bem como de apoio às Unidades de Internamento da RNCCI.

A criação de uma unidade/equipa de Cuidados Paliativos pressupõe a constituição de um conjunto de profissionais devidamente treinados, considerando qual o perfil de doentes a atender (fases da doença, patologias, níveis de complexidade) bem como o tipo e valências da estrutura a

desenvolver (tipologia de unidades de internamento, de suporte e de apoio domiciliário).

Sem formação específica adequada não é possível a prática deste tipo de Cuidados. Os líderes dos principais grupos profissionais envolvidos devem possuir obrigatoriamente formação intermédia/avançada (formação teórica e estágios) reconhecida em Cuidados Paliativos.

D – PRINCÍPIOS GERAIS DO PROGRAMA

I – FUNDAMENTAÇÃO

O presente Programa fundamenta-se:

- a) Na necessidade de dispor de uma cobertura estruturada de Cuidados Paliativos adequada às características do país, com respostas tão próximas quanto possível da residência dos seus utilizadores;
- b) Na importância de oferecer uma gama completa de respostas de Cuidados Paliativos segundo a complexidade dos utentes alvo;
- c) No facto de a grande maioria dos doentes que necessitam de Cuidados Paliativos serem doentes com cancro, SIDA, insuficiência avançada de órgão ou doença neurológica degenerativa;
- d) Na importância e na necessidade de concretizar as intervenções necessárias em matéria de gestão do sofrimento, consignadas no Plano Nacional de Saúde.

II – OBJECTIVOS GERAIS

O Programa visa alcançar os seguintes objectivos gerais:

- 1. Promover o fácil acesso dos doentes aos Cuidados Paliativos nas várias regiões do País e tão próximo quanto possível da residência do doente;
- 2. Disponibilizar uma gama completa de Cuidados Paliativos diferenciados, quer em internamento, quer no domicílio;
- 3. Garantir a qualidade da organização e prestação de Cuidados Paliativos, através de programas de monitorização, avaliação e promoção contínua da qualidade;
- 4. Promover a equidade no acesso e na prestação dos Cuidados Paliativos;

5. Criar condições para a formação diferenciada e avançada em Cuidados Paliativos.

III – PRINCÍPIO DE EQUIDADE

O apoio à implementação de novos serviços de Cuidados Paliativos deve ter subjacentes princípios de equidade, seja ao nível dos recursos, do acesso ou da utilização dos serviços nas várias regiões e populações do País. Estes aspectos podem ser particularmente relevantes nas regiões de menores recursos ou de menor acessibilidade.

Assim, a criação e o desenvolvimento dos serviços devem considerar indicadores como densidade populacional, nível etário, mortalidade, necessidades e recursos, local de morte e a acessibilidade a Cuidados Paliativos mais próximos, tendo em conta suas taxas de ocupação e tempo médio de internamento, entre outros parâmetros que garantam o acompanhamento dos cuidados e a sua adequada e oportuna prestação.

IV – TIPOLOGIAS DE SERVIÇOS

Os serviços de Cuidados Paliativos podem prestar cuidados em regime de internamento, de ambulatório ou domiciliário e abranger um leque variado de situações, idades e doenças.

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, define a constituição e funções das equipas de Cuidados Paliativos que a integram. Neste contexto, os Cuidados Paliativos podem ser prestados em instalações com internamento próprio – Unidades de Cuidados Paliativos – ou por Equipas de Suporte de Cuidados Paliativos. As Equipas de Suporte são equipas móveis, sem lugares de internamento dedicados mas que acompanham, de forma estruturada e diferenciada, os doentes que requerem cuidados paliativos, quer internados, quer no domicílio.

Assim, conforme as suas estruturas e áreas de intervenção, as respostas de Cuidados Paliativos em Portugal podem definir-se (salvaguardando a multidisciplinaridade de todas elas) as seguintes modalidades:

- **Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)**, de constituição autónoma sempre que as necessidades ou a densidade populacional o exijam, sendo nos outros casos operacionalizada através da inclusão de profissionais com formação em Cuidados Paliativos nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), localizadas nos ACES;
- **Equipa hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos**, neste caso denominada **Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)**;
- **Unidades de Cuidados Paliativos:**
 - localizadas em hospitais oncológicos, gerais e universitários, que podem ou não integrar a RNCCI;
 - localizadas fora dos hospitais de agudos em unidades que pertencem à RNCCI.

A maioria dos doentes crónicos com situações evolutivas pode e deve ser atendida na comunidade por equipas de Cuidados de Saúde Primários mas requerem mecanismos flexíveis de acesso à intervenção das equipas específicas de Cuidados Paliativos (estima-se 60-70% nos casos de neoplasias, e 30-60% nos que não têm neoplasias).

Neste sentido deve dar-se plena atenção, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, à formação, supervisão e suporte bem como ao papel das ECCI na prestação de Cuidados Paliativos.

De destacar o papel das Equipas Intrahospitalares -EIHSCP- no suporte a doentes em todo o hospital bem como na formação de Cuidados Paliativos a

outras especialidades a nível hospitalar, bem como a unidades e equipas extra-hospitalares.

A criação de novos serviços de Cuidados Paliativos pode desenvolver-se faseadamente, evoluindo progressivamente sob várias tipologias. Neste sentido, muitos projectos iniciam-se por Equipas de Suporte – intrahospitalares e domiciliárias - porque habitualmente envolvem menos recursos técnicos, têm custos relativamente baixos e podem desenvolver a sua actividade de forma mais gradual e controlada. Inclusivamente, nas áreas onde o número de habitantes e a distribuição geográfica o permitam, poderão desenvolver-se *equipas transversais ou mistas intrahospitalares-comunitárias* para assim contribuir, nas etapas iniciais, para atingir uma maior cobertura e alargamento da prestação deste tipo de cuidados.

A experiência internacional demonstra que as Equipas de Suporte podem ter grande impacto na melhoria dos cuidados, sensibilizando transversalmente outros profissionais para a prática dos Cuidados Paliativos e promovendo a evolução para serviços mais estruturados e diferenciados.

V – DOENTES A QUE SE DESTINA

Os Cuidados Paliativos, tal como são definidos no âmbito do presente Programa, destinam-se essencialmente a doentes (e família) que, cumulativamente:

- a) Têm prognóstico de vida limitado;
- b) Têm intenso sofrimento;
- c) Têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Os Cuidados Paliativos não são determinados pelo diagnóstico mas pela situação e necessidades do doente. No entanto, as doenças que mais frequentemente necessitam de cuidados paliativos organizados são as oncológicas, a SIDA, algumas doenças cardiovasculares e algumas doenças

nerológicas e outras insuficiências terminais de órgãos, rapidamente progressivas. As características próprias destas doenças tornam mais frequente a existência de sintomas e de necessidades que, pela sua intensidade, mutabilidade, complexidade e impactos individual e familiar, são de muito difícil resolução, quer nos serviços hospitalares em geral, quer na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, se não houver intervenção especializada.

Os Cuidados Paliativos dirigem-se não só ao doente mas também à sua família e aos mais próximos. Estes devem ser apoiados através de cuidados planeados e estruturados, durante a vida do doente e também na fase de luto. Os cuidadores devem também ser activamente envolvidos nos planos de apoio e de tratamento, integrando-se numa perspectiva de equipa mais alargada.

O papel dos cuidadores activos na fase final da vida de um doente deve ser reconhecido como uma contribuição individual e social essencial, em muito semelhante à que os pais prestam após o nascimento. Neste sentido, devem ser promovidos os mecanismos de apoio legal e social que facilitam o seu esforço e disponibilidade efectiva

Neste sentido, assume grande importância a promoção de redes de colaboração civil, estimulando um voluntariado adequadamente formado e onde se possam prever os contributos que organizações não governamentais e associações peritas no cuidado e apoio de doentes e famílias poderão prestar.

No processo inicial de desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos serão definidos os critérios e características que irão direccionar a admissão de utentes nas diferentes tipologias de unidades e equipas de Cuidados Paliativos, assim como os mecanismos de articulação e registo que deverão permitir a sua adequada referenciação e transferência entre as diferentes tipologias de serviços e níveis de diferenciação definidos, elemento essencial na qualidade do processo de atendimento.

VI – CRITÉRIOS DE PRIORIDADE E INTERVENÇÃO

Devem considerar-se como **multifactoriais e relacionados com a complexidade que os doentes apresentam.**

Entre os critérios de complexidade internacionalmente aceites, os mais pertinentes assumem-se como critérios de referenciação para Equipas/ Unidades de Cuidados Paliativos:

- Idade jovem;
- Antecedentes de doença psiquiátrica ou toxicodependência, pluripatologia ou concomitância de doenças crónicas;
- Evolução rápida ou com crises frequentes;
- Necessidade de utilização frequente de recursos;
- Sintomas (dor ou outros) múltiplos, intensos, específicos (hemorragias, dispneia, alterações comportamentais, etc.) ou refractários ao tratamento convencional;
- Indicação de intervenções complexas de Cuidados Paliativos. Grande impacto emocional com dificuldades de equilíbrio emocional do doente ou família;
- Dificuldades de suporte familiar ou do cuidador principal.

De realçar que são também critérios de complexidade na gestão de um doente de Cuidados Paliativos:

- As dificuldades de comunicação ou informação;
- As dificuldades na gestão de alta ou referenciação;
- Os dilemas ou conflitos éticos.

A nível de critérios de complexidade, importa referir que:

- Em doentes jovens e com prognóstico de vida mais prolongado, a gravidade da sintomatologia exige geralmente grande intensidade de cuidados que, por

serem dificilmente exequíveis em estabelecimentos menos especializados ou no domicílio, necessitam de ser atendidas em unidades de Cuidados Paliativos. Têm em geral demoras médias de internamento inferiores a 15 dias e uma mortalidade inferior a 60%, devido a uma intervenção precoce.

- As unidades localizadas numa rede de Cuidados Continuados tendem a atender doentes estáveis, de complexidade moderada ou leve, em que o factor de internamento pode ser causado por falta de apoio de cuidadores. Têm demoras médias mais prolongadas (> de 20 dias), e uma mortalidade maior.

Pode considerar-se que as unidades têm como principais finalidades para o internamento:

- Controlo de sintomas difíceis de resolver no domicílio ou em regime de ambulatório;
- Problemas de suporte/exaustão familiar e em casos em que não exista cuidador principal.

As consultas externas de Cuidados Paliativos permitem intervenções mais precoces e flexíveis.

As equipas de suporte intrahospitalar e domiciliário intervêm nos doentes com sintomatologia para qual é necessária uma equipa especializada em cuidados paliativos e quando os cuidados necessários podem ser prestados em ambulatório ou no domicílio. Têm o limite da complexidade elevada de doentes e/ou a dificuldade de suporte familiar, respectivamente.

