



Relatório de Prática Clínica

***O Team Building* aplicado aos Cuidados Paliativos**

Patrícia Isabel Martins Rodrigues

Orientadora:

Doutora Ângela Sofia Lopes Simões

Relatório de Prática Clínica apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos realizado sob a orientação científica da Doutora Ângela Sofia Lopes Simões, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Agosto de 2018

Composição do júri

Presidente do Júri: Professor Carlos Alberto Figueira de Chaves

Arguente: Mestre Sandra Cristina da Silva Neves

Orientadora: Doutora Ângela Sofia Lopes Simões

Agradecimentos

Dedico este trabalho a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que esta meta fosse atingida e concretizada. Tudo culmina aqui neste relatório. Sendo-me humanamente impossível nomeá-los a todos, existem, ainda assim, alguns a quem não posso deixar de manifestar a minha gratidão sincera.

Primeiramente, à minha orientadora, Doutora Ângela Simões, agradeço-lhe toda a partilha de conhecimentos valiosos e contribuições relevantes para a concretização deste trabalho. Destaco a sua capacidade de cativação e incentivo em todos os momentos. O seu acompanhamento incansável e incremento na minha vontade de saber mais e fazer mais e melhor foram notáveis. Espero que veja em mim o bocadinho brilhante que deixou desi.

À fantástica equipa de Cuidados Paliativos pela capacidade de integração e acompanhamento durante este processo. Pela incrível dedicação e apoio que manifestam a cada doente. À minha mestre orientadora J.B., obrigada.

À Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco, em especial à equipa de Enfermagem e ao meu chefe, com quem, todos os dias exerço a profissão que amo. Pelas vossas palavras naqueles dias de falta de motivação e pela vossa agilidade/flexibilidade, obrigada.

Às minhas companheiras de jornada, Verónica Lopes e Vera Pires. Com vocês tudo foi mais prazeroso e leve. Devido a vocês desistir nunca estive nos planos. Obrigada.

Às minhas colegas Belisa, Cátia, Helena, Inês, Sisi, Tânia e Tatiana pelas palavras de apoio, troca de ideias influentes e por todo o incentivo.

Aos meus seis pilares do costume. Àqueles que me obrigam sempre a fazer mais e melhor. Convosco é sempre menos difícil alcançar a meta. Ana, Daniela, Margarida, Marisa, Patrícia e Tiago obrigada pela amizade.

Daniel, ouvinte atento das minhas apoquentações. Não foi fácil para nós. Faltou tempo, muito. Obrigada por nunca me fazeres sentir culpada por isso. Um louvor a essa tua paciência.

Às professoras/orientadoras que tornaram tudo possível. Aquelas que me iniciaram neste caminho. Que sempre me cativaram e apoiaram nos momentos mais desafiantes. Professora Helena Arco, Enfermeira Ana Rita Cigarro e Professora Paula Sapeta, grata.

À minha família que manteve os níveis de descontração e calma necessários. Obrigada pela confiança e pelo apoio sempre presentes.

À escola que frequentei e a todos os seus funcionários pela sua disponibilidade incansável.

Ao doente, família e seus cuidadores. É pela ambição de os cuidar com excelência que não cesso a busca de querer saber mais.

“Não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão.”

João Lobo Antunes, 2015

Resumo

Com a alteração da perspetiva demográfica que se tem vindo a vincar no nosso país, os Cuidados Paliativos (CP) veem a sua necessidade de prestação incrementada. Os avanços na área da saúde alcançados nas últimas décadas conduziram ao aumento da longevidade e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de doenças crónicas degenerativas. (Bloomer, Endacott, O' Connor & Cross, 2013). A esperança média de vida aumentou, devido à ampliação da qualidade de vida, e, deste modo, as patologias relacionadas com a falência orgânica, ou mesmo degenerativas, foram crescendo exponencialmente e a assistência que lhes é prestada consiste num desafio para os profissionais de saúde. Prestar cuidados à pessoa em situação crónica e paliativa implica a não coadunação com a medicina centrada na cura. (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), 2018). Surge, então a necessidade de resposta *ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias.* (APCP, 2018).

O presente relatório é concebido no âmbito do 6º Mestrado em CP da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD), do Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB), como parte integrante dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre. Com este pretende-se conjugar os conhecimentos adquiridos ao longo da aprendizagem teórica, integrados e mobilizados na prática clínica e assistencial junto de uma equipa diferenciada em CP, com o intuito de edificar e consolidar competências instrumentais, interpessoais e sistémicas aplicando os valores e princípios dos CP.

Para além do referido, este documento irá constituir-se por uma reflexão crítica acerca da tipologia e modelo de organização do serviço de CP onde decorreu a prática clínica (HLL-UCP), bem como, por uma descrição do processo de implementação e desenvolvimento do projeto de intervenção. Este último foi desenvolvido com base na necessidade premente de mobilizar atividades (Team Building) que coadjuvem na formação de equipas coesas e com laços emocionais, para que, os profissionais de saúde, estejam capacitados a prestar cuidados de forma harmónica e segura, através do trabalho em equipa, conseqüentemente comunicação eficaz, entreaajuda e implementação de boas práticas grupais.

A metodologia estabelecida foi descritiva, reflexiva e crítica. Suportada por evidência científica. Estruturalmente encontra-se organizado em quatro momentos: Enquadramento Teórico; Modelo de Organização e Funcionamento, com a caracterização da instituição onde foi realizada a prática clínica, bem como a tipologia de prestação de cuidados; Explanação e reflexão crítica das atividades desenvolvidas para a consecução dos objetivos traçados e por último o Projeto de Intervenção.

Palavras-chave

Cuidados Paliativos, Trabalho em Equipa, Coesão, *Team Building*

Abstract

With the change in the demographic perspective that has been increasing in our country, the Palliative Care (PC) see their need for increased performance. The advances in health achieved in the last decades have led to the longevity and development of chronic degenerative diseases. (Bloomer, Endacott, O'Connor and Cross, 2013). The average life expectancy has increased due to the increase in the quality of life, and thus the pathologies related to organ failure, or even degenerative, have been growing exponentially and the assistance given to them is a challenge for professionals of health. Providing care to the person in a chronic and palliative situation implies non-co-ordination with healing-centered medicine. (Portuguese Association of Palliative Care (APCP), 2018). The need for an active response to the problems arising from the prolonged, incurable and progressive illness in an attempt to prevent the suffering that it generates and to provide the maximum quality of life possible for these patients and their families arises. (APCP, 2018).

This report is designed as part of the 6th Master's Degree in CP of the Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD), of the Instituto Politécnico de Castelo Branco, as an integral part of the requirements necessary to obtain a Master's degree. The aim of this course is to combine the knowledge acquired during the theoretical learning, integrated and mobilized in clinical practice and assistance with a team differentiated in CP, with the purpose of building and consolidating instrumental, interpersonal and systemic competences applying the values and principles of CP.

In addition to the above, this document will constitute a critical reflection on the typology and model of organization of the CP service where the clinical practice was carried out (HLUCP), as well as a description of the implementation process and development of the project. intervention. The latter was developed on the basis of the urgent need to mobilize activities (Team Building) that help in the formation of cohesive teams and with emotional ties, so that health professionals are able to provide care in a harmonic and safe way, through work in team, consequently effective communication, mutual aid and implementation of good group practices.

The established methodology was descriptive, reflexive and critical. Supported by scientific evidence. Structurally it is organized in four moments: Theoretical Framework; Organization and Function Model, with the characterization of the institution where the clinical practice was performed, as well as the type of care delivery; Explanation and critical reflection of the activities developed to achieve the objectives outlined and lastly the Intervention Project.

Keywords

Palliative Care, Team Work, Cohesion, Team Building

Índice

Agradecimentos	III
Resumo	VII
Abstract	IX
Índice	XI
Índice de figuras	XIII
Índice de tabelas.....	XV
Índice de gráficos.....	XVII
Lista de símbolos	XIX
Lista de abreviaturas	XXI
1. Introdução	1
2. Contextualização da Prática Clínica	6
2.1 Modelo de Organização e Funcionamento do local da Prática Clínica	7
2.2 Caracterização física do local de Prática Clínica.....	12
2.2.1 Aspetos arquitetónicos.....	12
2.2.2 A equipa	14
2.2.3 Dinâmicas de serviço.....	18
2.3 Tipologia de Prestação de Cuidados	30
3. Objetivos, Competências e Atividades a Desenvolver.....	35
3.1 Objetivos	35
3.2 Competências.....	40
4. Reflexão da Aquisição de Aptidões Efetivas	42
4.1 Comunicação.....	42
4.2 Controlo de Sintomas	64
4.3 Apoio à Família.....	89
4.4 Trabalho em Equipa	109
5. Plano de Intervenção	115
5.1 Enquadramento Teórico	115
5.2 Diagnósticos de Situação	125
5.3 Objetivos	129
5.4 Atividades.....	130
5.5 Plano de Formação	132
5.6 Avaliação dos resultados	133
6. Conclusão.....	136
7. Bibliografia	141
Apêndices	151
Anexos.....	177

Índice de figuras

Figura 1 – Modelo de obstinação terapêutica.....	9
Figura 2 – Modelo de abandono.	9
Figura 3 – Modelo de separado.	10
Figura 4 – Modelo integrado.....	10
Figura 5 – Modelo cooperativo de intervenção nas crises.....	11
Figura 6 – Princípios dos CP	12
Figura 7- História dos CP	31
Figura 8 – Escada Analgésica	73
Figura 9 – Origem da Dispneia	76
Figura 10 – Domínios de Formação Básica.....	116
Figura 11 – Seleção de Artigos.....	119
Figura 12- Guia de boas práticas (aspeto visual)	163
Figura 13 – Diapositivos	167
Figura 14 – Caixa SOS (maus momentos).....	171
Figura 15 – Escala de Coma de Glasgow	183
Figura 16 – Escala de Barthel	187
Figura 17 – Escala de Morse	191
Figura 18 – Escala de Braden	195
Figura 19 – ESAS-r	199
Figura 20 – Escala Numérica da Dor	203
Figura 21 – Certificado.....	207

Índice de tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos turnos realizados durante o mês de prática clínica.	7
Tabela 2 – Valores assistenciais da UCP	15
Tabela 3 – Níveis de formação em CP	17
Tabela 4 – Fatores que predisõem o doente paliativo ao erro da medicação.	20
Tabela 5 – Estratégias para reduzir o erro.	20
Tabela 6 – Níveis de diferenciação dos serviços.....	32
Tabela 7 – Configuração das Conferências Familiares.....	103
Tabela 8 – Critérios de seleção	118
Tabela 9- Resultados	121
Tabela 10- Análise SWOT	125

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Fluxo de doentes que deram entrada na UCP.....	26
Gráfico 2 – Motivos de internamento no mês de maio.....	27
Gráfico 3 – Patologias presentes na UCP em maio/2018.....	28
Gráficos 4, 5, 6, 7 e 8 – Resultados.....	134

Lista de símbolos

%- Por cento

© - Direito Autoral

® - Marca Registrada

Lista de abreviaturas

ACSS- Administração Central do Serviço de Saúde
AINE's- Anti-inflamatórios não esteroides
AMP- Atendimento Médico Permanente
ANCP- Associação Nacional de Cuidados Paliativos
APA- American Psychological Association
APCP- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
AVD'S- Atividades de Vida Diárias
CNCP- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
CP- Cuidados Paliativos
D- Descanso
D.- Dona
DNR- Decisão de não reanimar
Dr.- Doutor
DR- Decisão de Reanimar
Enf.^a- Enfermeira
ERPI- Estrutura Residencial para Idosos
ESALD- Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
ESAS-r- *Edmonton Symptom Assessment System Revised et al*- e outros
etc.- Etecetera
EV- Endovenosa
PEG- Gastrostomia endoscópica percutânea
h- Horas
IMC- Índice de Massa Corporal
IPCB- Instituto Politécnico de Castelo Branco
IPO- Instituto Português de Oncologia
JCI- *Joint Commission International*
LASA- *Look alike, sound alike*
l/min- Litros por minuto
M- Turno da Manhã
ml- Mililitros
mg- Miligramas
N- Turno da Noite
O₂- Oxigénio
OMS- Organização Mundial de Saúde
p.- Página
PCR- Paragem cardiorrespiratória
PNCP- Programa Nacional de Cuidados Paliativos
QT- Quimioterapia
RNCP- Rede Nacional de Cuidados Paliativos
RT- Radioterapia

SC- Subcutâneo

sd- Sem data

SNS- Sistema Nacional de Saúde

Sr.- Senhor

T- Turno da Tarde

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCP- Unidade de Cuidados Paliativos

WHO- World Health Organization

1. Introdução

A sociedade, credora na “imortalidade” humana, olha para as doenças potencialmente incuráveis como uma calamidade. Na cultura onde nos inserimos, a morte é ainda um tabu e, na maior parte dos casos, escondida por facilitismo. A medicina, e os seus avanços, acabam por condicionar a forma como os próprios profissionais de saúde prestam cuidados de fim de vida. Morrer é ainda, em alguns serviços, alvo de críticas e tido como falta de capacidade profissional, negligência ou até mesmo abandono.

Os CP, segundo Sepúlveda et al, citados por Sapeta (2016, p. 2)

visam melhorar a qualidade de vida dos doentes, com doenças que colocam a vida em risco (e suas famílias), prevenindo e aliviando o sofrimento através da deteção precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais.

A Filosofia deste tipo de cuidados assenta, segundo a Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro da Lei de Bases dos CP, na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva. Os CP devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana. Devem ser iniciados o mais precocemente possível e não só no final da vida.

Regem-se pelos seguintes princípios/objetivos:

- a) Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica;
- b) Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;
- c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de CP aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados;
- d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de CP;
- e) Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;
- f) Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes;
- g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;
- h) Continuidade de cuidados ao longo do processo e doença.

Os CP, segundo a APCP (2018), organizam-se por níveis e modelos de prestação de cuidados. Assim, Ações Paliativas, correspondem a cuidados que integram os princípios e filosofia dos CP em qualquer serviço não especializado nestes cuidados, no sentido de alívio do sofrimento devido à sua situação clínica. Inclui não só medidas não-farmacológicas e farmacológicas para o controlo sintomático, mas, também, comunicação com o doente e família assim como com outros profissionais de saúde,

apoio na tomada de decisão e respeito pelos objetivos e preferências do doente. Devem ser implementados por todo e qualquer profissional de saúde (Sapeta, 2016).

Existem, contudo, profissionais de saúde empenhados, que reconhecem que este tipo de doentes necessita ser acompanhado de forma a garantir e potenciar a sua qualidade de vida e dignidade até ao fim. São estes que, acabam por marcar posição e dispensar cuidados exemplares aos doentes e seus familiares.

Neste contexto, senti necessidade de aumentar o meu conhecimento e de fazer a diferença na correta prestação deste tipo de cuidados. Assim, decidi apostar na minha formação e ingressar no 6º Mestrado de CP da ESALD pertencente ao IPCB. Este surgiu como uma oportunidade ímpar para me engrandecer profissionalmente. É reconhecido a nível nacional pela sua excelência. Pretende formar profissionais, da área da saúde, e torná-los competentes de praticar CP de qualidade, tendo como principal finalidade proporcionar qualidade de vida ao doente necessitado de cuidados especializados. Sabe-se que o doente paliativo é um ser complexo, com diferentes necessidades. Desta forma, com a possibilidade de incrementação do conhecimento nesta área, a capacitação de cuidar do outro eleva-se ao nível de especialidade.

Segundo a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2006), *“a formação, mais do que qualquer outra infraestrutura, é consensualmente apontada como um fator crítico no sucesso das equipas multidisciplinares de CP.”* Citam ainda Canário (1999, p. 5): *“(…) O que conta é criar meios, colocar ao dispor um repertório de possibilidades que lhes permitam compreender melhor o seu trabalho e aperfeiçoar as suas competências profissionais, refletir sobre percursos pessoais e sociais, adquirir conhecimentos e sistematizar informação (…).”*

Neste âmbito, penso ser fundamental mobilizar estratégias, com vista ao incremento de novos conhecimentos clarificados e ferramentas essenciais, que conduzam à concretização de cuidados especializados em CP. Corroborando, a necessidade de formação pós-graduada surge nesta medida. Ao se alcançarem saberes e ações científicas e credíveis, a execução da prática clínica será exponencialmente melhorada.

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP, 2004 - p.13) refere que a boa prática de CP, devido à *“complexidade das situações clínicas, a variedade das patologias, o manejo existente de um largo espetro terapêutico e a gestão de um sofrimento intenso”* carece, naturalmente, de uma *“preparação sólida e diferenciada (…)* dos profissionais que são chamados à prática deste tipo de cuidados, exigindo *preparação técnica, formação teórica e experiência efetiva.”*

Surge, deste modo, a indispensabilidade da realização de Estágios de Prática Clínica. São autênticas oportunidades para momentos de aproximação ao contexto real/profissional. A importância da execução, dos últimos mencionados, subsiste na prática baseada na evidência trazendo a solidificação da parte teórica e traduzindo-se, em mim, numa enfermeira mais qualificada e confiante. A Prática Clínica

diferenciada em CP é, nesta linha de pensamento, uma componente fundamental para a organização e qualidade destes cuidados e recursos específicos. Será uma garantia da humanização dos cuidados de saúde e do aumento de qualidade da sua prestação.

O meu local de realização da Prática Clínica foi num serviço de internamento de CP no centro de Portugal. O meu projeto foca o trabalho em equipa, de uma forma inovadora, por acreditar que o esforço coletivo é a melhor forma de alcançar os objetivos e potenciar o impacto da ação na comunidade. Assim, identifiquei-me com os ideais desta instituição, uma vez que a própria se qualifica como ambiciosa nos objetivos e por acolherem novas ideias com entusiasmo e com orgulho nos resultados.

Após o período de aprendizagem em contexto sala de aula, seguiu-se, então, a Prática Clínica. Esta era uma ambição, na medida em que, seria através dela que chegaria a confirmação de que sim, é possível atingir cuidados de saúde personalizados e de excelência em CP.

“O desejo de realizar nasce conosco. Desejamos fazer qualquer coisa digna e chegarmos mais além. A pedra angular do sucesso e da realização é a vontade”. (Alfred Montapert, 1973, citado por Fatela, Matos & Sousa 2018, p.2).

“Vivemos num cenário onde nada é novidade e todos os dias surge algo novo, a uma velocidade tal que o conceito de novo rapidamente passa a velho sem termos tempo de nos adaptarmos a ele” (Fatela, Matos & Sousa 2018, p. 2). Por este motivo, é importante manter uma atitude de interrogação, reflexão e espírito crítico acerca daquilo que fazemos e como o fazemos. Uma atitude de partilha, aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Assim, a prática clínica foi desenvolvida tendo o referido como motor para o atingir os objetivos traçados. Estes foram atingidos de forma dinâmica e em constante interação com a equipa do HLL-UCP. Martins (2013, p.1) refere que *“apoiar de forma integrada, o doente paliativo e a sua família, permite que ambos obtenham ganhos em qualidade de vida. Esse suporte é essencial para que a morte seja digna e para que o luto e a saudade sejam serenos”*. A minha função enquanto participante ativa, numa equipa de internamento de CP foi um desafio prazeroso e superado.

Após a realização das atividades a que me tinha proposto, em projeto de estágio clínico, percebi que é através da sua deliberação e levantamento de acontecimentos que obtenho, realmente, competências.

Aquando da feitura das ações, se as mesmas não forem refletidas e delas não se retirarem as conclusões oportunas e chave, as competências que deveriam ter sido adquiridas ficam comprometidas, pois não existiu um debruçar sobre os seus importantes resultados e consequências.

Assim, após cada atividade realizada, a mesma foi submetida a uma análise detalhada para que fosse frutífera e proveitosa.

A motivação pessoal e a profissional também delinearão a referida escolha, uma vez que me encontro a desempenhar funções numa unidade de cuidados continuados integrados (UCCI) e sinto que o trabalho em equipa pode ser altamente melhorado.

Segundo Capelas (2017), equipa é um conjunto de profissionais com uma conceção comum, que elabora em comunidade a abordagem aos problemas do doente, que consideram de todos. A APCP (2006) defende que pensar-se em CP sem ter em atenção um adequado e efetivo trabalho em equipa multidisciplinar, assume-se como um erro indubitável, pois só através de um funcionamento coordenado e verdadeiramente interdisciplinar é possível avaliar e dar resposta às necessidades globais do doente e da sua família. Desta forma, uma das condições para compreender o trabalho em equipa, é *“sentir que todos, e cada um, são responsáveis pelos êxitos ou fracassos do grupo, ou seja, existir um forte sentido de equipa.”* (Gómez Sancho, 1999 citado por Ribeiro, 2008, p. 1).

Tornou-se, então, fulcral uma investigação detalhada acerca desta temática, pois o seu estudo e correta aplicação sugerem-se frutíferos e proveitosos. Note-se que, e citando Price (2003, p. 208), *“a interdisciplinaridade permite que os diferentes elementos contribuam para o bem-estar do doente, motivo pelo qual defendo a fomentação do trabalho em equipa”*.

Segundo Robbins (2002), as equipas são capazes de melhorar o desempenho dos indivíduos quando a tarefa requer múltiplas habilidades, julgamentos e experiência, pelo fato de serem mais flexíveis, reagindo melhor às mudanças.

A essência do conceito de *Team Building* está intrinsecamente ligada à promoção do espírito de equipa e coesão da mesma. Passa pela boa construção de equipas multidisciplinares através de atividades que têm como objetivo fomentar o espírito de equipa e, melhorar o seu desempenho.

Neste decorrer, o que aprendi durante o período de prática clínica foi bastante profícuo do ponto de vista académico, pessoal e profissional. No futuro são, sem dúvida, conhecimentos a por em prática.

De acordo com a Adenda do Regulamento do mestrado em CP, de 2017, pretendo:

a) Refletir criticamente sobre a tipologia e o modelo de organização dos serviços observados;

b) Rever criticamente e de modo integrado as competências por mim adquiridas, nas áreas chave dos cuidados paliativos: Controlo de sintomas, comunicação, trabalho de equipa e apoio à família e também demonstrar pormenorizadamente, como as competências instrumentais, interpessoais e sistémicas foram adquiridas nessas quatro áreas;

c) Descrever o projeto de intervenção/ formação desenvolvido no serviço a que pertencço; área problema, objetivo, plano pedagógico da formação e da intervenção, fundamentando as suas diferentes etapas, desde o planeamento, à realização e avaliação;

d) Demonstrar competências na implementação de um plano de atividades que proporcionam a coesão no seio da equipa multidisciplinar, maximizando a qualidade de cuidados e a própria criação de laços entre os membros da mesma, sempre em conformidade com a filosofia dos CP.

Este relatório encontra-se dividido em três partes. A primeira corresponde a uma breve descrição do modelo de organização e funcionamento do serviço onde realizei o estágio, sua caracterização física e tipologia de prestação de cuidados. A segunda retrata a reflexão da aquisição de competências e foca o alcance dos objetivos. A última parte foca a área temática por mim escolhida: O *Team Building* aplicado aos CP. Descrevendo o projeto de intervenção/formação que desenvolvi.

Na elaboração deste relatório utilizei fontes de informação com recurso a artigos científicos originais de autores de referência em CP, obras, *sites* na Internet e bases de dados de referência: Biblioteca do Conhecimento Online (B-On); Biomed®; PubMed®; Scielo Global; Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal; Repositório Científico da ESALD. Para a elaboração e referenciação bibliográfica utilizei as normas da *American Psychological Association* (APA, 6ª edição), sendo esta das mais usadas no campo das Ciências Sociais e Humanas, nomeadamente na área da Educação e dado a sua ampla difusão no meio académico e a nível de publicações de referência.

Futuro, e agora?

A capacidade de acreditar que conseguimos fazer mais e melhor assume-se como a força motriz da mudança. Em bom rigor, todos os atos que conduziram à redação de uma história progressivamente mais honrosa para a condição humana, partiram de um ímpeto de esperança, o qual perspetivo para o *Team Building* em CP.

Reside nele a ferramenta diferenciadora de atuação dos profissionais de saúde, a qual, quando utilizada de forma sistematizada, personalizada e otimista, permitirá contribuir para a construção de equipas funcionais e que comunicam entre si.

O pensamento inspira. A prática constrói. O *Team Building* delinea as boas práticas de saúde de amanhã, fazendo crescer as equipas coesas de alto rendimento.

2. Contextualização da Prática Clínica

A Lei 52/2012, da Lei de Bases dos CP (2012, p. 5119) define-os como:

Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais.

Assim, os CP são cuidados de saúde especializados para pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas, qualquer que seja a sua idade, diagnóstico ou estadio da doença.

As situações complexas, que são reconhecidas aos CP, requerem sempre cuidados especializados, uma vez que, existe uma multiplicidade de patologias recorrentes que exigem a utilização de um largo espetro terapêutico e a observação holística perante todos os casos. Por conseguinte, e segundo a DGS (2004) citada por Ramos (2017), estes têm de ser prestados por equipas multidisciplinares, bem coordenadas, formadas e treinadas, em diferentes tipologias de recursos especializados e organizados em cooperação entre todo o sistema de saúde. Surge, desta forma, a necessidade de consolidar os conhecimentos teóricos adquiridos em contexto sala de aula, bem como a de adquirir novas competências através da prática clínica junto de uma equipa diferenciada nesta área de cuidados.

A escolha do local de realização das duzentas horas de prática clínica é fruto da curiosidade pessoal e profissional em conhecer e integrar uma instituição em vias de acreditação pela parte da Joint Commission International (JCI). Certo seria, deste modo, a sua extrema qualidade profissional tendo por base o trabalho de referência desenvolvido ao longo destes anos.

As unidades acreditadas pela JCI são uma referência tanto a nível nacional como internacional. A excelência dos serviços é uma característica distintiva que acompanha e que determina uma constante capacidade de procura de melhoria.

Através desta acreditação, conseguida durante o período da minha prática clínica, e segundo o HLL (2018) renovou-se o compromisso com:

A procura constante de um melhor serviço ao cliente;

Os mais elevados padrões de qualidade e segurança a nível internacional;

A prática de uma medicina de excelência e inovação;

O desenvolvimento do talento dos colaboradores e o trabalho em equipa.

Esta UCP, parte integrante do HLL, é escolhida por muitos estudantes e profissionais de saúde para realização de estágios clínicos, estágios profissionais ou

até mesmo para realização de estudos investigativos. Prova disso, foi a quantidade de alunos que vi e com quem trabalhei nesta instituição.

A prática clínica teve a duração de um mês intenso e condensado, em que tive oportunidade de observar e integrar a equipa de CP, reconhecendo as suas rotinas, dinâmicas e fazendo acompanhamento regular e sequenciado a doentes.

Para além de um acolhimento humano, pude desenvolver as minhas competências na área proposta e os objetivos/atividades traçadas com um grande à-vontade, devido à disponibilidade, alta qualificação e larga experiência de todos os elementos da equipa.

Foi realizada no mês de maio conforme a tabela seguinte:

Tabela 1 – Distribuição dos turnos realizados durante o mês de prática clínica.

Horário da Prática Clínica						
Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
		1 D	2 M	3 M	4 M	5 D
6 D	7 M	8 M	9 N	10 N	11 D	12 M/T
13 M	14 M	15 T	16 D	17 N	18 N	19 D
20 D	21 M	22 T	23 M/T	24 M	25 D	26 M
27 D	28 M	29 T	30 T	31 M		

2.1 Modelo de Organização e Funcionamento do local da Prática Clínica

A capacidade de dar resposta a doentes necessitados de CP, acompanhando o seu fim de vida consoante as suas crenças, valores, desejos e sem nunca descuidar as suas reais carências físicas, psicológicas, sociais e espirituais depende da tipologia de recursos especializados, sendo estes organizados sob a forma de uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP).

A RNCP, segundo o Sistema Nacional de Saúde (SNS) (2017), e tendo por base o Plano Estratégico 2017/2018, é uma rede funcional e baseia-se num modelo de

intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de CP, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários.

Os CP, segundo a APCP (2016), organizam-se por níveis e modelos de prestação de cuidados. Assim, Ações Paliativas, correspondem a cuidados que integram os princípios e filosofia dos CP em qualquer serviço não especializado nestes cuidados, no sentido de alívio do sofrimento devido à sua situação clínica. Inclui não só medidas não-farmacológicas e farmacológicas para o controlo sintomático, mas, também, comunicação com o doente e família assim como com outros profissionais de saúde, apoio na tomada de decisão e respeito pelos objetivos e preferências do doente. Devem ser implementados por todo e qualquer profissional de saúde (Sapeta, 2016), independentemente da área de atuação.

CP gerais, que são aqueles prestados, primordialmente, por profissionais dos cuidados de saúde primários ou especialistas em doenças limitadoras da vida, que possuem competências e conhecimentos em CP, mas que não fazem desta área o principal foco da sua atividade profissional. (APCP, 2016)

CP especializados, que são cuidados prestados em serviços ou equipas, cuja atividade fundamental, e única, é a prestação de CP, normalmente vocacionados para doentes mais complexos, o que requer um significativo nível de diferenciação dos profissionais. (APCP, 2016)

Segundo Sapeta (2011), citada por Gonçalves (2013), a natureza e os objetivos dos cuidados devem complementar-se para aportar qualidade de vida e alívio dos sintomas de cada doente e família, ao longo de todo o processo de doença e não só na sua fase final.

Centros de excelência, que disponibilizam CP num largo espetro de tipologias, assim como facilitam o desenvolvimento da investigação, são o núcleo da formação, investigação, disseminação e desenvolvimento de standards e novas técnicas de abordagem. Exemplo disso é a UCP onde realizei prática clínica.

A UCP é uma Unidade de Internamento que iniciou a sua atividade fundamental, a prestação de CP, em março de 2007. Tem como espaço físico o HLL, sendo este gerido por um grupo de saúde de carácter privado, e tendo como recursos humanos constituintes uma equipa multidisciplinar qualificada e diferenciada. Estes colaboradores executam funções a tempo inteiro, por forma a prestar cuidados complexos, específicos e contínuos.