VII – ACESSIBILIDADE DE MEDICAMENTOS

Na prestação de Cuidados Paliativos deve ter-se acesso aos medicamentos considerados fundamentais para a boa prática dos cuidados, incluindo os opióides. Deverá existir formulário de medicamentos mais utilizados em Cuidados Paliativos, de acordo com princípios e recomendações internacionais.

A utilização de medicamentos opióides é essencial para o bom controlo sintomático de muitos doentes. Com efeito, a Organização Mundial de Saúde considera o consumo de opióides per capita um indicador de eficácia dos programas nacionais. Neste sentido, para além do desenvolvimento de serviços de Cuidados Paliativos e de é fundamental promover a formação alargada nesta área.

Em qualquer caso, a prescrição, e controlo da utilização de medicamentos opióides nos Cuidados Paliativos deve sempre regular-se pelas leis, normas profissionais e orientações técnicas em vigor.

VIII – APOIO AOS TÉCNICOS

O trabalho dos técnicos em serviços de Cuidados Paliativos é particularmente exigente para todos os profissionais envolvidos na prestação directa de cuidados. Em qualquer das tipologias de serviços, com o objectivo de prevenir o desgaste (*“burnout”*) deve ser promovido apoio especializado aos vários grupos profissionais, através de reuniões específicas regulares e também através de ajuda psicológica, sempre que necessário.

IX – QUALIDADE E MELHORIA CONTÍNUA

Os valores e princípios que universalmente inspiram e orientam os Cuidados Paliativos são os primeiros e mais importantes critérios de qualidade e devem impregnar toda a organização e prestação deste tipo de cuidados.

As orientações contidas no presente Programa e as já definidas para os serviços de Cuidados Paliativos integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados constituem uma base normativa. No entanto, há ainda que uniformizar critérios mais específicos e implementar sistemas de monitorização da prestação de cuidados e avaliação de resultados, nomeadamente com a

definição de indicadores que permitam uma mais apurada avaliação do desempenho e da actividade desenvolvida pelas equipas e unidades.

Para além das recomendações e critérios nacionais e dos mecanismos de monitorização e avaliação periódicos, é fundamental desenvolver programas de auditoria externa e, é fundamental que cada serviço de Cuidados Paliativos também desenvolva sistemas de auditoria interna que permitam, de forma regular e continuada, avaliar o trabalho desenvolvido e aperfeiçoar a prática diária.

X – FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

A complexidade das situações clínicas, a variedade das patologias, o manejo exigente de um largo espectro terapêutico e a gestão global de situações de sofrimento intenso requerem, naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada. O reconhecimento que o apoio aos doentes sem perspectiva curativa constitui um défice na formação dos profissionais de saúde deve justificar a introdução dos Cuidados Paliativos na formação pré-graduada e na formação pós-graduada dos vários técnicos de saúde

Os profissionais que se dedicam à prática de Cuidados Paliativos necessitam de uma preparação diferenciada nesta área. A formação diferenciada em Cuidados Paliativos exige, para além da diferenciação profissional adequada, formação teórica específica e experiência prática efectiva em Cuidados Paliativos. A formação avançada em Cuidados Paliativos corresponde a uma formação diferenciada mais alargada e aprofundada e a uma experiência prática efectiva e prolongada em Unidades de Cuidados Paliativos.

No sentido de facilitar a formação diferenciada e avançada em Cuidados Paliativos devem ser promovidos programas coordenados de formação, que incluam componentes teóricas e estágios práticos, com integração em equipas e prestação directa de cuidados. Estes programas devem envolver prioritariamente técnicos que já estão integrados em equipas que prestam Cuidados Paliativos ou que estão directamente envolvidos em projectos considerados prioritários nesta área.

As Unidades de Cuidados Paliativos mais diferenciadas têm particular responsabilidade na formação dos profissionais, constituindo-se como centros de referência para estágios clínicos e divulgação de boas práticas. Sobretudo na fase inicial de implementação do Programa, em que a carência de técnicos pode ser um factor limitativo importante na criação de novos serviços.

A integração de voluntários nas equipas de cuidados paliativos é um elemento importante que contribui para a qualidade dos cuidados. Os voluntários, supervisionados pelas equipas técnicas, podem constituir um elo fundamental entre a comunidade e o doente, a família e os próprios profissionais de saúde. Contudo, também são necessários critérios estritos para a sua selecção, e um programa de formação, integração e avaliação adequados.

Nas últimas décadas, a investigação na área dos Cuidados Paliativos tem sido um contributo determinante para o melhor conhecimento de novas estratégias terapêuticas no tratamento sintomático dos doentes e para a definição de novos métodos de organização e avaliação dos cuidados de saúde. A investigação em Cuidados Paliativos deve ser apoiada e considerada como factor de desenvolvimento e qualificação dos serviços.

E – IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

I – NECESSIDADES E PRIORIDADES

Recorrendo à experiência internacional e às recomendações da Organização Mundial de Saúde, pode estimar-se que cerca de 80 % dos doentes com cancro que virão a falecer podem necessitar de Cuidados Paliativos diferenciados. Assim, tendo em conta os números de mortalidade anual em Portugal cerca de 18.000 doentes com cancro podem necessitar, anualmente, de Cuidados Paliativos.

Por outro lado devem também ser tidas em consideração as patologias debilitantes, para além do cancro, que podem requerer apoio intenso no alívio do sofrimento. Por outro lado, com o natural aumento da esperança de vida e envelhecimento da população é previsível que as necessidades de Cuidados Paliativos aumentem ainda mais nos próximos anos.

Actualmente, sendo os doentes com cancro o grupo mais numeroso dos que requerem apoio de Cuidados Paliativos, a capacidade de responder às necessidades específicas destes doentes é internacionalmente considerada um dos elementos de avaliação da eficácia de um Programa Nacional. Neste sentido, os hospitais com valência de Oncologia Médica devem ser considerados prioritários na criação de novos serviços de Cuidados Paliativos, sempre que possível em estreita integração ou articulação com os serviços de Oncologia Médica já existentes, numa perspectiva multidisciplinar de cuidados globais.

Para a implementação de um programa de Cuidados Paliativos é essencial promover o desenvolvimento mais estruturado dos Cuidados Paliativos domiciliários pelo valor que estes acrescentam em termos de proximidade dos cuidados e de resposta à vontade dos doentes que desejam e reúnem as condições para permanecer no seu domicílio.

Por outro lado, embora com menor expressão quantitativa nas necessidades globais, também deve ser considerado prioritário o desenvolvimento de um número restrito de equipas que permitam uma experiência e formação mais diferenciadas no apoio a grupos de doentes com necessidades mais específicas, tais como doenças neurológicas rapidamente progressivas, SIDA e crianças.

II – METAS OPERACIONAIS

Os padrões de recursos específicos de Cuidados Paliativos dependem de vários factores, tais como a capacidade de resposta dos recursos convencionais. Neste sentido, são contemplados neste capítulo diversos cenários demográficos para a criação de recursos a objectivar, segundo as referências indicadas da *European Association for Palliative Care* (EAPC).

1. Padrões para Equipas Intrahospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP):

As referências internacionais assinalam como rácio orientador uma equipa em cada Hospital com mais de 250 camas. Em Portugal está prevista a existência no futuro de uma EIHSCP em todos os hospitais do país, sendo deste modo ultrapassado este padrão

Apesar do rácio previsto de equipas de suporte intrahospitalar, deve ser mantido o número de respostas de outras tipologias, com especial atenção a recursos de internamento.

2. Padrões para Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos:

Os rácios internacionalmente referidos são de 1 equipa para dar cobertura a uma área populacional de 140.000 a 200.000 habitantes. Estas equipas são constituídas por profissionais com formação específica em Cuidados Paliativos. A curto prazo não se prevê estarem reunidas as condições necessárias para o desenvolvimento generalizado em Portugal desta tipologia de recurso. No entanto, pode-se planear desde já a sua criação em áreas onde a densidade populacional o justifique.

As EIHS CP, tal como já foi mencionado no ponto anterior, a curto e médio prazo poderão prestar suporte de consultoria especializada às ECCI.

Deve ser prevista a especialização de algumas das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) localizadas nos Centros de Saúde. No momento actual, Portugal dispõe de 40 ECCI com profissionais com formação específica em CP. Como objectivo a longo-prazo, e sempre que a densidade populacional o justifique, deve ser desenvolvida, por cada ACES, uma ECCI com profissionais com formação específica em CP, o que requer uma aposta forte e precoce na formação profissional

3. Padrões para lugares (camas) em internamento:

Nos anos 90 os padrões europeus situavam-se em 50 lugares por 1 milhão de habitantes. Actualmente os rácios situam-se entre 80-100 camas por 1 milhão de habitantes, *up-grade* que se deve não só ao aumento da incidência dos processos oncológicos mas também à inclusão de doentes não oncológicos como candidatos à prestação de Cuidados Paliativos.

Os diferentes níveis de complexidade, a fase da doença e outros factores concomitantes em cada caso, aconselham a que existam lugares de internamento localizados em diferentes tipos de dispositivos. Em seguida indicam-se os Padrões ou rácios orientadores:

- **Entre 20-30% de lugares em Unidades de Cuidados Paliativos integradas em hospitais de agudos** (hospitais com mais de 250 camas ou hospitais monográficos em oncologia). Estas camas são destinadas ao tratamento de doentes com perfil “agudo e de alta complexidade”. No caso de Portugal estes lugares não serão incluídos no âmbito da RNCCI.
- **40-60% em Unidades específicas de Cuidados Paliativos da RNCCI.** Inclui Unidades de Cuidados Paliativos da RNCCI localizadas quer no SNS, como noutras entidades prestadoras que funcionam dentro do âmbito da RNCCI.
- **20-40% em unidades da RNCCI não específicas de Cuidados Paliativos.**

Assumindo que 30% dos lugares estarão localizados em Hospitais de agudos, 50% em Unidades específicas de Cuidados Paliativos da RNCCI e 20% em Unidades da RNCCI não específicas de Cuidados Paliativos, então os rácios no âmbito das unidades específicas de Cuidados Paliativos da RNCCI situar-se-ão entre 32-40 lugares por milhão de habitantes.

Considera-se que os Hospitais universitários e monográficos de oncologia devem dispor simultaneamente de Equipa Intrahospitalares de Suporte, de Unidades de internamento de Cuidados Paliativos e de Formação e Investigação.

Prevendo que todos os hospitais terão Equipas Intrahospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos, considera-se oportuno identificar para o final do processo de implementação uma cobertura de 80 % dos padrões internacionais (entre 64-80 camas por milhão de habitantes) no total das tipologias de recursos de internamento (localizados em hospitais de agudos e na RNCCI).

4. Padrões para Equipas Domiciliárias não específicas em Cuidados Paliativos:

Os modelos europeus oferecem uma ampla diversidade de modelos organizativos para os cuidados continuados domiciliários não especializados em Cuidados Paliativos. Em geral, as equipas de saúde primária e os centros de saúde incluem na sua carteira de serviços a prestação desta tipologia de cuidados, quer através de programas específicos, quer através de equipas específicas.

Os rácios adaptados a Portugal prevêem 1 equipa de Cuidados Continuados Integrados por Centro de Saúde. Admite-se que cada ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) tenha uma Equipa Comunitária/Domiciliária de Cuidados Paliativos, em interligação com os restantes serviços de apoio domiciliário existentes.

Tal como foi indicado no início, de seguida apresentamos a perspectiva demográfica que deve complementar o cenário de cobertura de necessidades de recursos; os rácios e padrões indicados devem aplicar-se segundo cada área e realidade concreta.

Área/ população		UCP Hospitais Agudos	- UCP na RNCCI	Unidades RNCCI que prestam CP	EIHSCP	ECSCP
Áreas rurais	< 100.000 hab.	Não imprescindíveis camas específicas		Sim	1 mista	
Áreas semi-urbanas	100.000-300.000 hab.	Não imprescindível	Sim	Sim	1 mista	
Áreas metropolitanas	> 300.000 hab	Sim	Sim	Sim	1 por hospital	1 por cada 140.000 habitantes

Para atingir estes objectivos e porque partimos de uma situação com escassez de respostas nesta área, há que fazer um percurso ambicioso, com um período longo de investimento. Tendo em conta as naturais dificuldades de implementação de serviços que correspondem a uma nova matriz na cultura dos cuidados de saúde e à luz das experiências internacionais bem como das recomendações dos peritos da OMS que acompanharam este documento, prevê-se um período mínimo entre 5 a 10 anos para a sua implementação, sendo que os primeiros anos serão dedicados a um forte investimento no âmbito da formação.

Há que ter sempre presente que as metas são sobretudo orientadores do planeamento e do investimento. À medida que os serviços de Cuidados Paliativos se forem desenvolvendo, o conhecimento da realidade permitirá uma visão mais apurada das necessidades e dos recursos, permitindo uma resposta mais equitativa e eficaz às necessidades da população. Daí a importância do acompanhamento regular do Programa e do faseamento de prioridades e metas estabelecidas, procurando auscultar as populações, os profissionais de saúde e os responsáveis regionais pelo desenvolvimento dos projectos, de modo a que possam ser traçados objectivos mais efectivos e realistas.

III – REQUISITOS ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS

O Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, define alguns requisitos estruturais e funcionais das unidades e equipas de Cuidados Paliativos a serem desenvolvidas no âmbito desta Rede.

Neste sentido, convêm sublinhar desde já no Programa alguns princípios básicos:

1. Unidades de Cuidados Paliativos

As estruturas e recursos necessários ao funcionamento das unidades de Cuidados Paliativos dependem naturalmente do seu tipo, do nível de diferenciação e do movimento assistencial. Com o objectivo de melhor rentabilizar os recursos recomenda-se que as unidades tenham 20 lugares de internamento à excepção daquelas que se encontrem em instituições com outras valências de cuidados de saúde, permitindo uma rentabilização de recursos.

Cada unidade de Cuidados Paliativos deverá ter em conta, desde o seu início:

- a) A sua adequação às necessidades;
- b) A sua efectividade e eficiência;
- c) A garantia da equidade e acessibilidade;
- d) As estruturas e os recursos mínimos de funcionamento;
- e) A formação da equipa técnica;
- f) Os critérios de boa prática;
- g) Os resultados a atingir e atingidos;
- h) A satisfação de doentes, familiares e profissionais;
- i) Os mecanismos de avaliação interna;
- j) Os princípios de gestão organizacional e financeira.

As instalações devem cumprir com os requisitos estabelecidos pela legislação em vigor, proporcionando o conforto e bem-estar necessários à permanência dos doentes e seus acompanhantes.

Cada unidade deve ter princípios de gestão organizacional e financeira bem definidos e um gestor operacional nomeado

As unidades de Cuidados Paliativos devem incluir, pelo menos:

- a) Médicos que assegurem a visita diária e assistência durante todos os dias da semana, incluindo as chamadas e visitas urgentes durante a noite;
- b) Enfermeiros em permanência efectiva, durante as 24 horas;
- c) Auxiliares de acção médica em permanência efectiva durante as 24 horas;
- d) Psicólogo clínico que possa assegurar visita diária aos doentes, suporte às famílias e apoio aos profissionais;
- e) Fisioterapeuta e terapeuta ocupacional que possam assegurar apoio diário aos doentes, de acordo com os planos terapêuticos individuais;
- f) Técnico de serviço social;
- g) Apoio espiritual estruturado;
- h) Secretariado próprio;
- i) Coordenação técnica da unidade.

A coordenação técnica da unidade deve ser assegurada por um médico que, para além da diferenciação profissional adequada à instituição onde se integra, reúna formação avançada em Cuidados Paliativos.

Os técnicos que prestam cuidados devem ter formação diferenciada em Cuidados Paliativos e ser envolvidos em programas de formação contínua devidamente reconhecidos. Numa fase mais inicial de implementação dos serviços é admissível que nem todos tenham formação diferenciada mas é recomendável que pelo menos 60% dos profissionais envolvidos tenham formação básica.

As equipas, e especialmente os técnicos que prestam cuidados, devem ser em número adequado às características, dimensão e nível de diferenciação de cada unidade. As unidades de nível mais diferenciado deverão reunir recursos adicionais que permitam o desenvolvimento das actividades de formação diferenciada e de investigação que lhes são próprias.

Para além da actividade centrada nas suas próprias camas as Unidades de Cuidados Paliativos devem procurar desenvolver e integrar outros tipos de apoio, em particular consultadoria e suporte noutras serviços, consultas externas e mesmo apoio domiciliário nos casos em que seja necessário. A articulação com outros serviços clínicos também deve ser promovida, especialmente Unidades de Dor, Serviços de Oncologia médica e Radioterapia, Serviços de Fisiatria / Reabilitação e Serviços de Psiquiatria, Serviços de Nutrição e Dietética existentes nas instituições ou na proximidade.

Ao nível de funcionamento há que estimular os protocolos de actuação e a uniformização de processos, de acordo com os princípios de boas práticas internacionais e com as normas ou recomendações nacionais.

Independentemente dos programas de avaliação propostos a nível nacional ou regional, as unidades de Cuidados Paliativos devem instituir programas próprios de monitorização e avaliação dos seus processos e resultados, no sentido de permitir o diagnóstico atempado das dificuldades e aferir regularmente a qualidade dos cuidados prestados.

2. Equipas Intra-hospitalares de Suporte

As Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos são equipas móveis centradas em instituições hospitalares, sem lugares em internamento próprios, mas com espaço físico adequado à coordenação e estruturação da sua actividade e com um programa funcional estruturado, segundo os princípios e normas deste Programa.

As Equipas Intra-hospitalares apoiam doentes, e seus familiares, que carecem de Cuidados Paliativos diferenciados, nos múltiplos serviços clínicos hospitalares, incluindo o internamento e consultas externas. As suas funções são sobretudo de aconselhamento e consultadoria técnica mas a sua intervenção pode incluir a prestação directa de cuidados quando tal se considera útil e necessário. Em qualquer caso, a sua acção deve ser sempre

coordenada com os outros técnicos, primariamente responsáveis pelos doentes.

As Equipas Intra-hospitalares de Suporte são equipas multidisciplinares que incluem, no mínimo, as seguintes condições:

- 1) Um médico com formação diferenciada em Cuidados Paliativos;
- 2) Um enfermeiro com formação diferenciada em Cuidados Paliativos;
- 3) Apoio Psiquiátrico / psicológico;
- 4) Apoio fisiátrico / fisioterapêutico;
- 5) Apoio espiritual;
- 6) Apoio social;
- 7) Secretariado próprio.

Nos hospitais de maior dimensão pelo menos um dos médicos e um dos enfermeiros da equipa intra-hospitalar deverão ter a sua actividade institucional baseada na equipa, de modo a permitir uma efectiva disponibilidade e o desenvolvimento estruturado dos cuidados. Em hospitais de menores dimensão e área de influência (< 50 000 habitantes) é aceitável que não tenham a sua actividade baseada nesta actividade mas a sua disponibilidade deve ser adequada às necessidades definidas.

Os apoios complementares (psicológico e outros) podem não ter dedicação completa à equipa mas devem ter sempre funções e disponibilidades bem programadas.

Para uma efectiva facilidade de contacto e intervenção as Equipas Intra-hospitalares de Suporte devem incluir no seu plano funcional uma “linha de apoio técnico” devidamente estruturada, se possível com horários alargados, dirigidos aos outros técnicos. E neste sentido devem dispor de meios de comunicação telefónica e electrónica facilmente acessíveis.

As Equipas Intra-hospitalares podem e devem ter um papel central na identificação e referenciação de doentes para outros serviços de Cuidados

Paliativos. Devem também promover a sua articulação efectiva com as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos de forma a promover e facilitar a continuidade de cuidados entre o Hospital, os Centros de Saúde e o domicílio. Quando o apoio domiciliário não é facilmente acessível pelas equipas da comunidade, as Equipas Intra-hospitalares podem e devem procurar alargar a sua actividade, garantindo aos seus doentes a continuidade dos cuidados no domicílio. Em alternativa podem ser criadas equipas de apoio domiciliário com base no hospital, que poderão integrar alguns dos elementos da Equipa Intra-hospitalar, mas tendo autonomia funcional.

As Equipas Intra-hospitalares têm um papel determinante na sensibilização e na formação de outros técnicos para a prática dos Cuidados Paliativos. Contribuem para a identificação mais objectiva das necessidades na sua instituição e são muitas vezes o embrião de serviços de Cuidados Paliativos mais diferenciados ou alargados, tal como unidades de internamento ou de cuidados domiciliários.

Os técnicos que prestam cuidados devem ter formação em Cuidados Paliativos e participar em programas de formação contínua devidamente reconhecidos. Numa fase mais inicial de implementação da equipa é admissível que nem todos tenham formação diferenciada mas é recomendável que pelo menos 60% dos profissionais envolvidos tenham formação básica.

No âmbito deste programa, deve ser estimulado o desenvolvimento de programas de formação em cuidados paliativos

3. Equipas Comunitárias de Suporte

As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos são equipas móveis, centradas em Centros de Saúde ou em outros Serviços de Saúde não hospitalares, sem lugares próprios para internamento, mas com espaço físico adequado à coordenação e estruturação da sua actividade e com um programa funcional estruturado, segundo os princípios e normas deste Programa.

As Equipas Comunitárias de Cuidados Paliativos são equipas multidisciplinares que integram, no mínimo, as seguintes condições:

- 1) Um médico com formação diferenciada em Cuidados Paliativos;
- 2) Um enfermeiro com formação diferenciada em Cuidados Paliativos;
- 3) Apoio psiquiátrico / psicológico;
- 4) Apoio fisiátrico / fisioterapêutico;
- 5) Apoio espiritual;
- 6) Apoio social;
- 7) Secretariado próprio.