Segundo Neto (2018) o extremo de que só os vencedores é que são heróis puxou a medicina, para a ideia de que tem que curar. Não: a medicina tem que acompanhar as pessoas no processo de doença, quer se curem, ou não. Os profissionais supracitados têm a experiência e distinção precisas para as situações que exigem elevada exigência e complexidade.

Segundo Gomez-Batiste et al. (2005) existem cinco modelos organizativos de prestação de cuidados.

O modelo de obstinação terapêutica (Figura 1), segundo Capelas, Coelho e Neto (2016) situa-se no extremo da linha, pela negatividade. O diagnóstico e tratamento específico são aplicados até ao último momento de vida, as respostas são escassas e os custos elevados tanto para o doente como para a família e sistema social e de saúde.

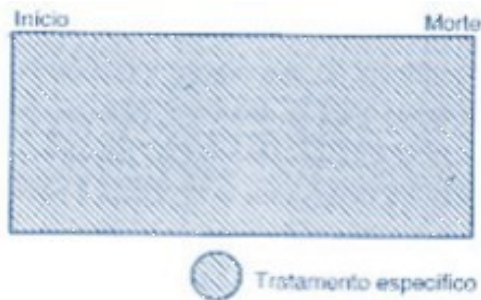


Figura 1 – Modelo de obstinação terapêutica.

Fonte – Capelas, Coelho e Neto, 2016. Adaptado de Gómez-Batiste et al. 2005.

O modelo de abandono (Figura 2) é um modelo igualmente negativo. Muitas vezes, mantém-se a realização de exames complementares de diagnóstico e até a administração de terapêuticas desproporcionadas, ainda que se saiba que em nada melhoram a condição do doente, o que resulta num elevado e desnecessário consumo de recursos, para além de se perpetuarem falsas expectativas aos doentes e seus familiares (Capelas, Coelho e Neto, 2016).



Figura 2 – Modelo de abandono.

Fonte – Capelas, Coelho e Neto, 2016. Adaptado de Gómez-Batiste et al. 2005

O modelo separado (Figura 3) consiste numa abordagem curativa que não teve êxito e consecutivamente passa-se para uma abordagem paliativa. É um modelo que, segundo Capelas, Coelho e Neto (2016) separa os dois tipos de intervenções e que conduz a questões como “afinal quando é que começam os cuidados paliativos?”.

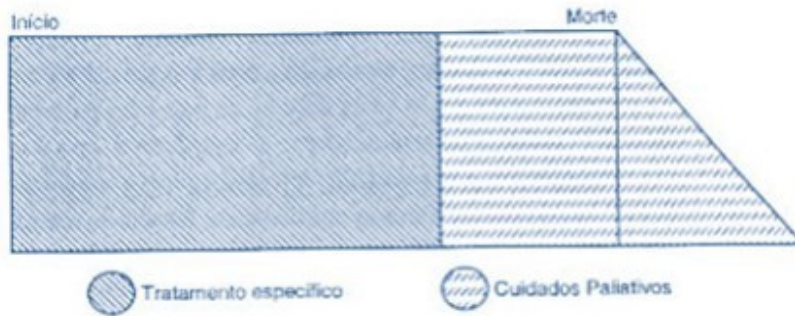


Figura 3 – Modelo de separado.

Fonte – Capelas, Coelho e Neto, 2016. Adaptado de Gómez-Batiste et al. 2005

No modelo integrado (Figura 4) denota-se uma evolução dos modelos de atuação. Deixa-se de se prestar atenção apenas ao prognóstico e começa-se a avaliar o tipo de necessidades do doente, independentemente da fase evolutiva da doença (Capelas, Coelho & Neto, 2016). Neste modelo, é considerada a patologia, mas, sobretudo, é dada maior relevância às necessidades do doente e família, que devem ser satisfeitas adequadamente através do benefício de intervenções especializadas.

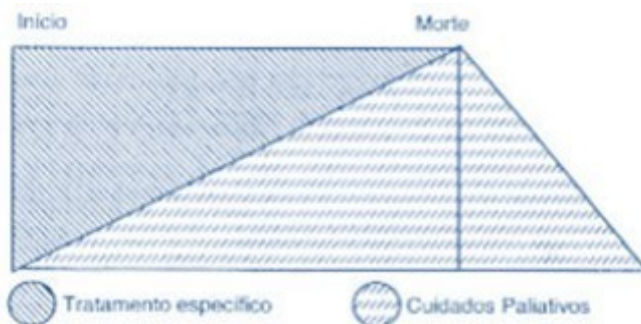


Figura 4 – Modelo integrado.

Fonte – Capelas, Coelho e Neto, 2016. Adaptado de Gómez-Batiste et al. 2005.

O modelo cooperativo com intervenção nas crises (Figura 5) consiste no equilíbrio entre a terapêutica curativa e a paliativa. Na doença terminal admite-se, caso pertinente, o uso da primeira mesmo sendo a última a preconizada. Segundo Capelas, Coelho e Neto (2016) este é o modelo que está mais próximo do que é pretendido, existindo uma permanente colaboração e articulação, com acessibilidade constante entre a medicina curativa e paliativa, desde o início da doença.

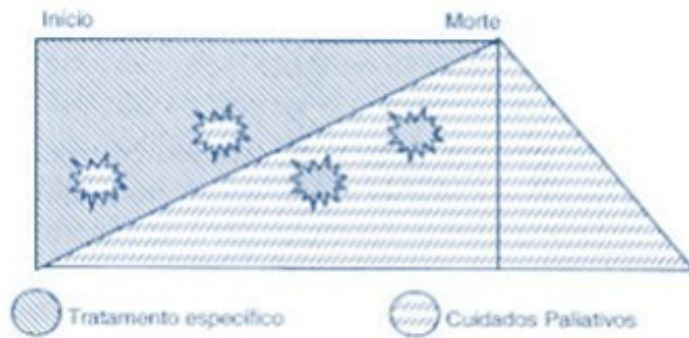


Figura 5 – Modelo cooperativo de intervenção nas crises.

Fonte – Capelas, Coelho e Neto, 2016. Adaptado de Gómez-Batiste et al. 2005.

O Modelo Organizativo da UCP pressupõe uma atuação desde o diagnóstico da doença, assumindo um papel integrado e holístico, cada vez mais notório à medida que as necessidades do doente assim o justifiquem. Deste modo, o modelo identificado foi o cooperativo com intervenção nas crises.

Durante a Prática Clínica constatei a efetividade deste modelo, completamente integrado no modo de trabalho dos profissionais, bem como, no funcionamento dos serviços. Vários doentes eram acompanhados simultaneamente segundo uma intervenção paliativa em articulação com uma intervenção curativa, funcionando ambos em perfeita simbiose. A organização da UCP tem, também, este modelo como referência no que concerne às altas precoces. Logo que estivessem controlados os motivos pelos quais o doente recorreu ao internamento, o mesmo tem alta clínica sendo acompanhados, depois, por outra tipologia de serviço. Como garantia, tinham a certeza de nova admissão caso voltassem a destabilizar e a complexidade dos problemas assim o justificasse.

O desafio presente neste modelo prende-se com a capacidade de mobilizar estratégias para a procura de recursos que possam, efetivamente, manter o seguimento dos doentes estabilizados, uma vez que, não existia a possibilidade de acompanhamento domiciliário. Vía-se mais facilitado através dos Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) que fazem parte do mesmo grupo de saúde que o HLL. Todos estes procedimentos decorrem sob a orientação dos familiares, sendo eles parte ativa no processo de tomada de decisão. A equipa da UCP tem sempre presente a preocupação de garantir a continuidade de cuidados. Deste modo, toda a informação/documentação essencial sobre a pessoa é transmitida entre recursos, respeitando sempre os princípios da privacidade e proteção de dados.

É certo que não existe um modelo perfeito de prestação de CP, devendo este ser avaliado e determinado consoante as necessidades do doente e recursos humanos e materiais disponíveis. A UCP reúne estas características específicas, constituindo-se como uma equipa proactiva na aquisição de novos conhecimentos, em investigação científica, em formação e educação para a saúde, fazendo chegar, à população geral, artigos no âmbito dos CP.

Os projetos de melhoria, constantes da UCP, fazem da citada uma referência na procura da primazia da investigação científica e transversal em toda a tipologia de recurso. O modelo usado preconiza a mesma continuidade de procura de excelência dos cuidados prestados ao doente. Este é um processo sistémico que avalia a eficácia atingida procurando sempre aumentá-la. Assim a prática baseada na evidência toma um papel fundamental no que diz respeito à evolução e manutenção da utilização do modelo.

Vêm-se, desta forma, corroborados e pretendidos os princípios dos CP. Surgindo assim a Figura 6, baseada nas recomendações da ANCP para a organização de serviços em CP.



Figura 6 – Princípios dos CP.

Ao se realizarem avaliações de desempenho frequentes, existe a oportunidade de se implementarem correções e melhorias efetivas para que seja possível responder adequadamente às necessidades dos doentes e respetiva família, sempre com o mesmo pressuposto: alívio do sofrimento e incremento da qualidade de vida.

2.2 Caracterização física do local de Prática Clínica

O espaço físico hospitalar, tantas vezes esquecido, é um grande influenciador no processo de doença. Podem ser evitadas disseminações de infeções nosocomiais ou até mesmo auxiliar a manutenção do bem-estar físico e psicológico do doente. Para a instituição, os benefícios são igualmente notórios. Ao haver um melhor aproveitamento do espaço físico desoneram-se gastos desnecessários e protegem-se os recursos humanos.

2.2.1 Aspetos arquitetónicos

Cada profissional de saúde está abrangido num universo percetual que lhe é próprio. Este interpreta o Mundo com a sua própria visão e por seleção e reagrupamento, modula e dá sentido à informação que retém à medida que a transmite. Em CP não é diferente. Por esse motivo, e segundo a APCP (2016) a prestação de CP é mais do que a infraestrutura onde se praticam. Depende da formação e qualidade técnico-científica que será diretamente proporcional a uma atitude rigorosa, humanizada e profissional. Só deste modo são possíveis alcançar os objetivos traçados através dos resultados queridos. A infraestrutura suporta o profissional de saúde e não o contrário.

A UCP localiza-se no HLL. Segundo o mesmo (2015), são uma marca que preserva os valores do passado, com entusiasmo renovado e que projeta um futuro ainda mais brilhante. Dentro do HLL, fica situada no quarto piso HR. Neste pode-se encontrar

duas alas distintas. Uma com quartos duplos, outra com quartos individuais. Pretende-se, que estes últimos sejam para uso exclusivo de doentes com necessidades paliativas, mas uma vez que o serviço também acolhe doentes cirúrgicos, por vezes vê-se necessitada a sua utilização por estes. Este aspeto faz sobressair a capacidade feroz de adaptação da UCP às solicitações requeridas. Os quartos duplos são preferencialmente ocupados por doentes de cuidados continuados e os que vão ser submetidos a cirurgia.

Os quartos são decorados com um extremo bom gosto utilizando tons pastel. As cores, segundo Rodrigues e Rodrigues (2018) são transmissoras de sensações e, desta forma, estas emitem o sentimento de suavidade, tranquilidade, serenidade, integridade e estabilidade.

Cada utente é livre de levar objetos pessoais, tornando o quarto onde permanece mais personalizado. Existem janelas de grandes dimensões proporcionando uma visão clara para o exterior e podendo-se aproveitar ao máximo a luz de origem natural. Todavia, cada uma está protegida por cortinas que garantem a privacidade do doente quando assim o é necessário.

Com a ampliação do HLL, são visíveis, em alguns quartos, as obras efetivas dessa mudança. Seria assim de esperar algum ruído extremo e incomodativo, mas tal não se verificava, pois, o som provindo do exterior era mínimo.

Os doentes e familiares têm sempre ao seu dispor televisão por cabo, internet, música e telefone permissor de chamadas. Existem ainda condições favoráveis à permanência de um acompanhante vinte e quatro horas por dia, nos quartos individuais. Todos os quartos possuem casa de banho privativa. Ainda assim, para doentes necessitados de uma ajuda diferenciada, por apresentarem défices severos de mobilidade, há, também, uma sala de banho assistido onde se encontra uma maca banheira. Existem ainda outras ajudas técnicas que proporcionam ao doente um maior conforto e aos profissionais uma correta ergonomia.

Os espaços comuns existentes são refeitório, sala de atividades lúdicas/ginásio e salas de espera/visitas. O primeiro referido está ao dispor dos internados bem como dos seus familiares. Tem todas as condições para proporcionar momentos de partilha e criação de boas memórias com a disponibilidade de uma copa com frigorífico e micro-ondas. Na segunda mencionada são realizadas algumas sessões de fisioterapia, formações e reuniões multidisciplinares. Nas últimas são verificadas pormenores que fazem da espera, ou dos internamentos, momentos menos custosos. Caso assim se verifique, em todos estes podem decorrer conferências familiares com vista à definição de metas e reajuste de expectativas. A unir tudo isto existe um corredor amplo, bem iluminado e com condições facilitadoras da boa ergonomia e locomoção. Todos estes aspetos potenciam o conforto e bem-estar dos doentes.

O horário das visitas é alargado, podendo até pernoitar um acompanhante. Certo é que, caso a situação clínica assim o exija, as visitas podem ser restringidas ou até mesmo cessadas. O telefone da UCP está sempre disponível para atendimento de

chamadas pela equipa de Enfermagem ou pelo médico. Caso a família assim o solicite, e privilegiando o atendimento personalizado, o contacto noturno também pode suceder seja em situação agónica seja por outra situação deliberada entre a equipa e a família.

Os espaços destinados apenas para uso profissional são possuidores de todas as condições para que seja possível atingir um alto rendimento de trabalho através da comodidade e satisfação dos profissionais de saúde. A medicação está sempre bem acondicionada, prevenindo acidentes ou erros humanos.

Assim sendo, é de denotar o cuidado arquitetónico da UCP potenciador de uma elevada diferenciação e referência na prestação de cuidados. Tudo isto só é possível pela formação/ investigação científica avançada e desenvolvimento de novas ideias nesta área de intervenção. Importa referir que toda esta unidade se encontra resguardada de outras áreas mais movimentadas do hospital, constituindo-se assim como um espaço calmo e acolhedor.

2.2.2 A equipa

Os CP assumem-se como uma valência pluralista, isto é, todo o trabalho que se executa nesta área é realizado, preferencialmente, de forma conjunta. Assim, qualquer ação paliativa preconiza todo um processo que engloba o trabalho numa equipa multidisciplinar.

Não obstante a informação em epígrafe, há uma questão que se impõe: o que é, afinal, uma equipa? Segundo Capelas (2017), trata-se de um conjunto de profissionais com uma conceção comum, que elabora em comunidade a abordagem aos problemas do doente, que consideram de todos. A ANCP (2006) defende que pensar-se em CP sem ter em atenção um adequado e efetivo trabalho em equipa multidisciplinar, assume-se como um erro indubitável, pois só através de um funcionamento coordenado e verdadeiramente interdisciplinar é possível avaliar e dar resposta às necessidades globais do doente e da sua família. Desta forma, uma das condições para compreender o trabalho em equipa, é sentir que todos, e cada um, são responsáveis pelos êxitos ou fracassos do grupo, ou seja, existir um forte sentido de equipa. (Gómez Sancho, 1999 citado por Ribeiro, 2008).

Segundo Twycross (2003) trabalhar em equipa permite uma partilha de decisões e responsabilidades, o apoio e respeito mútuos, uma boa comunicação entre os diferentes elementos, a ativação de recursos e serviços de apoio adequados, o estabelecimento de metas realistas e mensuráveis e a permissão para a existência de tempo livre para a recreação dos vários elementos da equipa de trabalho.

A APCP (2016) refere que o regime de internamento de CP disponibiliza aconselhamento na área e apoio aos doentes, família e cuidadores no ambiente hospitalar. Disponibiliza também formação formal e informal. Melhoram-se assim os cuidados prestados, reduz-se o uso de unidades de cuidados intensivos e probabilidade de aí morrerem os doentes, assim como os custos dos serviços. Por

outro lado, proporciona uma melhor utilização dos opióides assim como uma melhor documentação dos objetivos e preferências dos doentes, sendo a sua intervenção bem notada pelo doente e família e, como tal constitui-se como uma importante estratégia para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Tendo por base o referido, a UCP manifesta-se como uma equipa que tem na raiz da sua atividade um cariz multidisciplinar muito bem engrenado. É de salientar a qualidade do efetivo trabalho em equipa que se denota através da excelência de prestação de cuidados. A partilha dos objetivos, visão e valores por todos os colaboradores da UCP são os responsáveis pelas melhores práticas assistenciais.

Assim, e segundo o HLL, citado por Ramos (2017):

Visão:

Ser uma referência na prestação de CP, pela prática de excelência e inovação.

Missão:

A UCP dedica-se ao acompanhamento, tratamento e supervisão clínica da pessoa em situação clínica complexa de sofrimento, decorrentes de doença grave (oncológica ou não). A sua missão é de garantir apoio global ao doente com doença grave, avançada e/ou incurável, e seus familiares, através de uma abordagem integral e multidisciplinar dos problemas, proporcionando-lhes cuidados de saúde rigorosos, individualizados e humanizados, que contribuam para o seu conforto, dignidade e qualidade de vida.

Valores:

A UCP tem na base da sua cultura valores que norteiam os profissionais do exercício das suas responsabilidades. (Tabela 2)

Tabela 2 - Valores assistenciais da UCP.

Fonte – Ramos (2017)

Rigor intelectual	Assumem uma posição crítica em relação a tudo o que fazem, abordando cada assunto com rigor e de forma racional; Refletem eticamente os processos de tomada de decisão.
Aprendizagem constante	Refletem e aprendem com a experiência, por forma a melhorar o desempenho futuro; Formação contínua dos profissionais.
Responsabilidade Pessoal	Os profissionais assumem a responsabilidade de dar o melhor deles próprios de forma a atingir os melhores resultados possíveis na sua área de atuação.

Respeito e Humildade	<p>Respeito pelo valor intrínseco de cada pessoa como ser único e autónomo;</p> <p>Os doentes e familiares são envolvidos no processo de tomada de decisão.</p>
Integridade	<p>Respeito pelas ideias dos outros, assumindo as limitações da própria experiência e valorizando outras perspetivas;</p> <p>Os profissionais assumem uma atitude de honestidade e lealdade perante os doentes e as suas famílias, tendo sempre presentes os seus valores e expectativas.</p>
Espírito de Equipa	<p>Só com o esforço e dedicação coletiva se conseguem alcançar os objetivos.</p>
Atitude positiva	<p>Perante novos objetivos e ideias.</p>

Segundo a direção da ANCP (2006), tendo por base bibliografia internacional, há que reconhecer o tipo de exigências no funcionamento de uma Unidade de CP. A mesma fonte considera que para o funcionamento de um serviço deste tipo a equipa tem de ser multidisciplinar.

Possuir, no mínimo, um médico, dois/três enfermeiros e um assistente social. Posteriormente, a equipa deverá incorporar outros elementos como terapeutas de reabilitação, psicólogo, assistentes espirituais e voluntariado. Para se prestarem cuidados de qualidade reconhecida a formação dos recursos humanos é imprescindível.

Em comparação com as exigências referidas, existe consonância com a constituição da equipa da UCP. O seu núcleo é composto por Médicos, Enfermeiros, Assistente Social, Psicóloga e Assistentes Operacionais. Os referidos laboram intimamente com um grupo que compõe a equipa alargada: Administrativos, Fisioterapeutas, Terapeuta Ocupacional, Farmacêuticos, Dietista, Assistentes de Copa, Assistente Espiritual, sendo possível solicitar apoio de religiões distintas, e os voluntários.

A formação em CP, abrangendo os intervenientes multidisciplinares das equipas, mostra atualmente algum desenvolvimento. Este interesse passou a ser mais visível, na viragem do milénio, com o início dos mestrados em CP da Faculdade de Medicina de Lisboa. Mais recentemente na Universidade Católica (Porto e Lisboa) decorrem mestrados equivalentes, e várias escolas superiores de Enfermagem/saúde realizam

curso de pós-graduação. A ESALD oferece formação avançada em CP desde 2004. Outros projetos destinados à formação em CP têm surgido nos anos recentes, nomeadamente iniciativas pioneiras da Faculdade de Medicina de Lisboa, através de *e-learning*.

Muitos profissionais que se dedicam aos CP têm estagiado em Unidades estrangeiras, como é o caso da Clínica Universitária de Navarra, do Hospital Gregório Marañón, das Unidades da Extremadura espanhola, de *Sobell House* ou *St.Christopher Hospice*. Desde 1995, existe uma associação profissional criada por elementos da Unidade de CP do Instituto Português de Oncologia do Porto, que paulatinamente vem reforçando o seu papel dinamizador, quer junto dos profissionais, credibilizando a atividade com aportes documentais significativos de natureza científica e organizacional, tendo como escopo inalienável a qualidade, quer junto da população, promovendo e participando em acontecimentos públicos destinados a desenvolver a consciência social nesta área. A própria APCP tem fomentado a formação dos seus associados e de outros profissionais através da realização de cursos básicos distribuídos um pouco por todo o país (Marques, 2009).

No sentido da total resposta aos níveis de diferenciação dos cuidados consideram-se como requisitos básicos, a formação dos profissionais, o planeamento avançado, continuidade e disponibilização deste tipo de cuidados assim como a atenção pela preferência relativa ao local onde o doente deseja ser cuidado (APCP, 2017).

O sucesso da qualidade da prestação de cuidados justifica-se assim com a formação contínua das equipas de CP. Tal foi tido como grande objetivo no Plano Estratégico 2017/2018.

A Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP, 2018) releva a necessidade de programas estruturados de educação na formação de todos os profissionais envolvidos nesta prestação de cuidados para que os exerçam de forma correta, criteriosa, concreta e sensível.

Dependendo do contacto efetivo com os doentes necessitados ou não de CP assim se distingue o nível de formação necessário a cada profissional. A CNCP (2018) revela a existência de três níveis de formação para diferentes públicos-alvo. (Tabela 3).

Tabela 3 - Níveis de formação em CP.

Fonte – ANCP (2006).

Formação Básica – Nível A
Programas/Atividades de formação com duração entre 18 e 45 horas. Pode ser lecionada através da formação pré-graduada ou através do desenvolvimento profissional contínuo.
Destinatários: alunos e profissionais de saúde em geral.

Formação Pós-graduada - Nível B

Atividades de formação com duração entre 90 e 180 horas, lecionadas como pós-graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo.

Destinatários: profissionais envolvidos com mais frequência em situações com necessidades paliativas (Oncologia, Medicina Interna, ...), mas que não têm os CP como foco principal do seu trabalho.

Formação Pós-graduada - Nível C

Doutoramento/Mestrado/Pós-graduação com mais de 280 horas, associado a estágios em unidades de reconhecida credibilidade. Lecionados como pós-graduação e reforçados por meio de desenvolvimento profissional.

Destinatários: profissionais que exerçam funções em serviços cuja atividade principal é a prestação de CP, cuidando de doentes com necessidades complexas.

Para que se chegue às necessidades formativas da equipa, partilhe informações sobre problemas encontrados e tendo como finalidade o encontro com a mobilização de estratégias facilitadoras de resolução desses existem reuniões semanais. Nestas prevalecem debates sobre o rumo que se quer levar, bem como os objetivos, relembrando sempre a missão, valores e visão que abraçam relevando o trabalho em equipa.

A UCP exige formação na área para a prestação de cuidados. Todos os médicos possuem formação avançada em CP bem como todos os chefes de equipa de Enfermagem. Para além destes, alguns dos enfermeiros têm o mesmo tipo de formação, sendo que o mínimo exigido é o nível básico.

Segundo Bragança (2018), a UCP garante anualmente e de forma sistemática, a deteção das necessidades formativas dos seus profissionais relacionadas com a aquisição, atualização ou desenvolvimento de competências necessárias para alcançar os objetivos estratégicos. Pelo que pude observar, a formação é planificada consoante as necessidades expostas pelos profissionais, pelas características que os doentes vão apresentando e pela evolução que a instituição quer atingir.

Deste modo pode-se referir à UCP como prestadora de cuidados especializados e de excelência (Nível C).

2.2.3 Dinâmicas de serviço

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2011) refere que as dinâmicas organizadas que compõem as rotinas de um serviço favorecem orientações dirigidas à prática segura dos cuidados oferecendo ao doente, individualmente, e à família, de modo integral e holístico, uma técnica rigorosa.

Não existe um dia igual, é um facto. Falar de rotinas em saúde é curioso. Ainda assim, existe, em cada turno, um fio condutor de execução de boas práticas.

Passagem de Turno

Afonso e Lourenço (2009) referem que a passagem de turno é específica e própria da prática de Enfermagem. Advogam que a segurança do doente é, atualmente, um dos pilares fundamentais da avaliação da qualidade dos cuidados de saúde e um forte indicador sobre a fiabilidade das organizações.

Saeago (2008) afirma que ensinar comunicação aos enfermeiros é como ensinar pássaros a voar. Tal justifica-se com a necessidade de bem comunicar na maioria das funções que se exercem, quer com o doente e família, quer com os restantes profissionais de saúde.

A Ordem dos Enfermeiros (2001) enaltece a passagem de turno e menciona-a como um momento de reunião de equipa, que tem como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados enquanto momento de análise e formação.

A UCP privilegia o momento da passagem de turno, uma vez que tido como de extrema importância. É disponibilizado o espaço físico adequado, com a privacidade que é necessária, bem como é dispensado tempo útil para a realizar. Tal é efetuado individualmente, (enfermeiro responsável pelo doente- enfermeiro recetor) protegendo, deste modo, o máximo possível, a privacidade do doente e requerendo a sua proteção de dados.

Preparação/Administração de terapêutica

O Regulamento Para a Prática Enfermagem (REPE, 1996) menciona, no artigo 9º, a existência de dois tipos de intervenções de Enfermagem. A preparação/administração de terapêutica enquadra-se nas intervenções interdependentes, uma vez que, é efetuada de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum.

Guilhoto (2013) afirma que os enfermeiros são considerados elementos fulcrais na prevenção do erro da medicação, pois são os responsáveis pelo planeamento, preparação, administração e monitorização, podendo até intercepar erros de prescrição. Por este motivo os são a última barreira entre o erro e o doente.

A JCI (2008) afirma que os doentes paliativos estão mais predispostos a erros de medicação e enumera vários fatores que revelam a sua vulnerabilidade. (Tabela 4).

Tabela 4 - Fatores que predispõem o doente paliativo ao erro da medicação.

Fonte – Adaptado de JCI (2008).

Fatores que predispõem o doente paliativo ao erro da medicação
<ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos medicamentos usados está destinado a adultos cujo Índice de Massa Corporal (IMC) se considera dentro dos parâmetros normais, pelo que a sua preparação para doentes caquéticos exige volumes e concentrações diferentes. Isto exige tarefas e cálculos, aumentando a possibilidade de erro.
<ul style="list-style-type: none"> • As titulações e as vias de administração podem acarretar um risco acrescido de erro em paliativos.
<ul style="list-style-type: none"> • Os doentes mais debilitados estão menos aptos, em termos fisiológicos, a responder a uma situação de erro uma vez que as suas funções renais, hepáticas e imunitárias estão comprometidas.
<ul style="list-style-type: none"> • Existem doentes incapazes de comunicar possíveis efeitos adversos que a medicação possa desencadear.

Assim, e segundo Ramos (2017) a segurança na medicação implica atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos, sendo que os princípios gerais para a prevenção dos erros são: reduzir a possibilidade da sua ocorrência, torná-los visíveis e minimizar as suas consequências.

Surge então, segundo Guilhoto (2013), as estratégias para redução do erro (Tabela 5).

Tabela 5 - Estratégias para reduzir o erro.

Fonte – Adaptado de Guilhoto (2013).

Estratégias para reduzir o erro
<ul style="list-style-type: none"> • Dose Unitária
<ul style="list-style-type: none"> • Dupla verificação
<ul style="list-style-type: none"> • Formação dos profissionais de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Remoção de medicamentos das enfermarias
<ul style="list-style-type: none"> • Revisão dos papéis dos profissionais de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas automáticos de dispensa
<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de perfusão intravenosa inteligentes

- Tecnologias de informação:
 - Processos clínicos eletrónicos
 - Sistemas computadorizados de introdução de pedidos
 - Sistemas de apoio à decisão clínica
 - Normalização de processos

Igualmente importante é a confirmação pelos *cinco certos*:

- a) Medicamento correto;
- b) Dose correta
- c) Hora correta;
- d) Via correta;
- e) Doente correto.

Para além destes, em CP é essencial a verificação da compatibilidade entre fármacos e a sua possibilidade de administração via subcutânea.

Como mais uma estratégia de evitação do erro surge a Reconciliação Terapêutica. Esta, segundo o Departamento da Qualidade na Saúde, pertencente à DGS (2015), é uma solução importante para a segurança do doente permitindo evitar sobreposições de medicamentos, interações, entre outros, resultantes de informações incompletas ou mal comunicadas aquando da transição de cuidados do doente (admissão ao hospital, transferências dentro do hospital, alta).

Look alike, sound alike - LASA são, tendo por base a mesma fonte, medicamentos que apresentam aparência ou ortografia semelhante, ou contêm nome foneticamente similar. De acordo com a *Food and Drug Administration*, citada pela DGS (2015), 10% de todos os erros de medicação são devidos a erros LASA. Os erros provocados por este tipo de combinações podem provocar danos significativos no doente, podendo, mesmo, conduzir à morte.

Sumarizando e constando/apreendendo o observado em estágio:

A UCP privilegia a preparação da terapêutica, bem como a sua manipulação e verificação das suas propriedades (cor, sedimentação, data de validade, textura...), na sala de tratamentos. Tal permite uma diminuição exponencial de fontes distrativas e instituição de rotinas formativas de padrões que, quando integrados, resultam numa ação efetiva de qualidade. Só são administradas as terapêuticas prescritas por escrito, de forma a evitar más interpretações. É permitida a impressão dos *cardexes* dos doentes de forma a fazer uma confirmação adequada. Através do sistema operativo, fica registado o enfermeiro administrador da medicação, tal como o médico prescriptor e a hora efetiva a que foi administrada. Durante a administração *per os* sobressai a

transparência promotora de um elo de confiança entre enfermeiro e doente. É oferecida num copo identificado e é descapsulada perante o doente. Toda a administração da medicação por outras vias é igualmente identificada antes de ser administrada.