Pelo menos um dos médicos e um dos enfermeiros da equipa deverão ter a sua actividade institucional baseada na equipa, de modo a permitir uma efectiva disponibilidade e o desenvolvimento estruturado dos cuidados. Os apoios complementares (psicológico e outros) podem não ter dedicação completa à equipa mas devem ter funções e disponibilidades bem programadas.

As Equipas Comunitárias de Cuidados Paliativos apoiam doentes, e seus familiares, que carecem de Cuidados Paliativos diferenciados fora dos centros hospitalares. São suas áreas principais de actuação o suporte de doentes em ambulatório, doentes que requerem cuidados domiciliários e doentes que se encontram internados em Unidades de Cuidados Continuados.

As funções das Equipas Comunitárias de Cuidados Paliativos incluem a prestação directa de cuidados, apoio à família, consultadoria técnica e formação de outros técnicos. A sua acção deve ser sempre articulada com outros recursos comunitários e hospitalares, garantindo a boa cooperação de forma a promover e facilitar a continuidade e a articulação efectiva dos cuidados. Devem ter um papel central na identificação e referenciação de doentes para outros serviços de Cuidados Paliativos

Para uma efectiva facilidade de contacto e intervenção as Equipas Comunitárias de Cuidados Paliativos devem incluir no seu plano funcional uma “linha de apoio” devidamente estruturada, dirigida a técnicos e aos doentes (e famílias) em cuidados domiciliários. Neste sentido devem dispor de meios de comunicação telefónica e electrónica facilmente acessíveis.

Os técnicos que prestam cuidados devem ter formação em Cuidados Paliativos e participar em programas de formação contínua devidamente reconhecidos. Numa fase mais inicial de implementação da equipa é admissível que nem todos tenham formação diferenciada mas é recomendável que pelo menos 60% dos profissionais envolvidos tenham formação básica.

IV – FINANCIAMENTO

Os encargos decorrentes do funcionamento das Unidades de Cuidados Paliativos, das Equipas Intra-hospitalares de Suporte e das Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos integradas na Rede de Cuidados Continuados Integrados são da responsabilidade final do Ministério da Saúde, nos termos da legislação existente.

Para tal, devem ser considerados nos procedimentos estabelecidos para o financiamento efectivo em cada Administração Regional de Saúde, de forma a se adequarem aos diferentes sistemas de financiamento vigentes para cada nível e rede de cuidados ou tipologia de serviços.

A gestão dos recursos e funcionamento das unidades e equipas será da responsabilidade das entidades do SNS compreendendo as da RNCCI que prestem cuidados paliativos. As características em cada entidade prestadora deverão ser explicitadas através de instrumentos específicos (programa funcional estruturado). Neste sentido, os acordos ou contratos-programa das diferentes entidades deverão garantir as condições e bases mínimas para o funcionamento adequado em cada caso.

V – COORDENAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA

A Coordenação e Implementação do Programa Nacional é da responsabilidade do Ministério da Saúde, através da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Deverão ser elaborados Planos operacionais anuais de Implementação. Os referidos Planos devem ter em conta a evolução dos recursos e das necessidades na área dos Cuidados Paliativos e promover o reconhecimento do Programa Nacional como um Projecto Demonstrativo da Organização Mundial de Saúde. Este objectivo procura desenvolver práticas consistentes

com as boas experiências internacionais e estimular técnicos e responsáveis para a implementação eficaz dos objectivos traçados.

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos e os seus Planos operacionais anuais de Implementação, as Administrações Regionais de Saúde devem promover e garantir o desenvolvimento progressivo de uma gama completa de respostas de Cuidados Paliativos, respondendo às necessidades da população, assegurando a existência de locais de formação diferenciada, respeitando o princípio da continuidade de cuidados e promovendo uma efectiva articulação entre os diferentes tipos e níveis de Cuidados Paliativos existentes em cada espaço geográfico.

A implementação do Programa Nacional de Cuidados Paliativos é acompanhada e avaliada a nível regional pelas Administrações Regionais de Saúde e a nível nacional pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Este processo deve ter por base instrumentos de avaliação que permitam a monitorização do seu desenvolvimento, identificando as áreas mais problemáticas e facilitando a melhor adaptação aos objectivos e boa execução do Programa. Devem poder ser aplicados de forma objectiva e homogénea, e devem incluir a especificidade necessária das diferentes unidades e equipas. Estes instrumentos deverão permitir sempre que necessário a obtenção de uma visão de conjunto e identificar a evolução nas diferentes tipologias.

VI – INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO E DO PROGRAMA

Não existem ainda indicadores universalmente reconhecidos para avaliar a eficácia dos Cuidados Paliativos. Melhor qualidade estrutural (rácios de profissionais, população coberta e áreas de cobertura) não significa necessariamente melhores resultados, dado que factores como a motivação e entusiasmo, ou o trabalho voluntário, podem contribuir de forma significativa para os resultados.

A abordagem holística e empática, central nos Cuidados Paliativos, é difícil de avaliar.

A percentagem de doentes que morrem no seu domicílio, tem sido sugerido como um indicador de qualidade, dado que os doentes preferem permanecer em casa até à morte. Apesar disto, na Europa quase 2/3 dos doentes passam os seus últimos dias no hospital.

O uso de opióides tem sido considerado um marcador de qualidade. A sua disponibilidade deve ser acompanhada de treino adequado de uso, envolvendo os Cuidados de Saúde Primários, assim como a nível hospitalar, no qual as EIHSCP têm um papel importante.

No entanto apesar das limitações, as sociedades científicas dos diferentes países onde existe um amplo desenvolvimento dos recursos de Cuidados Paliativos, durante as últimas duas décadas elaboraram e consensualizaram, a raiz da experiência adquirida, propostas que, cada vez mais, tendem a ser mais homogéneas.

Das diferentes abordagens estudadas conclui-se que deverá desenvolver-se um conjunto de indicadores orientados a dois níveis diferentes de avaliação:

- a) Os relativos à avaliação do global do Programa;
- b) Os relativos a avaliação de qualidade dos serviços/unidades/equipas.

A definição dos indicadores obedecerá a metodologias consensualizadas.

F- BIBLIOGRAFIA

- Bingley A., Clark D. ***A Comparative Review of Palliative Care Development in Six Countries Represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC)***. Journal of Pain and Symptom Management.2008.
- Carlson M. D. A , Schlesinger M., Holford T.R., Morrison R.S., Bradley E.H., ***Regulating Palliative Care:The Case of Hospice.*** . Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 36 No. 2 August 2008.
- Carlson Melissa D.A, Morrison R. Sean. ***Evaluating Palliative Care Programs: Let's Do It Right.*** Journal of Palliative Medicine. Volume 10, Number 1, 2007.
- Casarett D., Pickard A., Bailey F.A., Seel Ritchie C., Davis Furman C., Rosenfeld K., Shreve S., Shea J. ***A Nationwide VA Palliative Care Quality Measure:The Family Assessment of Treatment at the End of Life.*** Journal of Palliative Medicine. Vol. 11, Nº1, 2008
- Cees M. P. M. Hertogh. ***Advance care planning and the relevance of a palliative care approach in dementia.*** *Age and Ageing* 2006; 35: 553–555.
- Currow D.C., Wheeler J.L., Glare P.A., Kaasa S., Abernethy A.P., ***A Framework for Generalizability in Palliative Care.*** .Journal of Pain and Symptom Management.2008.
- EAPC: Radbruch L., Payne S, the Board of Directors of the European Association for Palliative Care (EAPC). ***Standards and norms for hospice and palliative care in Europe (EAPC): The EAPC white paper.*** 2009.
- EAPC ***Task Force on the development of Palliative Care in Europe.*** European Association for Palliative Care (EAPC).August 2006.
- Gómez-Batiste X., Porta-Sales J., Pascual A., Nabal,M. , Espinosa J., Paz S., Minguell, C.,Rodríguez D., Esperalba J., Stjernswärd J, Geli M. ***Catalonia WHO Palliative Care Demonstration Project at 15 Years (2005)***. Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 33 Maio, 2007.

- Health Canada, **Canadian Strategy on Palliative and End-of- live Care - Final Report of the Coordinating Comité.** Health Canada, Federal Department. 2007.
- Herrera E., Rocafort J., De Lima L., Bruera E., García-Peña F., Fernández-Vara G. **Regional Palliative Care Program in Extremadura: An Effective Public Health Care Model in a Sparsely Populated Region.** Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 33 Maio, 2007.
- Hudson P., Quinn K., O'Hanlon B., Aranda S. **Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines.** BMC Palliative Care August 2008
- Gade G., Venohr I., Conner D., Mcgrady K., Beane J., Richardson R.H., Williams M.P., Liberson M., Blue M., Della Penna R.. **Impact of an Inpatient Palliative Care Team: A Randomized Controlled Trial.** Journal of Palliative Medicine. Vol. 11, Nº 2, 2008
- Levy C. , Bemski J., Kutner J. S.. **Are Hospices Establishing Pre-Hospice/Palliative Care Programs?.** Letters to the Editor. Journal of Palliative Medicine. Vol. 11, Nº 3, 2008
- Levy C., Morris M., Kramer A., **Improving End-of-Life Outcomes in Nursing Homes by Targeting Residents at High Risk of Mortality for Palliative Care: Program Description and Evaluation.** Journal of Palliative Medicine. Vol. 11, Nº 2, 2008
- Manyemba J., Batty G.M., Grant R.R., Lowe D., Potter J. M., Pearson M. G., Jackson S. H. D.. **Do we really need palliative care for severe dementia patients?. Research letters.** Published electronically 25 April 2007.
- Meier D.E., Beresford L. **Palliative Care's Challenge: Facilitating Transitions of Care.**
- Journal of Palliative Medicine. Volume 11, Number 3, 2008.

- Miyashita M., Sanjo M., Morita T., Hirai K., Kizawa Y., Shima Y., Shimoyama N., Tsuneto S., Hiraga K., Sato K., Uchitomi Y.. **Barriers to Providing Palliative Care and Priorities for Future Actions to Advance Palliative Care in Japan: A Nationwide Expert Opinion Survey.** Journal of Palliative Medicine. Vol. 10, Nº 2, 2007.
- **Palliative Care Australia's Annual Report** for 2007-2008.
- Stein Kaasa S., Trondheim, Torvik k., Cherny N., Zedek S., Hanks G., Bristol and Franco. European Association for Palliative Care (EAPC). **Patient demographics and centre description in European palliative care units: A cross sectional survey of the European Association for Palliative Care (EAPC).** Palliative Medicine 2007; 21: 15_22
- Walsh E.. **Improving Palliative Care.** Journal of Pain and Symptom Management. 2008.
- Weibull A., Olesen F., Asbjørn Neergaard M. **Caregivers' active role in palliative home care – to encourage or to dissuade? A qualitative descriptive study** BMC Palliative Care, setembro 2008.



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
1º Curso de Mestrado em Enfermagem a
Pessoas em Processo de Doença na Comunidade

CUIDADOS CONTINUADOS

ESTÁGIO E RELATÓRIO

Santarém, 2011





DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

- O envelhecimento demográfico, acentua-se ano após ano, sendo considerado um fenómeno irreversível, na medida em que as gerações deixaram de se substituir, mantendo a tendência observada nas últimas décadas. Prevê-se assim, o contínuo envelhecimento populacional, estimando-se que por volta do ano 2050 a percentagem de idosos chegue aos 32% (INE, 2007).
- No contexto da patologia crónica, e com a sociedade cada vez mais envelhecida, as demências constituem um dos principais problemas de saúde pública deste século. A sua prevalência aumenta, de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade, duplicando, entre os 60 e os 95 anos, em cada cinco anos (PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde, 2006).
- Resultados do Projecto European Collaboration on Dementia (Eurocode) conduzido pela Alzheimer Europe e financiado pela Comissão Europeia, apontam para 153.000 pessoas com demência em Portugal. Todos os anos, 1,4 milhões de cidadãos europeus desenvolvem demência, o que significa que a cada 24 segundos, um novo caso é diagnosticado.





DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

- Os cuidados informais à pessoa com demência, implicam, em grande medida a sua rede informal de apoio, sendo que a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas ou dependentes é atribuída às famílias, na qual se destaca a figura do cuidador principal, também denominado por cuidador informal ou prestador informal de cuidados, sendo as mulheres quem habitualmente assume estas funções (CARVALHAS, LOPES, MACHADO e MONIS, 2005).
- No contexto de estágio (ECCI Odivelas), os dados estatísticos demonstram que as patologias mais frequentes nos doentes admitidos no ano de 2009 foram em primeiro lugar os AVC's, em segundo as Neoplasias, em terceiro as Úlceras Varicosas e em quarto as Demências.





DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

- Na prestação de cuidados ao utente/família do utente com Demência, observam-se determinados comportamentos/relacionamentos e detectam-se necessidades específicas do cuidador principal que poderão estar relacionados com o impacto que esta patologia tem na vida dos mesmos.
- Cuidar de um idoso com demência, implica para os que o rodeiam, e particularmente para o cuidador principal, enorme sobrecarga (MARTIN & RONCON, 2000), conduzindo a níveis mais elevados de stress, quando comparado com a prestação de cuidados a alguém com incapacidade funcional resultante de qualquer outro tipo de doença crónica, que não as demências. (FIGUEIREDO, 2007).





P	Participantes	Quem foi estudado?	Cuidador Informal de cuidados à pessoa idosa com demência (rede de apoio informal)	Palavras-chave: Caregiver Dementia Burden Support
I	Intervenções	O que foi feito?	O apoio à família (enquadrado conceptualmente no Modelo de Enfermagem de Avaliação Familiar de Calgary)	
C	Comparações	Podem existir ou não?	
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Minimizar a sobrecarga (avaliada com recurso à escala de sobrecarga do cuidador de Zarit - Burden Interview Scale.	

“O apoio à família (I) permite minimizar a sobrecarga (O) do Cuidador Informal de Cuidados à pessoa idosa com Demência (P)?”





DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

- Emergiu a dor crónica como foco de atenção do enfermeiro e identificada como problema recorrente que impossibilita o auto-cuidado da pessoa e a satisfação das suas AVD's
- No desenvolvimento dos processos de cuidados, a dor constitui um factor não favorável ao programa reabilitativo das utentes
- Para aprofundar a análise de situações: estudo de duas utentes sob a forma de estudo de caso, cujos critérios de selecção foram:
 - ✓ Acompanhamento desde a admissão
 - ✓ Necessidade de cuidados multidisciplinares (médico, enfermagem, terapeuta da fala, assistente social)
 - ✓ Capacidade de se auto-cuidar presente, com necessidade de ajuda parcial nalgumas AVD's





DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

- A temática justifica-se pelas situações seguintes
 - ✓ Utente autónoma nos cuidados após o alívio da dor
 - ✓ Situação frequente em utentes na unidade e não promotora do programa reabilitativo da pessoa
 - ✓ Necessidades de sistematização da intervenção do Enfermeiro no alívio da dor





DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

Teoria do Défice de Auto-cuidado de Enfermagem

Dorothea Orem define o auto-cuidado como “a prática de actividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas e desempenham dentro de espaços de tempo, em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal”





DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

Postulados

Teoria dos sistemas de Enfermagem (enfermagem é acção humana; os sistemas de enfermagem podem ser produzidos para os indivíduos, para pessoas com cuidar-dependente, famílias ou outras unidades multi-pessoais.)

Teoria do Défice de Auto-cuidado (capacitação do indivíduo e as necessidades de cuidados)

Teoria do Auto-Cuidado (função humana reguladora para desempenhar por si próprios a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. O auto-cuidado tem que ser aprendido, executado deliberadamente e continuamente em conformidade com as necessidades dos indivíduos)





P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa de meia idade	Palavras-chave:
I	Intervenções	O que foi feito?	Adesão ao regime terapêutico	
C	Comparações	Podem existir ou não?		
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Alívio da dor crónica	

“A adesão ao regime terapêutico (I) na pessoa de meia idade (P) contribui para o alívio da dor crónica(O)?”





DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

Transição epidemiológica(OMRAN): complexa mudança dos padrões de saúde e doença e interações entre esses padrões, seus determinantes e consequências com diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças crónicas não transmissíveis → Aumento da morbilidade populacional

Novos desafios...RNCCI procura responder às novas necessidades de saúde e sociais, que visam satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, através da promoção do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar(DECRETO-LEI nº101/6 Junho 2006)

Estratégia governamental para potenciar os recursos económicos, sociais, saúde e humanos





DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

Adequação dos cuidados necessários à pessoa – ≠ tipologias

- ≠ Recursos económicos e humanos
- ≠ Critérios de referenciação

Actualmente verifica-se:

“A maioria dos utentes não se encontra bem referenciado pois as situações dos utentes são camufladas para os despachar do hospital”

“Grande percentagem dos utentes na UMDR não têm potencial de reabilitação, ULDM são casos sociais...sensação de depósito de utentes”

Depoimentos de profissionais de saúde da RNCCI



Desperdício de recursos humanos e económicos numa época de crise mundial...





P	Participantes	Quem foi estudado?	UMDR da RNCCI	Palavras-chave:
I	Intervenções	O que foi feito?	Análise estratégica (SWAT) à aplicação dos critérios de referenciação	
C	Comparações	Podem existir ou não?		
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Elaboração plano estratégico para potenciar a eficácia dos critério de referenciação...possível check-list?	



DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

Desde sempre que a referenciação foi um assunto que me interessou. Enquanto interlocutor (pessoa que referencia) para a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), interessa – me pois deverei ter o cuidados e assegurar todas as indicações para que essa referenciação de clientes seja feita em consonância com as indicações da RNCCI. E como futura ECL, igualmente me interessa na medida em que terei que avaliar as referenciações feitas.

Ao ouvir os colegas referirem que a referenciação de clientes “não é bem feita”, que os clientes chegam á Unidade de Media Duração e Reabilitação de Arronches (UMDRA) sem reunir os critérios emanados pela RNCCI, surge a dúvida: como é que eu posso perceber se isto acontece sem ser pelo “ouvi dizer”? Através dos registos!





DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

Sabia segundo a equipa que os clientes deveriam estar 30 dias internados para que a equipa multidisciplinar reconhecesse o real potencial de reabilitação desse cliente. Mas ao consultar o aplicativo informático (Gestacare) da RNCCI na UMDRA constato que alguns clientes não tinham estado os 30 dias e outra duvida se levanta: “ será que estes clientes não tinham critérios?” Se através dos registos conseguisse provar que sim, então a referenciação não está a ser feita correctamente.





DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

Dos 354 processos que consultei cheguei á conclusão que 53 não tinham permanecido os 30 dias e li esses em profundidade. Defini que teria que dar especial interesse á nota de enfermagem do referenciador, á 1ª nota de enfermagem da UMDRA e á nota de alta. E cheguei á conclusão que desses 53, 32 não referiam o motivo da alta, 2 não tinham qualquer registo além da nota do referenciador, 5 tinham atingido os objectivos, 9 óbitos e em 5 processos o enfermeiro da unidade assumia que a alta era dada por falta de critérios.





DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

Uma vez que no plano de actividades da UMDRA faz referencia e por conhecimento no terreno que existe um gestor de caso e que por opção da equipa multidisciplinar esse gestor nunca é um enfermeiro, eu espero com este trabalho contribuir para a consciencialização da equipa de enfermagem da importância que existe em efectuar registos de enfermagem o mais correctamente possível para que com eles se possa evidenciar factos, ou perceber se o facto de que os enfermeiros não assumiram o papel de gestores de caso lhes trás benefícios ou pelo contrario os afasta do processo de enfermagem.





DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

Ainda não defini PICO, estou a aguardar pelo orientador pois tenho consciência que emergem deste estudo etnográfico que efectuei, dois caminhos e terei que optar por um deles, ou sigo pela revisão sistemática da literatura através das autoras que se enquadram na problemática ou opto pelo plano de intervenção tendo em conta o paradigma da transformação.





**Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
1º Curso de Mestrado em Enfermagem a
Pessoas em Processo de Doença na Comunidade**

ESTÁGIO E RELATÓRIO

Santarém, 2011





P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa em Cuidados Paliativos	Palavras-chave: <i>Palliative Care</i> <i>Massage</i> <i>Pain</i>
I	Intervenções	O que foi feito?	Massagem	
C	Comparações	Podem existir ou não?		
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Controlo da Dor	

“A massagem (I) contribui para o controlo da dor (O) na pessoa em cuidados paliativos (P)?”





P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa em fim de vida	Palavras-chave: Ethical Palliative Care Quality of life
I	Intervenções	O que foi feito?	Respeito	
C	Comparações	Podem existir ou não?		
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Qualidade de cuidados	

“ O Respeito (I) pela pessoa em fim de vida(P) contribui para a qualidade de vida(O)?”



Acompanhamento do prestador informal de cuidados do doente em agonia, no domicílio

Cuidar de um doente em fim de vida é uma tarefa exigente.

É papel do enfermeiro, inserido numa equipa multidisciplinar, estar atento às necessidades emocionais, psicológicas e espirituais do cuidador informal.



Com a aproximação da morte as necessidades acentuam-se, e ao serem satisfeitas, o cuidador informal sente-se mais seguro nos cuidados a prestar, e com maior capacidade para dar suporte ao doente.



Assim, é necessário que o enfermeiro desenvolva competências de comunicação e aconselhamento, demonstrando disponibilidade, empatia e escuta activa.