Relativamente à reconciliação terapêutica esta é denotada na prática da UCP. Cada alteração terapêutica é imediatamente registada informaticamente e caso se verifique algum erro/discrepância é de imediato comunicado e discutido entre os profissionais de direito. Em regime de alta clínica é entregue um esquema terapêutico atualizado, adaptado e perceptível ao doente/cuidador. Sendo que são realizados os ensinamentos tidos como pertinentes na altura da sua entrega.

Os *LASA* foram atentados na UCP. Foram mobilizadas estratégias facilitadoras da sua identificação rápida e eficaz. O rótulo está identificado como tal utilizando letras maiúsculas e o negrito.

A meu ver existe sempre espaço para a evolução e para a melhoria. A acrescentar a todos estes pontos imprescindíveis e úteis juntaria a identificação de alergias medicamentosas. Tal poderia ser efetuado informaticamente, aquando da prescrição da medicação à qual o doente é alérgico com o aparecimento de um sinal visual e sonoro, ou através da colocação de um símbolo, selecionado, no fundo da cama, chamando a atenção dos profissionais de saúde.

Avaliação do estado geral / sinais vitais

A impressão geral do estado de saúde do doente é interpretada subjetivamente e objetivamente pelo profissional de saúde que tem em consideração a sua experiência clínica e as alterações físicas que verifica (Pina, 2018). A constatação correta do estado de consciência, estado da pele e mucosas, necessidade e tipo de ajuda que necessita para que sejam satisfeitas as suas atividades de vida diárias (AVD'S), e avaliação dos sinais vitais conduz à situação clínica do doente.

Para uma avaliação mais correta e objetiva a UCP utiliza escalas. Para avaliação do estado de consciência utiliza a Escala de *Glasgow* (Anexo A.1). Para avaliação das necessidades do doente utiliza a escala de *Barthel* (Anexo A.2). Os sinais vitais são sempre mensurados consoante os parâmetros normais para o doente.

Portella (2018), afirma que se deve basear muito mais na observação – escuta ativa, baseada na vivência – do que propriamente nas escalas.

Tendo em conta que se fala em doentes necessitados de CP é natural que algumas das suas valências estejam comprometidas e que se dê mais importância ao conforto demonstrado pelo doente do que à captação objetiva de valores.

Assim, na UCP constatei que, caso alguma avaliação ponha em risco o bem-estar total do doente, ela é altamente ponderada e, na maioria das vezes, não é efetuada. Caso contrário são realizadas e registadas avaliações diárias de estado geral e sinais vitais.

Cuidados de Higiene e Conforto

Segundo Ribeiro e Gomez (2016) a higiene é decisiva no que respeita a fatores pessoais e ambientais que incidem na saúde física e mental dos doentes. Por este motivo, exigem uma atitude integral e globalizante que valorize as condições físicas, psicológicas, sociais e funcionais de cada doente

Carvalho (2014) define os benefícios dos cuidados de higiene e conforto para os doentes de CP:

- Conforto e relaxamento;
- Estimulação a comunicação;
- Limpeza;
- Melhoramento da autoimagem;
- Hidratação da pele;
- Criação de conforto físico e psicológico.

Na UCP o momento da higiene é muito especial. O ambiente físico é gerido de forma pormenorizada ajustando a luz, temperatura e envolvendo o doente em todo o processo facultando-lhe sempre tomada de decisão. Existe a possibilidade de colocação de música de forma a emitir tranquilidade e criar um meio personalizado.

“Sobre aquilo que vir ou ouvir respeitante à vida dos doentes, no exercício da minha profissão ou fora dela, e que não convenha que seja divulgado, guardarei silêncio como um segredo religioso”. (Juramento de Hipócrates. Versão de 1771)

A privacidade é, segundo Silva (2007), algo que “pertence a alguém”, remetendo para o conceito de “guardar”, “reservar”, num sentido que aponta para a necessidade de atender com cuidado, algo que se constitui para a pessoa como um valor fundamental que lhe é próprio.

A despersonalização é muito comum nos cuidados de saúde. Assim, a proteção da privacidade e dos dados pessoais constituem um compromisso fundamental do HLL, mais especificamente da UCP, para com o doente e a sua família.

Administração de alimentação/hidratação

Segundo Barbosa, Pina, Tavares e Neto (2016) comer e beber são atos elementares da vida, correspondem a uma necessidade fisiológica, mas também são atos de prazer.

A mesma fonte alega que, o facto de muitos doentes terem uma ingestão de alimentos e líquidos reduzida, tendo consecutivamente uma alteração da imagem corporal habitual, leva a um estado de angústia quer do doente quer da família. Tudo isto é baseado em conotações emotivas, culturais e simbólicas que vão além do puramente biológico.

A preocupação de alimentar o doente no fim de vida e as estratégias que se podem utilizar para o fazer continuam a ser motivo de discussão.

O que é consensual, e segundo Barbosa, Pina, Tavares e Neto (2016) é que todas as intervenções realizadas, em últimos tempos de vida, terão que proporcionar o conforto e não o contrário. A morte chegará pelo decurso natural da doença e não pela desnutrição ou desidratação.

Na UCP pude observar que esta questão é das que mais impacto causa na família. Por ser considerado um cuidado básico, não alimentar ou hidratar leva ao questionamento das convicções tido sempre como certas. Por vezes, insistiam em vias artificiais sem perceber os riscos destas intervenções e sem as balancear com os benefícios. Nestes casos, era articulada uma conferência familiar com os elementos da equipa multidisciplinar que se pensassem ser imprescindíveis. Tal era promotor de ajustes de expectativas irrealistas e do colmatar de mitos associados ao “morrer à fome”.

No seio dos profissionais de saúde esta também é uma questão sensível, pois são postos em causa os seus próprios valores pessoais.

De relevar nesta equipa é a capacidade de discussão em grupo dos casos, avaliando os prós e contras de cada intervenção chegando à conclusão e decisão acertada.

Controlo de Sintomas

Neto (2018) refere-se ao controlo sintomático como um dos pilares da intervenção dos CP. Desta forma, constituem-se com uma enorme importância para os doentes em fim de vida. O controlo sintomático é uma prioridade central pois implica diretamente com bem-estar do doente.

A UCP mobiliza estratégias farmacológicas e não farmacológicas que asseguram a redução máxima de ocorrências de crises que agravem ou disturbem a qualidade de vida do doente.

Por ser um tema de tal relevância será abordado mais profundamente na reflexão da aquisição de competências.

Apoio a Família

Moreira (2006), citado por Ramos (2017), refere que o relacionamento pessoal assenta em relações afetivas em que cada membro assume o seu papel, função e estatuto partilhando um contexto de referências e valores comuns sendo constituída por um conjunto de pessoas unidas por laços de aliança ou consanguinidade ou outros laços sociais. A família promove a saúde e presta cuidados quando um membro necessita.

Desta forma é fácil perceber o porquê de a nossa unidade de cuidado ser composta não só pelo doente como também pela sua família. Merece todo o cuidado e atenção personalizada e direcionada.

A UCP promove a comunicação e cuidado com a família diariamente. São efetuadas conferências familiares cada vez que se pensa ser necessário.

Por ser também um pilar dos CP, será abordado posteriormente de forma mais incisiva na reflexão de aquisição de competências.

Admissão/Alta

A UCP admite pessoas com doença grave e avançada devidamente confirmada e documentada com informação clínica atualizada e evolução do estado. O descontrolo sintomático, sofrimento intenso, exaustão dos cuidadores principais são da mesma forma critérios de admissão.

O HLL possui diferentes serviços de onde proveem os doentes de CP. Todos os serviços laboram em conjunto para que a referenciação seja eficaz e correta. Destaco os serviços de Oncologia, Medicina Interna, Atendimento Médico Permanente, Cirurgia Geral e Neurologia. Com este tipo de abertura entre sectores dá-se resposta às necessidades de antecipar prevenir e aliviar o sofrimento em contexto de doença progressiva e complexa.

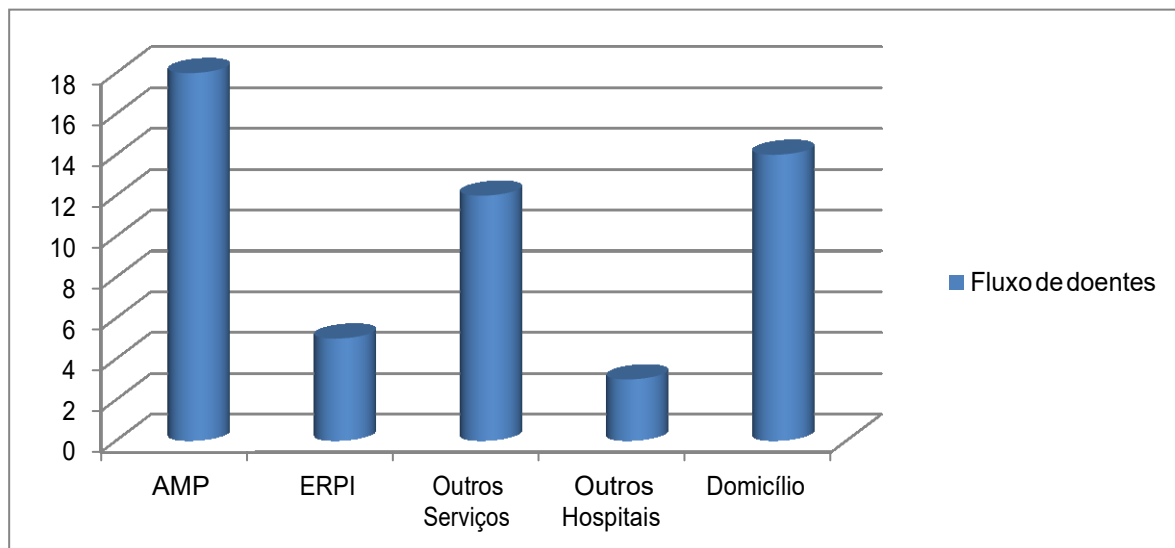
Segundo a APCP (2018) as pessoas que formam o grupo da população-alvo de referenciação são:

- Portadores de malformações congénitas ou situações que dependam de terapêutica de suporte de vida e/ou apoio de longa duração para as atividades de vida diárias
- Pessoas com qualquer doença aguda, grave e ameaçadora da vida onde a cura ou reversibilidade é um objetivo realista, mas a situação em si própria ou o seu tratamento tem significativos efeitos negativos dando origem a uma qualidade de vida fraca e/ou sofrimento
- Pessoas com doença crónica progressiva, tal como doença vascular periférica, neoplasia, insuficiência renal ou hepática, acidente vascular cerebral com significativa incapacidade funcional, doença cardíaca ou pulmonar avançada, fragilidade, doenças neurovegetativas e demência
- Pessoas com doença ameaçadora da vida, que escolheram não fazer tratamento orientado para a doença ou de suporte/prolongamento da vida e que requeiram este tipo de cuidados
- Pessoas com lesões crónicas e limitativas, resultantes de acidente ou outras formas de trauma
- Pessoas seriamente doentes ou em fase terminal que não têm possibilidade de recuperação ou estabilização e, para os quais, os cuidados paliativos intensivos são o objetivo predominante dos cuidados no tempo de vida remanescente.

Durante o período de prática clínica o maior fluxo de utentes foi proveniente do domicílio, ERPI pertencentes ao grupo do HLL, Atendimento Médico Permanente

(AMP) (equiparável a um serviço de urgência, mas sem chegada de ambulâncias) e serviços internos do hospital.

Gráfico 1 – Fluxo de doentes que deram entrada na UCP.

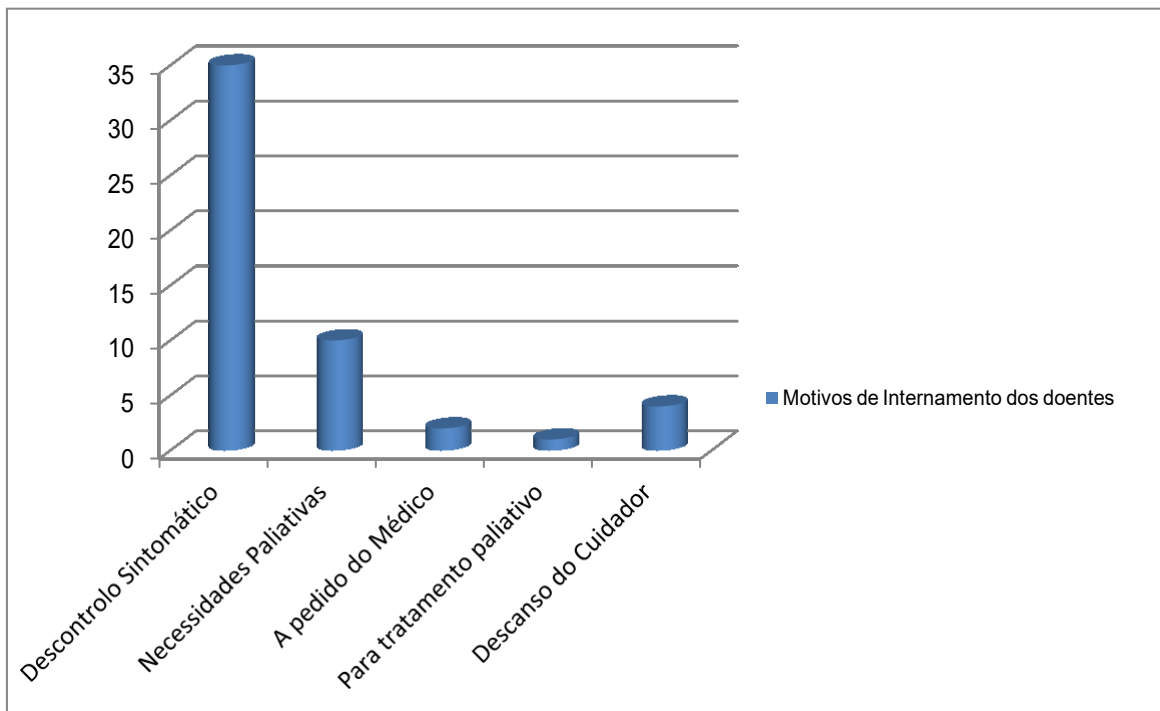


Devido aos notórios avanços da medicina, as pessoas com doença crónica vivem durante mais tempo. Segundo a CUF (2017) o serviço de medicina interna centra a sua abordagem na avaliação e compreensão do doente como um todo, estudando as interações e falhas entre os vários órgãos e sistemas. Ora, sabendo que a falência orgânica é um dos motivos mais comuns para o ingresso do doente em CP não é surpreendente que provenha deste a maior taxa de indivíduos transferidos para a UCP. Existe uma interligação entre os serviços, como já mencionado, permitindo a mais ágil transferência e conduzindo aos cuidados diferenciados.