A elaboração de registos e a realização regular de reuniões para traçar um plano de cuidados, de forma a se antecipar as situações, trazem uma mais valia para a unidade de cuidados. (Eyre, S., 2010).





Watson acredita que um poderoso suporte de artes liberais é essencial ao processo de tratamento holístico dos doentes.

O cuidar e o amor compreendem a energia psíquica primitiva e universal.

o Caminho de reintegração das artes de cuidar-curar como uma capacidade artística pessoal de ser na prática.



Uma das premissas básicas que Watson deu a conhecer em Nursing Human Science and human care – A Therapy of Nursing tem que ver com:

- o corpo de uma pessoa está confinado ao tempo e ao espaço, mas a mente e alma não estão confinados ao universo físico.

Os conceitos teóricos de Watson tais como as necessidades identificadas do doente no processo de cuidar juntamente com a espiritualidade de cada ser humano podem ajudar os doentes a encontrar harmonia.



P	Participantes	Quem foi estudado?	Doentes em fim de vida	Palavras-chave:
I	Intervenções	O que foi feito?	Reiki	
C	Comparações	Podem existir ou não?		
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Promoção da qualidade de vida	



**DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:**

Uma utente de 50 anos de idade com neoplasia da mama há cerca de 3 anos e metastização cerebral e óssea, com hemiplegia à direita, internada na unidade de cuidados paliativos refere num dos momentos de prestação de cuidados aos enfermeiros presentes que o objectivo dela no momento era quando saísse da unidade ir tirar um curso de mergulho e fazer as provas para subir de escalão nos bombeiros, ao que a colega responde: Isso não vai conseguir, tem que pensar numa coisa mais a curto prazo...



**DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:**

Já na década de cinquenta uma grande teórica da enfermagem, PEPLAU H. (1990) desenvolveu a Teoria das Relações Interpessoais, uma teoria de médio alcance centrada na relação entre enfermeiro e o doente. Desde essa altura que a enfermagem passou a integrar o utente no processo de enfermagem. TOMEY, A. e ALLIGOOD, M. (2004), citando PEPLAU (1990), descrevem a enfermagem como um processo interpessoal, significativo e terapêutico.



**DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:**

Esta defende dois pressupostos base na sua teoria, que dizem respeito a: a postura adoptada pela enfermeira interfere directamente no que o utente vai aprender durante o processo de cuidados ao longo da sua experiência com o mesmo e alimentar o desenvolvimento da personalidade no sentido da maturidade é uma função da enfermagem que utiliza princípios e métodos que orientam o processo no sentido da resolução dos problemas ou dificuldades interpessoais.



**DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:**

Para PONTES A.C.; LEITÃO I.M.T.A.; RAMOS I.C. (2008), a comunicação estabelecida entre enfermeiro e doente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do doente contribuindo para melhorar a prática de enfermagem ao criar oportunidades de aprendizagem e ao despertar nos utentes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros.

**DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:**

NEEB (2000), considera a comunicação terapêutica como um tipo de comunicação, além da verbal e escrita, da não verbal, da assertiva e agressiva e da comunicação social. Por comunicação terapêutica entende que é uma linguagem própria e que requer a utilização de novos métodos de comunicação e novos modos de escuta. Chega mesmo a referir que se trata de uma comunicação intencional. PEPLAU (1990) defendia que o enfermeiro era tido como um instrumento pois é este que garante relações interpessoais positivas e eficazes com os utentes.



DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

O conceito de comunicação terapêutica adaptado da teoria de Ruesch, consiste na habilidade do profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar o doente a conviver com outras pessoas e ajustar-se à situação de crise que está a viver, superando os bloqueios à auto-realização, para enfrentar os seus problemas. (PONTES A.C.; LEITÃO I.M.T.A.; RAMOS I.C., 2008)





DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

Assim, vê-se a comunicação como um processo que pode ser utilizado como instrumento de ajuda terapêutica. Para isso, o enfermeiro deve possuir conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir competências de relacionamento interpessoal para agir positivamente aquando da prestação dos cuidados ao doente (PONTES A.C.; LEITÃO I.M.T.A.; RAMOS I.C., 2008).



P	Participantes	Quem foi estudado?	Doente paliativo	Palavras-chave: • Comunicação; • Terapêutica; • Cuidados paliativos; • Bem-estar; • Doente
I	Intervenções	O que foi feito?	A comunicação terapêutica	
C	Comparações	Podem existir ou não?		
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Promoção do bem-estar	

A comunicação terapêutica (I) promove o bem-estar (O) do doente paliativo (P)?





- O doente paliativo é cada vez menos hospitalizado. A família assume um papel relevante no processo de cuidados e integra a equipa de saúde.
- É importante compreender a inserção do doente na família, qual o tipo de relação que mantém com os seus pares e em especial com os seus cuidadores. Entender como a família se encontra organizada e quais as redes de suporte.



- As necessidades identificadas pelos familiares prendem-se com:
 - Obter informação sobre os cuidados e estado do doente;
 - Manter a vida familiar o mais saudável possível;
 - Sentir que pode ajudar o doente;
 - Ser escutado;
 - Expressar os seus sentimentos;





- Estar informado sobre formas de lidar com a iminência da morte do seu familiar;
- Prevenir/Resolução de conflitos;
- Compreender o que está a ser feito e porquê;
- Ter garantias de controle do sofrimento e dor;





- Estar seguro de que a decisão quanto à limitação do tratamento curativo foi apropriado;
- Desenvolver habilidades;
- Divisão de tarefas/responsabilidades entre os familiares;
- Estabelecer prioridades;
- Saber o que pode esperar no futuro.





- Para que os enfermeiros possam dar resposta às necessidades da família, este tem de considerar que o doente e a família dispõe de recursos próprios que têm de ser valorizados e potenciados.
- As acções de enfermagem têm como objectivo ajudar a família a descobrir as suas próprias soluções para os problemas, proporcionando suporte às necessidades apresentadas pela família.
- No entanto, existem alguns problemas experienciados pela família que esta não ultrapassa com os seus próprios recursos e, por isso, carecem de intervenção profissional.





- Esses problemas resultam da falta de informação e de comunicação, e a intervenção nestas situações só será bem sucedida se existirem garantias de que o clima de comunicação é respeitado.
- Estratégia de intervenção: Conferência Familiar.
- Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de oferecer reuniões familiares para transmitirem informações, discutirem o diagnóstico, tratamento, prognóstico...
- Periodicamente devem ser realizadas conferências familiares para promover uma comunicação aberta entre a pessoa, a família, os profissionais de saúde.



- Segundo o estudo realizado por Ana Fonseca et al (2008)
“Os familiares consideram o enfermeiro o elemento *pivot* na gestão da comunicação que se estabelece entre o doente, a família e os outros profissionais de saúde.”



P	Participantes	Quem foi estudado?	Família	Palavras-chave:
I	Intervenções	O que foi feito?	Transmissão de informação	
C	Comparações	Podem existir ou não?		
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Adesão na prestação de cuidados ao doente paliativo no domicílio	

“ A transmissão de informação pelo Enfermeiro na Conferência Familiar, (I), contribui para a adesão da família (P) na prestação de cuidados ao doente paliativo no domicílio(O)?”





A Espiritualidade

Intervenção de enfermagem na família muçulmana
com pessoa em fim de vida





A abordagem da temática tem dois momentos:

- 1º Em contexto de estágio, a elaboração de um protocolo de actuação que irá integrar o Guia de Boas Práticas da ECCI.
- 2º Em contexto teórico onde se irá explorar a Espiritualidade como elemento que integra a intervenção de enfermagem e se manifesta nas pessoas cuidadas..





A Espiritualidade, segundo Simões (2009):

Relacionada com o desconhecido, abstracto e transcendente.

O seu estudo é impulsionado pela “visão holística” da pessoa.

É uma área por excelência da intervenção em enfermagem pois a natureza íntima da relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente, permite ao enfermeiro actuar como condutor de informação privada, sensível e complexa do doente e para o doente. Como resultado dessa aliança forma-se um laço de confiança, onde os aspectos relacionados com a vida e a morte podem ser explorados de forma única.





Segundo Simões (2009):

Ao lidar com a morte e o morrer, os enfermeiros frequentemente encontram doentes e famílias que se debatem com a problemática existencial acerca do significado e propósito da vida. reconhecer esta luta interior é um elemento chave da Enfermagem em Cuidados Paliativos.

Byrne (2002) defende que todas as necessidades que levam ao cuidado têm uma forte componente espiritual, independentemente de serem básicas ou complexas, sendo a forma como o cuidado é oferecido é tão importante como quem o dá.

O cuidado espiritual depende da qualidade do cuidado, da profundidade, da humanidade e liberdade da relação de ajuda de enfermagem.



Proposta de questão:

Que influencia tem a espiritualidade na intervenção de enfermagem à família muçulmana com pessoa em fim de vida?





P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa em fim de vida no domicílio	Palavras-chave: - Nurs* - Caregiver - Palliative care - Home
I	Intervenções	O que foi feito?	Educação do cuidador informal	
C	Comparações	Podem existir ou não?		
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Capacitação do cuidador informal da pessoa em fim de vida no domicílio	

“Intervenção do Enfermeiro na educação do cuidador da pessoa em fim de vida no domicílio (P)?”





CUIDADOS CONTINUADOS

**CUIDADOS
PALIATIVOS**



CUIDADOS PALIATIVOS

Fim





Prática de Enfermagem Baseada na Evidência



Prática Baseada na Evidência – O que é?



O uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência actual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do doente (Atallah & Castro 1998).

Compreende um processo integrador da competência clínica individual com os achados clínicos gerados pelas pesquisas sistemáticas existentes e nos princípios da epidemiologia clínica (French 1999).

Prática Baseada na Evidência – O que é?



A **PBE** sustenta-se num tripé que considera:

- a **síntese da melhor evidência externa ou de pesquisa,**
- a **experiência do profissional e**
- os **valores e preferências do paciente,** isto é, centrada no paciente e na família.

Prática Baseada na Evidência - Competências necessárias -



1. Analisar criticamente o contexto da prática;
2. Converter situações-problema em foco de investigação;
3. Conhecer metodologia de investigação: desenho do estudo, análises de confiabilidade, efectividade, custo-benefício;
4. Associar os achados científicos ao seu contexto de prática;
5. Implementar mudanças e de avaliá-las continuamente.