Na UCP existe sempre a possibilidade de readmissão caso a complexidade de cuidados necessários assim se justifique. Como o contacto telefónico, ou presencial é facultado e preferenciado, pela instituição, evita para o doente a necessidade de ter de passar pelo serviço de AMP. É, deste modo que se tornam possíveis as admissões diretas do domicílio.

A escassez de recursos na comunidade leva, diretamente, a uma procura elevada ao AMP. O inadequado controlo de sintomas, agudização da doença ou falta de esclarecimento de conceitos/ajuste de expectativas incrementam esta recorrência de forma exponencial. Se se conseguisse criar medidas padrão nos cuidados primários, talvez a ida aos serviços de urgência fosse diminuída e os internamentos menos prováveis.

Os motivos de internamento na UCP (Gráfico 2) foram, durante o mês de maio, variados.

Gráfico 2 - Motivos de internamento no mês de maio.

Como se verifica, o descontrolo sintomático foi, sem dúvida, o maior motivo de necessidade de internamento. Caso existissem suficientes recursos na comunidade, realizando ensinamentos diferenciados acerca deste assunto, os internamentos eram diminuídos.

Refletindo, o facto que mais gerou surpresa, justificando com as necessidades paliativas de que padecem, foi a escassa transferência de doentes oncológicos dessa mesma especialidade para a UCP. O HLL (2018) refere que o serviço de oncologia desenvolve a sua atividade em estreita colaboração com todos os departamentos e serviços que seja necessário envolver nos cuidados prestados a cada doente, nomeadamente (...) Cuidados Paliativos (...) para os cuidados de suporte que se revelem necessários. Esta parceria saudável e eficaz justifica o supra enunciado. Eram recorrentes os telefonemas para a UCP com vista a esclarecer dúvidas e em atingir os melhores cuidados efetivos para o doente. A humildade dos profissionais fazia com que não houvesse qualquer tipo de barreira na coligação. A disponibilidade da UCP era o outro fator fundamental para o bom funcionamento da parceria referida. Tal traduz-se em conforto para o doente, permitindo a sua permanência no mesmo serviço garantindo-lhe, de igual modo, a excelência de cuidados necessários prestados.

O HLL (2018) informa que existem outras formas de admissão na UCP. A consulta de CP e a consulta de apoio psicológico.

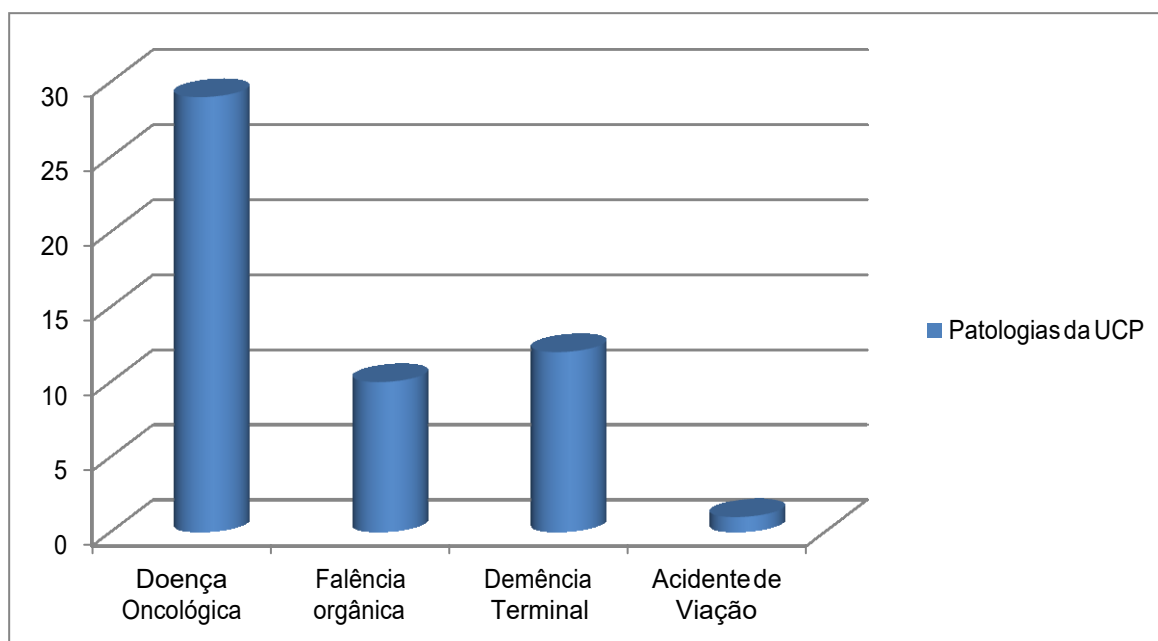
A primeira referida consiste em prestar serviço às pessoas cuja doença, sendo grave ou incurável, pode causar situações de intenso desconforto e severo sofrimento.

Estas consultas são efetuadas a antigos internados com necessidade de monitorização clínica no domicílio ou pessoas que tenham sido referenciadas. HLL (2018).

A segunda mencionada presta serviço a anteriores internados ou familiares/cuidadores que necessitem de acompanhamento psicológico (adaptação a novas realidades, papéis, gestão de comunicação...).

Importa, também, deliberar sobre o tipo de patologias que recorreram à UCP em maio do presente ano civil. (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Patologias presentes na UCP em maio/2018.



Sendo tão complexos os casos que recorrem a CP torna-se, evidente, a necessidade de colaboração entre os diferentes serviços do HLL. Isto acontece de forma tão natural e competente, denotando-se o largo período temporal, que tal já tem em funcionamento, e a prática/experiência/formação dos profissionais de saúde em causa.

Prevenção de Quedas e de Úlceras Por Pressão (UPP)

A avaliação do risco de desenvolver UPP e do risco de quedas é extremamente importante. Aquando da admissão a UCP, de forma a torná-lo mensurável e de mais fácil categorização, aplica duas escalas: para avaliação do risco de queda aplica a escala de *Morse* e para avaliação do risco de desenvolvimento de UPP aplica a escala de *Braden* (Anexo A.3 e A.4). Volta a realizá-lo de forma sistematizada de sete em sete dias ou caso o estado clínico do doente assim o exija. Deste modo, a prevenção torna-se, da mesma forma, mais fácil e eficaz.

O Diário da República (2015) afirma que as UPP e as quedas estão na base de muitos internamentos e conseqüentemente no aumento dos encargos em saúde. Segundo a DGS (2016) as quedas têm um pesado impacto económico nas famílias, na comunidade e na sociedade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), citada pela DGS (2016) indica que os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais e refletem a multiplicidade de determinantes da saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem-estar.

A mesma fonte diferencia os fatores em

biológicos, como é o caso da idade e condições de saúde agudas ou crónicas, comportamentais, socioeconómicos, como é o caso do isolamento social, fraca rede de apoio social, baixos rendimentos e, por último, ambientais, como é o caso, nomeadamente, dos perigos existentes no ambiente envolvente, na inexistência de estruturas de apoio à mobilidade ou nas barreiras à mobilidade no espaço físico. Quanto mais fatores de risco se tiver, maior é o risco de queda.

A UCP apresenta várias e distintas estratégias de prevenção de quedas. Os ensinamentos pormenorizados e adaptados, camas baixas e encostadas à parede e os meios de chamada (campainha) colocados estrategicamente, para que, se houver algum movimento menos esperado ou mais abrupto sejam automaticamente acionados. Têm, também e a meu ver, um método inovador para que o número de quedas seja altamente diminuído: meias antiderrapantes. Os doentes demonstram apreço por este método, traduzindo-se numa adesão à medida instituída e apresenta resultados bastante favoráveis.

Como apontamento de melhoria, para melhor identificação, sugiro a aquisição de meias de diferentes cores. Cada cor associada ao risco de queda do doente portador.

Barbosa, Pina, Tavares e Neto (2016) falam da pele como reguladora da homeostasia, caracterizam-na como fundamental na imunidade e na imagem corporal de cada um.

Segundo os mesmos, são várias as causas que podem provocar dano (idade, doenças crónicas, tratamentos como quimioterapia (QT) ou radioterapia (RT), fim de vida), interferindo na integridade e função deste órgão. O dano mais comum são as feridas crónicas, dentro dessas, as mais comuns são as UPP.

As UPP, segundo ©NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014) são lesões localizadas da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.

Barbosa, Pina, Tavares e Neto (2016) admitem que as UPP são uma área de grande preocupação e investimento dos profissionais de saúde, sendo considerado um indicador de qualidade. É fundamental que a sua avaliação seja multidisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas.

Assim, a UCP tem diversas estratégias de prevenção como os cuidados à pele, adequada nutrição e redução da interface pressão através das alternâncias de decúbito e posicionamentos, de quatro em quatro horas, sendo potencializados pela colocação de colchões de distribuição alterna de pressão.

Sabe-se que a cura, por vezes, não é uma meta alcançável. Nestes casos, apreendi, através da prática clínica, que o pretendido é estabilizar a lesão, prevenir novas feridas, e fazer a gestão da sintomatologia com foco na qualidade de vida do doente. Para isto, a educação ao doente e família é essencial para melhorar os resultados pretendidos privilegiando aspetos práticos. Desta forma, sobrepõe-se o suporte psicossocial prestado ao doente e família, assumindo-se a comunicação como a estratégia básica no doente com ferida crónica.

Assim, a UCP tem adotados e implementados protocolos de atuação baseados na melhor evidência, avaliação do risco e sistemas de notificação informatizados que visam identificar, investigar e atuar prontamente de modo a diminuir a frequência destes fenómenos.

Prevenção do *Burnout*

O *Burnout* parece ter-se tornado num fenómeno de massas, recebendo atenção constante da comunicação social. Segundo o ©*Institute for Quality and Efficiency in Health Care* este termo surgiu em 1970 pelo psicólogo americano *Herbert Freudenberger*. Este usou-o como forma de descrever as consequências do *stress* severo e altos ideais em profissionais que cuidam.

Os CP são particularmente exigentes pelo tipo de prestação de cuidados que é efetuada e pelo lidar constante com diferentes tipos de emoções, tensões e divergências. Assim, há que promover a saúde da equipa. O conflito de ideias está, regularmente presente e o pretendido não colmatá-lo, pois estar-se-ia a atrasar a mudança evolutiva é sim, saber lidar com ele, e nesse aspeto, a comunicação, é mais uma vez, o pilar chave.

É neste ponto que surge o meu projeto de intervenção, focado mais adiante neste relatório. O *team building* consiste em dar um reforço motivacional à equipa, através de formações, treino comunicacional, incremento dos tempos livres com promoção de atividades estruturadas criadoras de laços e boas memórias, facilitando a partilha de sentimentos e emoções, proporcionando a melhor forma de lidar com o *stress* diário. Estas atividades, para além de cativantes são proporcionadoras do incremento do bom trabalho em equipa e, consecutivamente do rendimento laboral.

Como ponto de melhoria sugeri, na UCP, a criação de um protocolo de *team building*, uma vez que, apenas formalmente, não existe um programa de prevenção do *burnout*. A equipa realiza diversas atividades físicas e lúdicas com vista à motivação e bem-estar dos seus elementos. Nestas, valoriza-se o excelente trabalho dos profissionais, através da possibilidade de identificar pontos fortes e áreas de melhoria.

2.3 Tipologia de Prestação de Cuidados

Com a alteração da perspetiva demográfica que se tem vindo a vincar no nosso país, isto é, com o aumento da esperança média de vida e com a diminuição evidente da taxa de natalidade (Pordata (2017), os CP veem a sua necessidade de prestação

cada vez mais incrementada. A esperança média de vida aumentou, e, deste modo, as patologias relacionadas com a falência orgânica, ou mesmo degenerativas e oncológicas, foram crescendo exponencialmente e a assistência que lhes era prestada era deficitária. Hoje em dia, muito ainda está por consolidar, mas denota-se um desenvolvimento da filosofia paliativa.

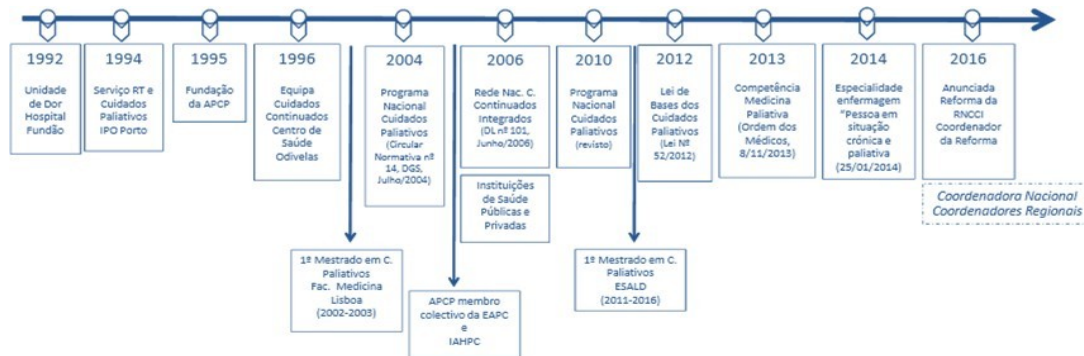


Figura 7- História dos CP

Fonte – Sapeta (2016)

Santos (2011, p. 4) afirma que a saúde é

um sector de serviços por excelência e, como tal, necessita de refletir boas práticas de gestão e que estas se fundamentem num quadro conceptual explícito que promova e facilite o desenvolvimento de culturas e climas organizacionais do elevado desempenho e bem-estar psicológico.

Este setor de serviços é brindado com as crenças e os valores de quem o formou, constituindo, então, o tal quadro conceptual. As organizações de saúde, segundo Jericó, Kurcgant e Peres (2005) são influenciadas pelas crenças e valores supracitados, na criação das normas, dos desenhos estruturais e dos protocolos em vigor. Assim, e segundo as autoras, este fenómeno gera uma cultura organizacional, sendo esta a diretriz do caminho a seguir diante de várias alternativas. Concluo que é ela a responsável pela demarcação das diferentes organizações, uma vez que, é a que delinea as características específicas de cada uma.

Volto a citar Santos (2011, p. 25) para corroborar o referido. A fonte advoga que a cultura de uma organização é definida essencialmente a partir da descrição, análise e interpretação de componentes que a constituem. Toda organização, por mais simples que seja, possui uma cultura própria, onde manifestam os seus valores, crenças, costumes, tradições e símbolos. Mais acrescenta: *“Sem a definição de valores, consciencialização de crenças e princípios, as organizações tornam-se frágeis às resoluções de problemas. É necessário, portanto, a participação e comprometimento das pessoas para se obter uma cultura transparente e aberta”*.

A UCP vivencia, diariamente, experiências comuns de carácter emocional bastante exigente, ajustando os seus valores e crenças, de forma que, existe uma forte cultura organizacional. No entanto, é de salientar que todos os elementos da equipa se regem

sob os padrões dos fundadores da mesma, sendo um ponto-chave do ponto de vista organizacional.

Contudo, por vezes, existem diferentes culturas nas organizações, contribuindo para as diversas alterações que o clima organizacional possa sofrer. Na UCP, não é comum a resistência a uma mudança ao nível da cultura, embora a sua complexidade seja evidente, porque são enraizadas expressões próprias da organização e das pessoas que fazem parte deste contexto, mas pela capacidade e motivação da equipa para a inovação e autossuperação as novas ideologias são sempre bem vistas.

Para além da cultura, é fulcral deliberar sobre o clima organizacional. Este último é definido por Santos (2011, p. 26): *“refere-se ao ambiente interno da organização caracterizado pela natureza e estilo das relações interpessoais”*.

A UCP transparece satisfação, no nível de integração e na sintonia de cada indivíduo com os valores e a cultura da organização. Têm ao seu dispor tecnologia de ponta, remunerações adequadas e prémios monetários por atingimento de objetivos e os recursos humanos relacionam-se de forma exemplar tendo por base a missão, valores e visão que têm em comum. Deste modo, posso afirmar que há satisfação das necessidades pessoais e profissionais ainda que se mantenha a ambição saudável de evoluir.

Como já foi dito anteriormente, com vista a dar resposta aos desejos dos doentes (tipo de cuidados, local de morte), são imprescindíveis diferentes tipologias de recursos especializados.

Embora a linguagem do PNCP (2004) já tenha caído em desuso, não posso deixar de o referir por ter sido um marco histórico em CP, promovendo o seu desenvolvimento e crescimento. Este plano respondeu, progressivamente, às necessidades da comunidade, promovendo o fácil acesso dos doentes aos CP nas várias regiões do País e tão próximo quanto possível da sua residência. De igual forma, foi de encontro às necessidades e preferências dos doentes, oferecendo uma gama completa de cuidados diferenciados, quer em internamento, quer no domicílio. Veio, sem dúvida, promover a articulação entre CP e outros cuidados de saúde. Procurou garantir a qualidade da organização e prestação de cuidados, através de programas de avaliação e promoção contínua da qualidade. Foi o criador de condições para a formação diferenciada na área.

Através deste, (2004), surgiu a organização por níveis dos serviços de CP. Assim:

Tabela 6 - Níveis de diferenciação dos serviços.

Níveis de Diferenciação	
Ação Paliativa	Representa o nível básico de palição e corresponde à prestação de ações paliativas sem o recurso a equipas ou estruturas diferenciadas.

	<p>Pode e deve ser prestada, quer em regime de internamento, quer em regime domiciliário, no âmbito da Rede Hospitalar, da Rede de Centros de Saúde ou da Rede de Cuidados Continuados.</p>
CP de Nível I	<p>São prestados por equipas com formação diferenciada em cuidados paliativos.</p> <p>Estruturam-se através de equipas móveis, que não dispõem de estrutura de internamento próprio mas de espaço físico para sediar a sua atividade.</p> <p>Podem ser prestados, quer em regime de internamento, quer em regime domiciliário.</p> <p>Podem ser limitados à função de aconselhamento diferenciado.</p>
Cuidados Paliativos de Nível II	<p>São prestados em unidades de internamento próprio ou no domicílio, por equipas diferenciadas que prestam diretamente os cuidados paliativos e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas.</p> <p>São prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual.</p>
Cuidados Paliativos de Nível III	<p>Reúnem as condições e capacidades próprias dos Cuidados Paliativos de Nível II, acrescidas das seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Desenvolvem programas estruturados e regulares de formação especializada em cuidados paliativos; b) Desenvolvem atividade regular de investigação em cuidados paliativos; c) Possuem equipas multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, assumindo-se como unidades de referência.

A UCP é uma unidade de internamento hospitalar dotada de recursos humanos e materiais específicos e diferenciados, fundamentais para a prestação de cuidados assistenciais de excelência e com certificado de qualidade. Pode-se então incluir nos cuidados de Nível III.

3. Objetivos, Competências e Atividades a Desenvolver

Com o intuito de me tornar mestre em CP, prosseguindo para a prática clínica e consecutivo relatório sobre a mesma, elaborei, previamente, um projeto individual de relatório no qual descrevi os objetivos a que me propunha atingir e concordantes competências a adquirir na fase de estágio tendo em conta que o iria realizar no HLL- UCP.

Desta forma, surge este capítulo com o intuito de descrever, detalhadamente o período de prática clínica, que decorreu no mês de maio do presente ano, sendo o mesmo complementado sempre que possível e apropriado com a evidência científica disponível.

3.1 Objetivos

A *World Health Organization* (WHO) (2015) define objetivo como uma meta que se pretende alcançar. Refere que podem ser definidos em diferentes níveis- Objetivos gerais e Objetivos específicos.

A mesma fonte aponta que devem ser definidos em relação aos problemas prioritários e riscos identificados na análise da situação e dentro do quadro geral. Devem ser “*SMART*” – *specific* (específicos), *measurable* (mensuráveis), *accurate* (precisos), *realistic* (realísticos) e *time-bound* (limitados no tempo).

Durante a elaboração do supracitado projeto individual de relatório, estabeleci os objetivos gerais e específicos a atingir com o intuito de me tornar perita em CP com formação especializada de elevado nível científico e alcançar os ganhos pessoais e profissionais enquanto enfermeira de cuidados gerais. Foram definidos os seguintes objetivos gerais:

a) Desenvolver prática clínica/assistencial num serviço/equipa de CP, integrando e mobilizando os conhecimentos adquiridos, ao longo de todo o curso de Mestrado, nas áreas-chave: comunicação, controlo de sintomas, o apoio à família e o trabalho em equipa;

Ao longo do período de estágio na UCP, localizada no centro do país, e da realização do relatório mobilizei as estratégias e os conhecimentos adquiridos durante o primeiro ano do Mestrado, aprofundando-os e aplicando-os.

Consolidei os conhecimentos sobre a filosofia dos CP e sobre as suas áreas chave: comunicação, apoio à família, trabalho em equipa e controlo de sintomas. Tal foi possível através da observação clínica atenta, da troca de ideias influentes com a minha orientadora e do estudo de casos clínicos.

Reconheci a vida e encarei a morte como um processo natural e que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal. Compreendi a doença como sendo uma causa de sofrimento minorável. Para tal, incrementei a qualidade da prestação de CP, exercendo cuidados diferenciados, promovendo o alívio de sintomatologia, através da implementação de estratégias farmacológicas e

não farmacológicas, e preservando a dignidade do doente e família, respeitando a sua autonomia. Rejeitei procedimentos desproporcionados sempre que deles não proviesse qualquer benefício para o doente afastando-me brutalmente da obstinação terapêutica. Reconheci que estes cuidados assentam na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, não antecipando nem atrasando a morte.

Respeitei e valorizei o doente e a sua família, personalizando os cuidados prestados e aceitando valores, crenças e prioridades individuais e abordei de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente, apoiando-me na diferenciação e na interdisciplinaridade da equipa.

Aceitei que cada doente tem os seus próprios valores e prioridades e que cada um vale por quem é até ao fim. Considerei que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas. Abordei de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente.

Pude acompanhar o caso de um doente que durante todos os anos de casamento fora um marido exemplar e um pai extremo. Durante o tempo de internamento, muito embora nunca tenha sido verbalizado entre eles, era reconfortante observar aquela dinâmica familiar. Proporcionavam aos três filhos menores um ambiente leve e menos penoso. Desta forma, denotava-se uma aceitação do rumo da situação, ainda que por vezes, falassem em milagres. Procurei adquirir competências comunicacionais com o doente, a família e a equipa multidisciplinar. Mobilizei estratégias que minoraram o impacto do sofrimento devido à doença com sessões de partilha de sentimentos e gestão da esperança e das expectativas.

Foi possível proporcionar a alguns doentes a satisfação dos seus desejos, nomeadamente convívios, na companhia da família, e a organização de um picnic festa os amigos e familiares de um doente.

b) Adquirir competências instrumentais, interpessoais e sistémicas na área de exercício profissional, nas áreas chave dos CP, de modo a garantir qualidade de cuidados, a aliviar o sofrimento e a preservar a dignidade de doentes e famílias;

Ao longo da primeira semana de estágio foquei-me essencialmente na observação, pretendendo inteirar-me das rotinas e participando nos cuidados e procedimentos com acompanhamento da minha Enfermeira (Enf.^a) orientadora. A partir da segunda semana foram-me atribuídos doentes de forma gradual e aumentativa até terminar por garantir a planificação, prestação de cuidados e avaliação de todos aqueles que foram distribuídos à minha Enf.^a. Todos os ações que realizei foram com o apoio ou supervisão da mesma referida.

Fiz por responder às necessidades dos doentes e respetivas famílias de forma holística e com sustentamento de toda a equipa multidisciplinar.

Realizei admissões, participando, juntamente com outros elementos da equipa, na anamnese e na elaboração de planos de intervenção individualizados e realistas.

Particpei nos acolhimentos ao serviço, demonstrando disponibilidade e respeito pelas opiniões do doente e família.

Procurei esclarecer mitos acerca dos CP. Dei a conhecer os seus princípios, valores e missão.

Identifiquei, avaliei e constatei o impacto dos sintomas descontrolados no doente, cuidadores/família, desenvolvendo competências ao nível do controlo sintomático, utilizando para tal escalas e ferramentas validadas e estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

Como meta primordial aponte o bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente, quanto possível, até ao fim desenvolvendo competências ao nível das estratégias de comunicação, nomeadamente no apoio à família, transmissão de más notícias e gestão de sentimentos. A comunicação é uma ferramenta que carece treino efetivo. Tive a oportunidade de a treinar e senti melhorias significativas, sinalizando problemas e prevendo possíveis necessidades de exposição de emoções.

Estudei os protocolos da UCP e agi consoante os mesmos. Sempre com foco nos cuidados personalizados. A UCP preconiza algumas estratégias de intervenção para situações específicas, nomeadamente riscos de queda, perda de via oral e febre. Além destes protocolos de aplicabilidade mais generalizada, todos os doentes têm prescrição antecipatória de medicação em *SOS* bem como a ordem pela qual os devem tomar e a indicação específica de atuação em caso de paragem cardiorrespiratória (PCR) – decisão de reanimar (DR) ou decisão de não reanimar (DNR). Esta informação está presente nas folhas de passagem de turno sendo que, a meu ver deveria ser mais evidente. Por exemplo através da colocação de uma pulseira identificativa da DNR sendo mais rápida e fácil a identificação da prescrição.

Desenvolvi a importância da humanidade, compaixão, disponibilidade e rigor científico através da preservação da autonomia do doente e do seu poder de tomada de decisão.

Colaborei com a equipa multidisciplinar na realização de formações e desenvolvimento de programas informativos, tendo como finalidade a melhoria da comunicação de informação clínica, tornando-a mais fluente e a definição de objetivos de cuidado. Deste modo a melhoria da prestação de cuidados era potencialmente incrementada.

Desenvolvi a minha capacidade de tomada de decisão adequada, sempre trabalhando em equipa e respeitando os protocolos de atuação da UCP. Deste modo aprendi a adequar o uso de terapêuticas invasivas e diagnósticas, tendo em conta as necessidades efetivas do doente e família, assim como a partilha de conhecimentos teóricos na reflexão de questões éticas. De igual modo aprendi a compreender as questões que envolviam dilemas éticos.

Adquiri maior destreza profissional na preparação, titulação e rotação de fármacos.

Prestei cuidados de forma a satisfazer as AVD'S dos doentes. Alimentei doentes por via artificial quando assim era justificável.

Hidratei a pele e executei tratamentos a UPP, feridas malignas e esfacelos. Categorizei-as (através da escala de *Braden* (Anexo A.4)), acompanhei o seu desenvolvimento, registei as mudanças observadas e tracei objetivos de tratamento.

Coloquei acessos subcutâneos (SC) e venosos periféricos, após ponderação, para hidratação e administração de terapêutica – quando a via oral não estava disponível.

Colaborei na realização de exames complementares de diagnóstico, sobretudo colheitas de sangue, fezes e urina para análises. Aquando da admissão realizei colheitas de zaragatoas para despiste de infeções.

Procurei atentar no trabalho da psicóloga e identificar as suas estratégias de comunicação, de forma a incrementar a minha capacidade de apoiar o doente e família, esclarecendo os mitos associados a esta área como a alimentação/ hidratação, melhorias inesperadas, gestão da esperança e de expectativas. Colaborei no planeamento do processo de luto, apoiando o desenvolvimento do programa informativo que está embrionário. Este visa referenciar membros da família potencialmente vulneráveis a lutos patológicos e pretende alertar para apoios temporalmente adequados (morte, um mês depois e seis meses depois).

c) Compreender e aplicar os valores e princípios dos CP na prática assistencial;

Compreendi e apliquei os valores basais dos CP:

Afirmei a vida e o valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica.

Aumentei a qualidade de vida do doente e sua família.

Prestei individualmente, de forma humanizada, e de forma tecnicamente rigorosa, CP aos doentes que deles necessitaram.

Constatee, aprendi e vivi a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na UCP.

Reconheci e aprendi a diferenciar e antecipar a dor e os demais sintomas.

Demonstrei consideração pelas necessidades individuais dos doentes.

Respeitei os valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas. Tive a oportunidade de ter um caso de uma doente cujas terapêuticas passavam apenas pelas terapias não farmacológicas. Neste caso incrementei bastante as minhas técnicas comunicacionais. Sempre respeitando a tomada de decisão da doente, bem como os seus valores e crenças, conseguimos chegar ao acordo da aceitação da simbiose do natural com a medicina convencional, utilizada só em SOS.

Garanti a continuidade de cuidados ao longo do processo e doença.

d) Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes à prática dos CP;

Compreendi e apliquei os princípios fundamentais da Bioética: Justiça, Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência.

Ponderei, eticamente, com a equipa multidisciplinar, mais intensivamente com a minha Enf.^a orientadora, acerca de dilemas que me foram surgindo durante a prática clínica.

Procurei esclarecer todas as dúvidas que me foram surgindo ao longo do tempo.

Dei formação à equipa multidisciplinar acerca do *team building*, aplicado aos CP. Demonstrei disponibilidade para esclarecer dúvidas acerca da temática.

Propus a administração de solutos diluídos em água através de seringa ao invés de os administrar diretamente na mucosa oral sem diluição e com conta-gotas. A xerostomia evidente não promove a correta absorção deste tipo de terapêutica.

e) Demonstrar competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, à sua família e ao seu grupo social de pertença, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos CP, sempre em colaboração com a restante equipa multidisciplinar;

Observei e estudei as dinâmicas de serviço da UCP, integrando os cuidados de Enfermagem e em colaboração com a restante equipa multidisciplinar. Participei ativamente em todos os cuidados, nos diferentes contextos. Realizei o período de estágio em regime de internamento, mas tive a oportunidade de observar efetivamente a articulação entre UCP- outros serviços, UCP- outros hospitais; UCP- ERPI e ainda UCP- domicílio.

Apliquei e testei todos os conhecimentos adquiridos durante o contexto sala de aula do Mestrado em CP, procurando oportunidades de aperfeiçoamento de estratégias de comunicação e trabalho em equipa, relação terapêutica, apoio à família e controlo sintomático.