Prática Baseada na Evidência

- 5 Etapas de desenvolvimento -



- 1 - Converter em pergunta a necessidade de cuidado observada no doente, num grupo de doentes ou mesmo na organização do serviço;
- 2 - Rever sistematicamente a melhor evidência relacionada com a pergunta;
- 3 - Avaliar as evidências encontradas em termos de validade e confiabilidade metodológica, além da sua aplicabilidade clínica;
- 4 - Aplicar na prática clínica os achados escolhidos mediante a análise crítica da literatura investigada;
- 5 - Avaliar os resultados;

Converter em pergunta a necessidade de cuidado observada no doente, num grupo de doentes ou mesmo na organização do serviço;



1. Analisar criticamente o contexto da prática;
2. Converter situações-problema em foco de investigação;

Como qualquer outra investigação científica, uma boa revisão sistemática requer uma **PERGUNTA OU QUESTÃO**. Ela deve:

Ser clara, sem ambiguidade, bem estruturada

Formulada de acordo com: **PICO**

(P)opulação de interesse

(I)ntervenções

(C)omparações (se apropriado)

(O)utcomes

Converter em pergunta a necessidade de cuidado observada no doente, num grupo de doentes ou mesmo na organização do serviço;



P	Participantes	Quem foi estudado?	Doente Paliativo
I	Intervenções	O que foi feito?	A comunicação terapêutica
C	Comparações	Podem existir ou não?	
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Promoção do bem-estar

Rever sistematicamente a melhor evidência relacionada com a pergunta;



Antes de se iniciar uma revisão sistemática, três etapas precisam ser consideradas:

- Definir o objectivo da revisão;
- Identificar a literatura;
- Seleccionar os estudos possíveis de serem incluídos.

Rever sistematicamente a melhor evidência relacionada com a pergunta;



É importante que os pesquisadores elaborem um protocolo de pesquisa que inclua os seguintes itens:

- **como os estudos serão encontrados,**
- **critérios de inclusão e exclusão dos artigos,**
- **definição dos desfechos de interesse,**
- **verificação da pertinência dos resultados,**
- **determinação da qualidade dos estudos e análise da estatística utilizada.**

Rever sistematicamente a melhor evidência relacionada com a pergunta;



O que torna uma revisão “sistemática”?

- Baseada em questões formuladas claramente;
- Identifica estudos relevantes;
- Avalia a qualidade dos estudos;
- Resume a evidência através do uso de uma metodologia explicita;
- Comentários baseados na evidência recolhida.

Rever sistematicamente a melhor evidência relacionada com a pergunta;



A busca da evidência tem início com:

- Definição de termos ou palavras-chave,
- Estratégias de busca,
- Definição das bases de dados e de outras fontes de informação a serem pesquisadas.

Rever sistematicamente a melhor evidência relacionada com a pergunta;



Os **critérios de inclusão e exclusão** são definidos com base na pergunta que norteia a revisão:

- Tempo de busca apropriado,
- População-alvo,
- Intervenções,
- Mensuração dos desfechos de interesse,
- Critério metodológico,
- Idioma,
- Tipo de estudo, entre outros.

As discordâncias que por ventura ocorram devem ser resolvidas por consenso.

Avaliar as evidências encontradas em termos de validade e confiabilidade metodológica, além da sua aplicabilidade clínica;



Guyatt, Rennie (eds) (2002). Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-based clinical practice. Os autores propõem vários níveis de evidência: Estes são, **nível I**: revisão sistemática ou meta-análise de randomização relevante ou evidência baseada na prática clínica, **nível II**: estudos experimentais simples, **nível III**: estudos quase experimentais, **nível IV**: estudos caso-controle ou de coortes; **nível V**: revisão sistemática de estudos descritivos ou qualitativos; **nível VI**: um estudo descritivo ou qualitativo; **nível VII**: opinião de autoridades respeitadas/ Consensos.



Exemplo Prático



1º Análise do contexto da prática

Aspectos ligados à Comunicação Terapêutica e ao relacionamento com o doente.



2º Conceptualização Teórica

Já na década de cinquenta uma grande teórica da enfermagem, PEPLAU H. (1990) desenvolveu a Teoria das Relações Interpessoais, uma teoria de médio alcance centrada na relação entre enfermeiro e o doente. Desde essa altura que a enfermagem passou a integrar o utente no processo de enfermagem. TOMEY, A. e ALLIGOOD, M. (2004), citando PEPLAU (1990), descrevem a enfermagem como um processo interpessoal, significativo e terapêutico.



2º Conceptualização Teórica

Esta defende dois pressupostos base na sua teoria, que dizem respeito a: a postura adoptada pela enfermeira interfere directamente no que o utente vai aprender durante o processo de cuidados ao longo da sua experiência com o mesmo e alimentar o desenvolvimento da personalidade no sentido da maturidade é uma função da enfermagem que utiliza princípios e métodos que orientam o processo no sentido da resolução dos problemas ou dificuldades interpessoais.



2º Conceptualização Teórica

Para PONTES A.C.; LEITÃO I.M.T.A.; RAMOS I.C. (2008), a comunicação estabelecida entre enfermeiro e doente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do doente contribuindo para melhorar a prática de enfermagem ao criar oportunidades de aprendizagem e ao despertar nos utentes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros.



2º Conceptualização Teórica

NEEB (2000), considera a comunicação terapêutica como um tipo de comunicação, além da verbal e escrita, da não verbal, da assertiva e agressiva e da comunicação social. Por comunicação terapêutica entende que é uma linguagem própria e que requer a utilização de novos métodos de comunicação e novos modos de escuta. Chega mesmo a referir que se trata de uma comunicação intencional. PEPLAU (1990) defendia que o enfermeiro era tido como um instrumento pois é este que garante relações interpessoais positivas e eficazes com os utentes.



2º Conceptualização Teórica

O conceito de comunicação terapêutica adaptado da teoria de Ruesch, consiste na habilidade do profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar o doente a conviver com outras pessoas e ajustar-se à situação de crise que está a viver, superando os bloqueios à auto-realização, para enfrentar os seus problemas. (PONTES A.C.; LEITÃO I.M.T.A.; RAMOS I.C., 2008)



2º Conceptualização Teórica

Assim, vê-se a comunicação como um processo que pode ser utilizado como instrumento de ajuda terapêutica. Para isso, o enfermeiro deve possuir conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir competências de relacionamento interpessoal para agir positivamente aquando da prestação dos cuidados ao doente (PONTES A.C.; LEITÃO I.M.T.A.; RAMOS I.C., 2008).



3º Formulação da Pergunta e determinação das palavras-chave

P	Participantes	Quem foi estudado?	Doente paliativo	Palavras-chave: • Comunicação; • Terapêutica; • Cuidados paliativos; • Bem-estar; • Doente
I	Intervenções	O que foi feito?	A comunicação terapêutica	
C	Comparações	Podem existir ou não?		
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Promoção do bem-estar	

A comunicação terapêutica (I) promove o bem-estar (O) do doente paliativo (P)?



4º Estratégia de Busca

Através da plataforma de busca EBSCO mais especificamente nas bases de dados CINAHL PLUS with full text e MEDLINE with full text através do site da Ordem dos Enfermeiros a 16 de Fevereiro de 2011.



5º Definição de Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão tenho:

- Privilegiam-se artigos relacionados com a comunicação terapêutica desenvolvida por enfermeiros para com os doentes em cuidados paliativos;
- Estudos de abordagem quantitativa e/ou qualitativa e revisões sistemáticas da literatura;
- Artigos em Full text em formato PDF;
- Artigos cujo a área de intervenção não se direcione à pediátrica e à classe animal.



5º Definição de Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de exclusão tenho:

- Todos os artigos repetidos nas duas bases de dados;
- Todos os artigos sem full text;
- Todos os artigos anteriores ao ano 2005;
- Artigos que no título se direccionam para determinada patologia;
- Artigos que incluam estudantes de enfermagem;
- Que não tenham no mínimo três descritores.



6º Realização da Pesquisa - Filme -



7º Processo de Pesquisa e Selecção dos artigos

Termos	Nº de artigos encontrados nas bases de dados
1 – Comunicação/ Communication	248700
2 – Terapêutica/ Therapeutic	2134106
3 – Doente/ Patients	3571939
4 – Cuidados Paliativos/ Palliative Care	53947
5 – Bem-estar/ Well being	44501

7º Processo de Pesquisa e Selecção dos artigos



Descritores	Nº Artigos encontrados		Nº Artigos após aplicação do filtro	Nº Artigos seleccionados
1 + 2	3278		Não aplicável	Não aplicável
1 + 3	27568		Não aplicável	Não aplicável
1 + 4	1216		Não aplicável	Não aplicável
1 + 5	1074		Não aplicável	Não aplicável
2 + 3	177378		Não aplicável	Não aplicável
2 + 4	458		Não aplicável	Não aplicável
2 + 5	1407		Não aplicável	Não aplicável
3 + 4	7994		Não aplicável	Não aplicável
3 + 5	12308		Não aplicável	Não aplicável
4 + 5	266		Não aplicável	Não aplicável
1 + 2 + 3	1395	FILTRO: ✓ Cronológico: 2005/2011 ✓ Full Text ✓ Critérios de inclusão e exclusão	135	5
1 + 2 + 4	35		8	3
1 + 2 + 5	41		6	2
1 + 3 + 4	837		143	6
1 + 3 + 5	378		69	5
1 + 4 + 5	18		5	2
2 + 3 + 4	325		43	2
2 + 3 + 5	719		76	2
2 + 4 + 5	19		3	1
3 + 4 + 5	177		36	2
1 + 2 + 3 + 4	26		5	2
1 + 2 + 3 + 5	27		4	1
1 + 2 + 4 + 5	4		1	1
1 + 3 + 4 + 5	15		3	1
2 + 3 + 4 + 5	14		2	0
1 + 2 + 3 + 4 + 5	3		0	0



7º Processo de Pesquisa e Selecção dos artigos

Após este percurso metodológico e efectuada a pré-selecção final dos artigos (11) procedi à leitura integral do conteúdo dos referidos documentos e apurei os 4 artigos finais cujas características se demonstram a seguir.

É de referir que da pesquisa realizada não obtive quaisquer artigos duvidosos.



8º Características dos estudos incluídos

<i>Estudo</i>	Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care JOHNSTON B. e SMITH L.N. (2006)	
<i>Participantes</i>	22 Enfermeiros e 22 doentes em fase terminal.	
<i>Intervenções</i>	Realização de um estudo Fenomenológico com base em entrevistas aos participantes.	
<i>Resultados</i>	De acordo com JOHNSTON B. e SMITH L.N. (2006) as características importantes para enfermeiros especialistas de cuidados paliativos são: habilidades de relacionamento interpessoal; disposição para ouvir; alguém com quem o utente se sente capaz de falar; demonstrar interesse em saber como as pessoas doentes se encontram; reconhecer que alguns utentes podem precisar de se sentir no controle mesmo quando parece que o seu estado de saúde não o permita.	
<i>Nº de Artigo - IV</i>	<i>Nível de Evidência¹ - VI</i>	<i>Tipo de Estudo – Fenomenológico</i>



8º Características dos estudos incluídos

<i>Estudo</i>	THE USE OF EFFECTIVE THERAPEUTIC COMMUNICATION SKILLS IN NURSING PRACTICE JASMINE, TAN (2009)	
<i>Participantes</i>	Uma enfermeira e um utente	
<i>Intervenções</i>	Observação do estabelecimento de uma relação com base na comunicação terapêutica entre uma enfermeira e um doente.	
<i>Resultados</i>	A comunicação é o elemento chave para qualquer profissão, levando a que haja saudáveis relacionamentos. A falta desta é a principal causa de mal-entendidos bem como do surgir de conflitos no estabelecimento de um relacionamento. Estabelecer uma comunicação terapêutica eficaz é dar aos doentes uma sensação de esperança, um sentimento de amanhã, e a garantia de que eles não estão sozinhos.	
<i>Nº de Artigo - V</i>	<i>Nível de Evidência¹ - VI</i>	<i>Tipo de Estudo – Estudo Qualitativo</i>

8º Características dos estudos incluídos



<i>Estudo</i>	Communication skills and district nurses: examples in palliative care Lawton, S. e Carroll, D. (2005)	
<i>Participantes</i>	Enfermeiros doentes	
<i>Intervenções</i>	Aplicação de questões aos doentes para perceber a forma como eles interpretam as questões que lhe são colocadas e a forma como eles encaram o encontro de enfermagem	
<i>Resultados</i>	Para Lawton, S. e Carroll, D. (2005) as habilidades de comunicação são uma componente fundamental do cuidado de enfermagem, para que este seja entendido como bem sucedido. Os mesmos autores defendem que o primeiro encontro que uma enfermeira tem com um doente paliativo é o responsável por definir os posteriores encontros e visitas e o seu sucesso em termos de cuidados de enfermagem. Ao se estabelecer comunicação em cuidados paliativos o enfermeiro deve deixar bem claro perante o utente e familiares de que a honestidade é um ponto fulcral desse mesmo contacto e que toda a comunicação estabelecida será no sentido do estilo facilitador, pois será o utente sempre a dirigir o interesse dessa mesma comunicação.	
<i>Nº de Artigo - VI</i>	<i>Nível de Evidência¹ - VI</i>	<i>Tipo de Estudo – Estudo Descritivo</i>

8º Características dos estudos incluídos



<i>Estudo</i>	Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar Negreiros, P., Fernandes, M., Macedo-Costa, K., e da Silva, G. (2010)	
<i>Participantes</i>	5 Enfermeiros do Hospital do estado do Ceará.	
<i>Intervenções</i>	Observação sistemática de 21 interações estabelecidas entre os 5 enfermeiros e os utentes do hospital.	
<i>Resultados</i>	Segundo Negreiros, P., Fernandes, M., Macedo-Costa, K., e da Silva, G. (2010) a comunicação deve ser utilizada pelos profissionais de enfermagem para humanizar os cuidados face aos utentes, esclarecendo as dúvidas quanto ao tratamento, exames complementares de diagnóstico ou outros procedimentos com o intuito de minimizar a ansiedade causada pela doença e internamento. A comunicação terapêutica surge como agente impulsionador relativamente à humanização dos cuidados de enfermagem. Assenta na capacidade do profissional usar o seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa a conviver com os outros, ajustar-se ao que não pode ser mudado e ultrapassar os obstáculos à auto-realização.	
<i>Nº de Artigo - XI</i>	<i>Nível de Evidência¹ - VI</i>	<i>Tipo de Estudo – Estudo Descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa</i>



9º Análise crítica dos artigos e relaciona-los com a prática



10º Aplicar na Prática

11º Avaliar os resultados

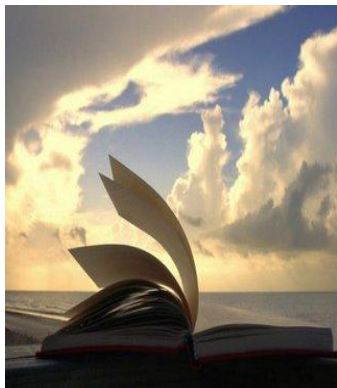
Referencias Bibliográficas



- Atallah, A.N.; Castro, A.A. -Evidências para melhores decisões clínicas. São Paulo, Centro Cochranedo Brasil; 1998.
- Craig, J.V.; Smyth, R.L. (Edits) –Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros. Loures. Lusociência. 2004
- French P. -The development of evidence-based nursing. J Adv Nurs1999; 29(1):72-8
- TheAGREECollaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org
- <http://i.nursegroups.com/nursing-article/evidence-based-nursing.html>
- <http://www.acestar.uthscsa.edu/>
- <http://www.library.vcu.edu/tml/bibs/ebnursing.html>
- <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/>
- University of Illinois at Chicago. (2003). *Evidence based medicine. Finding the best clinical literature. Accessed March 30, 2004 from*
<http://www.uic.edu/depts/lib/lhsp/resources/pico.shtml>



*Obrigado pela
atenção
disponibilizada!*



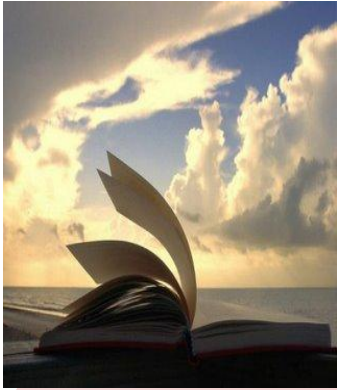
Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
I Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa
em Processo de Doença na Comunidade
Estágio – Cuidados Paliativos



Estágio em Cuidados Paliativos



Mestrandos:
Lúcia Faria
Miguel Neves



Objectivo :

- ✓ Partilhar experiências/aprendizagens adquiridas no decorrer do estágio nas diferentes instituições em que desenvolvemos estágio.
- ✓ Partilhar conhecimentos sobre metodologia para realização do relatório.



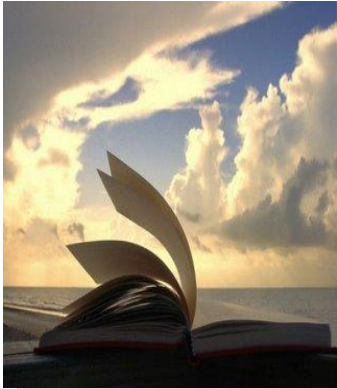
...Partilha de experiências...

◆ Estágio em Unidade de Cuidados Paliativos:

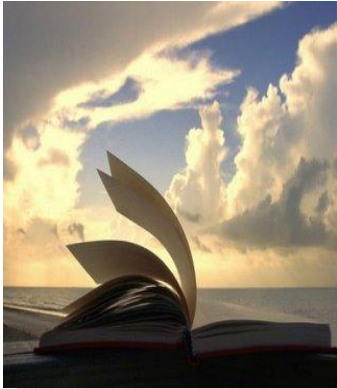
Unidade 3

Unidade 2

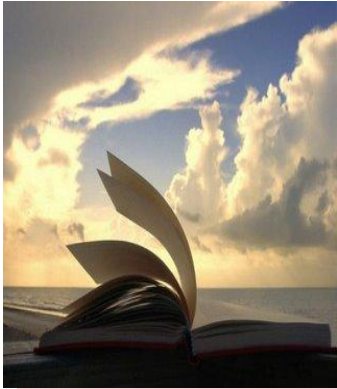
Unidade 1



✓ No sentido de conhecer melhor a pessoa e seu ambiente são preenchidas, no momento da admissão, vários documentos/escalas já devidamente testadas e validadas, que nos fornecem informação valiosa e determinante para cuidar e dar continuidade aos cuidados à pessoa em situação de fim de vida.



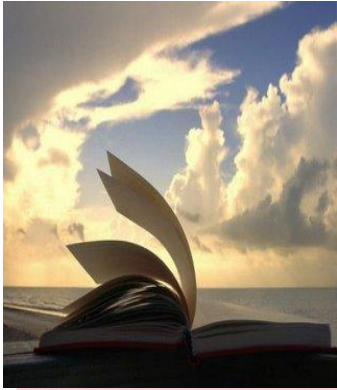
- ✓ Escala de Karnofsky
- ✓ Escala de Edmonton – ESAS
- ✓ Escala de Barthel (Actividades de vida diárias)
- ✓ Índice de Lawton
- ✓ Índice de Katz (Avaliação do grau de autonomia)
- ✓ Mini-Mental State Examination (MMSE)
- ✓ Genograma
- ✓ Escala de Braden
- ✓ PPS



✓ **Escala de Edmonton – ESAS**

-Escala de auto-preenchimento que permite a avaliação de um grande número de sintomas.

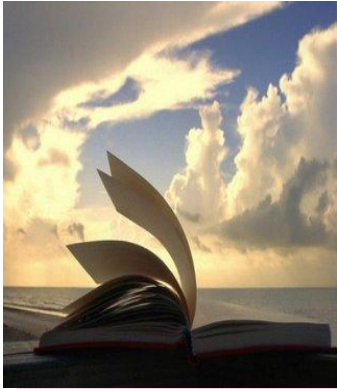
- Permite um rastreio sintomático e deve ser usada sempre que possível



...Partilha de experiências...

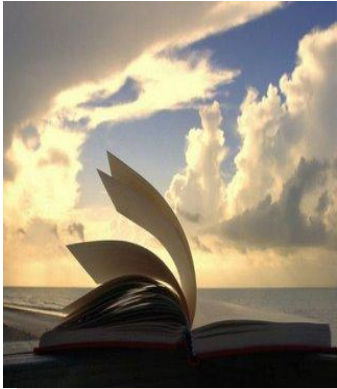
✓ Reunião da Equipa Multi e Interdisciplinar
semanalmente

- Contributo importante para a coesão/união da equipa e para
avaliação da situação do utente internado



✓ Conferências Familiares

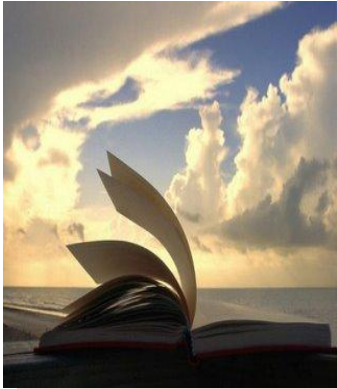
- Contributo importante para o ajuste de tratamento e da família à realidade;
- Sempre que se justifique ou que os familiares a convoquem;
- Médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, outros técnicos, familiar e doente;
- Preenchida sempre folha de conferência familiar que se anexa ao processo do doente;



✓ **Registos da Equipa multiprofissional**

-“Diversas áreas a trabalhar, em uníssono, pela qualidade da vida, até ao fim, é algo que se deve elogiar, num mundo onde até as ciências parecem estar de costas voltadas”

Marie de Hennezel “Nós não nos despedimos”



Relativamente a este campo de estágio...

Aspectos positivos

Aspectos negativos

- ✓ Acolhimento
- ✓ Disponibilidade demonstrada
- ✓ Equipa de Enfermagem

✓ Equipa multi e interdisciplinar????