Valorizei os conhecimentos experientes dos profissionais da equipa diferenciada.

f) Refletir criticamente sobre tipologia e modelo de organização do serviço observado;

Respeitei a tipologia e o modelo de organização da UCP. Apreendi que atua desde o diagnóstico da doença, assumindo um papel integrado e holístico, cada vez mais notório e intensivo à medida que as necessidades do doente assim o justifiquem.

Acompanhei o acompanhamento simultâneo das intervenções paliativas em articulação com as intervenções curativas. Tive a oportunidade de observar um caso em que foi autorizada uma transfusão sanguínea a uma utente com vista, não à sua

cura, mas sim a sua melhoria temporária para que estivesse bem aquando da visita anual dos netos, sendo esta a provável última vez que os veria.

Constatei que, o desafio deste modelo, presente na UCPA, se prendia com a mobilização dos recursos, assegurando a sua atuação no tempo correto e de forma igualmente correta.

Constatei que a equipa da UCP tem sempre presente a preocupação de garantir a continuidade de cuidados.

g) Desenvolver capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de estágio clínico, mediante a elaboração de um relatório final e da construção de um plano de implementação de uma equipa de CP.

Escutei ativamente os pontos de melhoria, relativos à prática assistencial, que a minha Enf.^a orientadora me ia apontando. Aperfeiçoei formas de trabalho e adquiri novas competências.

Realizei um diário com reflexões semanais em que refiro questões pertinentes a abordar em contexto relatório final bem como as atividades desenvolvidas, objetivos atingidos e competências adquiridas.

3.2 Competências

A Ordem dos Enfermeiros (2011) refere competência como sendo uma esfera de ação compreendendo um conjunto de funções fundamentadas com linhas condutoras e um conjunto de elementos agregados.

A mesma fonte refere que as competências, de um Enfermeiro Generalista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são:

- a) Desenvolver uma prática profissional com responsabilidade;
- b) Exercer a prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico.

Segundo o Diário da República (2015) as competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativas são:

- a) Cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.
- b) Estabelecer relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Assim, com este Estágio clínico, atingi as competências no que concerne:

- a) Aos princípios e à filosofia CP, através da prática de cuidados e do conhecimento do seu papel no seio do Sistema de Saúde;

- b) Aos valores e crenças pessoais em diferentes contextos de CP;
- c) À avaliação e alívio de sintomas através da utilização de vários instrumentos de medida e evidência científica;
- d) À atuação como consultora no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade, bem como em aspetos éticos, legais e culturais inerentes aos CP;
- e) À capacidade de identificação de necessidades psicossociais e espirituais dos doentes e família;
- f) À terapêutica comunicação com o doente, família e equipa multidisciplinar, dando relevo a programas de luto para pacientes e familiares;
- g) À realização de planos de cuidados personalizados e com intervenção da equipa multidisciplinar de forma coordenada e interativa;
- h) À promoção de programas de formação, de diferentes níveis, em CP para diferentes profissionais de saúde;
- i) À estruturação e implementação de programas em CP, bem como a avaliação à sua qualidade.

4. Reflexão da Aquisição de Aptidões Efetivas

Peixoto e Peixoto (2016) referem as reflexões como algo que tem adquirido um profundo reconhecimento acerca da prática de Enfermagem, assistindo o processo de aprendizagem e impulsionando o corpo de conhecimentos da própria disciplina. Afirmam ainda que é uma habilidade indispensável no contexto clínico atribuindo aos profissionais responsabilidades partilhadas para continuar a expandir o corpo de conhecimentos da disciplina.

4.1 Comunicação

Aparício (2017) refere que a comunicação é um agente terapêutico muito poderoso. Cita Neto definindo o conceito de comunicação como um processo dinâmico e multidirecional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensoriais perceptuais (acústicos, visuais, olfativos, táteis e térmicos) que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra. Cita ainda Stedeford (1984) corroborando que existe maior sofrimento em doentes com doenças terminais causado por uma comunicação deficiente acerca da doença do que por qualquer outro problema, exceto a dor não-aliviada.

Aprende-se a comunicar desde o nascimento. Esta efetua-se através da passagem de uma mensagem desde o emissor até ao recetor, sendo possível a sua distorção pela presença de ruído.

Ribeiro (2015) cita Querido, Salazar e Neto (2010) afirmando que a comunicação é a chave para o desenvolvimento de uma relação interpessoal genuína que permita atender a todas as dimensões de uma pessoa doente e em sofrimento.

A comunicação é a base da qualidade relacional, e sem esta última a prestação de cuidados assistenciais fica altamente comprometida.

Os objetivos da comunicação em CP, segundo Almeida (2008), que cita Taube (2003) são:

a) Determinar o nível de compreensão do doente relativamente à sua condição clínica e prognóstico. Nenhuma comunicação poderá deveras ser dita eficaz caso este objetivo não esteja satisfeito.

b) Determinar a quantidade de informação clínica que o doente quer saber. Personalizar a transmissão desta informação, não forçar informações ao doente que ele mostra não querer saber, respeitando os princípios éticos e desejos do doente.

c) Determinar o nível de vontade do doente participar ativamente nas tomadas de decisões relevantes. Personalizar esta participação tendo em conta o nível de tolerabilidade e as possíveis limitações do doente.

d) Determinar se o doente quer incluir os seus significativos (determinar quais são) na disseminação da informação disponível e nas tomadas de decisão.

e) Nos objetivos a), b) e c) respeitar sempre as pessoas significativas para o doente.

f) Ativamente desenvolver compreensão pela pessoa que o doente é. Saber qual o significado desta doença para este doente. Saber qual é a personalidade deste doente, quais as suas estratégias de *coping*, dimensão espiritual, objetivos, prioridades, valores, etc. Qual a natureza do sofrimento deste doente.

g) Determinar as redes de apoio do doente e dos seus significativos (profissionais de saúde e cuidadores). Providenciar intervenções que otimizem estas redes de apoio.

h) Utilizando a informação constante dos objetivos anteriores, informar os profissionais relevantes, permitir o *coping* e o melhor entendimento da realidade pelo doente e profissionais de saúde. A mesma informação poderá ter que ser abordada mais do que uma vez a fim de ser totalmente integrada como realidade do doente. Lembrar que a negação é um mecanismo de *coping* muito poderoso e que a integração de informações na realidade própria é um processo, não um acontecimento pontual e único.

i) Utilizando a informação constante dos objetivos anteriores, tentar facilitar as decisões que sejam no melhor interesse do doente, mas ter sempre presente que o doente é autónomo, ativo e superior na sua tomada de decisão.

j) Atentar nas necessidades emocionais de todos os envolvidos, a fim de relevar a sua individualidade e dignidade.

k) Utilizando a informação constante de todos os objetivos anteriores, estabelecer uma aliança terapêutica com os doentes e seus significativos, construindo relações que sejam sustentadas reciprocamente ao longo do tempo.

Aparício (2017) refere que as competências básicas para a comunicação são:

- a) Fazer perguntas;
- b) Dar informação simples;
- c) Assertividade;
- d) Empatia;
- e) Honestidade;
- f) Autenticidade;
- g) Compreensão;
- h) Sensibilidade;
- i) Envolvimento;
- j) Reflexão;
- k) Clarificação/Precisão;
- l) Exploração;

- m) Personalização;
- n) *Feedback*;
- o) Disponibilidade;
- p) Validação.

Aparício (2017) enaltece, também, a importância da escuta ativa focando:

- a) O Contexto/Ambiente
- b) A preparação do conteúdo da informação
- c) O Iniciar a comunicação ao nível do olhar do doente
- d) Fazer questões abertas
- e) Responder às necessidades do doente
- f) Observar e responder às emoções
- g) Perguntar antes de responder
- h) Interessar-se pela vida do doente (e não apenas pela doença)
- i) Assegurar que a linguagem não-verbal está de acordo com a verbal
- j) Atenção / Interesse

Numa publicação do *Cancer Journal for Clinicians* acerca das dificuldades sobre a comunicação em oncologia, de Back *et al* (2005), verificam-se os obstáculos presentes à realização da mesma. Os autores referem que as maiores lacunas têm que ver com bloqueios à comunicação, exposições inadequadas, dependências de rotinas, colisões, e ilações prematuras. Como forma de prevenção destes acontecimentos altamente impeditivos de uma comunicação eficaz, os autores deixam algumas técnicas facilitadoras.

Ask-Tell-Ask

Este princípio baseia-se na perceção daquilo que o doente já sabe, dirigindo, depois o diálogo com essa noção. Também funciona como uma forma de construir uma relação terapêutica, pois mostra que se está disposto a ouvir e negociar com o doente. Na oncologia, a maior parte da comunicação envolve o fornecimento de novas informações, sendo que há a necessidade de garantir a manutenção de partilha de ideias. Assim: Há que pedir ao doente a descrição do seu entendimento atual do problema. Isso ajudará a elaborar a sua mensagem levando em consideração o nível de conhecimento do doente, o estado emocional e o grau de instrução.

Para que se realize esta técnica existem perguntas simples para quebrar o gelo: O que o traz aqui hoje? Qual é a questão mais importante para falarmos? Pode-me dizer qual é sua compreensão sobre sua doença? O que lhe têm dito sobre sua doença desde a última vez que nos falamos?

A comunicação deve ser feita de forma direta - as más notícias, as opções de tratamento ou outras informações. Grandes e elaborados diálogos levam a falhas de compreensão:

- A informação dada deve ser simples e curta.
- Não devem ser dadas mais de três informações ao mesmo tempo.
- Há que evitar o jargão médico.
- Confirmar se a informação foi percebida, dando-lhe a oportunidade de verificar o seu entendimento e as suas dúvidas.
- Pedir ao doente para reafirmar o que foi dito pelas suas palavras. Assim ter-se-á a oportunidade de delinear objetivos e perceber o que deve ser esclarecido.

Tell me more

Este princípio é utilizado para quando a conversa se desvia do rumo que se queria tomar. Pode-se mencionar ao doente: “Penso que não estamos no mesmo caminho”.

Para voltar ao ponto correto, geralmente, é útil convidar o doente a explicar onde ele está, na conversa, e relembrar que esta tem pelo menos três níveis. O primeiro: “O que está a acontecer?” - em que o doente tenta entender as informações. O segundo nível- as emoções. O doente pergunta a si mesmo: “Como me sinto em relação a isso?” Além de tentar descobrir as suas emoções, também está a avaliar se estas são válidas. O terceiro nível envolve o que as novas informações significam em termos do senso de identidade do doente, abordando a pergunta: "O que isso significa para mim?".

O *Tell me more* incide na procura de saber mais sobre aquilo que o doente pensa. Por exemplo: Pode-me dizer algo sobre como se está a sentir sobre o que discutimos? Pode-me dizer o que isso significa?

Respond emotions (NURSE)

N=Naming

Consiste em nomear a emoção do doente para si mesmo, como uma forma de observar o que está a acontecer. Pode-se até nomear a emoção para o doente, com o intuito de demonstrar sintonização. Nomear, reafirmar e resumir, de maneira ideal, é algo que aceita e responde às emoções do doente.

U=Understanding

Consiste em ter uma compreensão clara, o que pode exigir alguma exploração, escuta ativa e uso de silêncio.

R=Respecting

Pode ser uma resposta não-verbal, envolvendo expressão facial, toque ou mudança de postura, mas uma resposta verbal é útil porque pode ser mais explícita ao dar aos doentes a mensagem de que as suas emoções não são apenas permitidas,

mas importantes. Reconhecer e respeitar as emoções de um doente é um passo importante para mostrar empatia.

S=Supporting

Vários tipos de declarações de apoio são possíveis. Demonstrar preocupação, articular a compreensão da situação, expressar disposição para ajudar, fazer declarações sobre parceria e, o mais importante, reconhecer os esforços do doente para lidar com isso.

E=Exploring

Fazer perguntas focadas ou expressar interesse em algo que o doente mencionou como forma de aprofundar uma conexão empática.

Almeida (2008) cita Grantham (sd) referindo que as barreiras comunicacionais muito têm a ver com a religião, a idade, o grupo étnico, o género, as experiências passadas, e o estatuto socioeconómico, dos intervenientes no processo comunicativo em contexto paliativo. A mesma autora cita depois Corney (1996) referindo que

em termos de barreiras específicas de situações paliativas, estas prendem-se com a incapacidade de ser claro ou estar seguro relativamente às informações a serem transmitidas, sobre diagnóstico ou prognóstico; estar apressado e/ou ter pouco tempo para uma explicação integral da situação; ter dificuldade em dar más notícias ou informações desagradáveis e evitar o assunto; não compreender a importância de prestar informações no caso específico; ocultar informação com o objetivo de proteger o doente, por considerar que o iria angustiar ou perturbar; ter receio de se envolver emocionalmente, pelo que todos os contactos que possam tornar-se emocionais, são evitados.

Por fim cita Hallenbeck et al (2003) advogando que limitações de tempo, diferenças de linguagem, desconforto na abordagem a conteúdos emocionais são também outras barreiras, acrescentando ainda a qualidade da formação do profissional, a falta de trabalho e espírito de equipa, a divergência de “agendas interiores” (ou objetivos de cada interveniente), e, por fim, a resistência para alterar hábitos adquiridos.

Ribeiro (2015) cita Viridun et al (2015) referindo que a comunicação verbal e não-verbal são uma parte integrante da pessoa, exigem dos profissionais a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais. Estas não se desenvolvem apenas com acumulação de experiência clínica, mas com treino e consecutivamente formação contínua no contexto.

Desta forma, a prática clínica em contexto real de CP torna-se numa oportunidade fundamental para treino da ferramenta comunicação. A interiorização das oportunidades de conversa com doentes, familiares e equipa multidisciplinar levam a evolução efetiva das ações.

A minha Enf^a. orientadora referia várias vezes que o facto de se anteciparem situações e comunicar acerca delas demonstraria abertura, segurança e atenção. A verdade é que, muitas das vezes o difícil era apenas começar a abordagem.

Graças a ela e ao seu encorajamento contínuo, permitiu-se o meu progresso comunicacional e a perda de insegurança sucessiva sobre o que realmente dizer. O facto de ter decorrido uma formação intensiva no HLL sobre as competências comunicacionais, com imensos casos práticos e possibilidades de *roll-plays* foi mais um fator importantíssimo para aquisição de estratégias e conhecimentos valiosos a por em prática.

De forma a demonstrar efetivamente as competências adquiridas neste campo, enunciarei e analisarei dois casos clínicos experienciados na UCP.

Caso Clínico 1

Dona (D.) C.S. – 52 anos

História Clínica: Neoplasia do Fígado com metastização óssea. Recusa qualquer tipo de terapia invasiva bem como farmacológica. Internada por descontrolo sintomático (náuseas, vómitos e dor severa). Utilizadora de terapias não convencionais para alívio de sintomatologia (canabióides e outras ervas não especificadas). Encontrava-se asténica e emagrecida.

Situação Familiar: Casada, vive numa comunidade naturalista. Não mantém contacto com o filho de 29 anos.

A doente ingressou na UCP a 02 de maio. Vinha acompanhada pelo marido e por uma amiga. Trazia um aparelho eletromagnético com ela, que segundo a própria, era facilitador do aporte de boas energias. Proveio do domicílio e deu entrada pelo AMP. O primeiro contato com a doente ocorreu aquando da entrada, tendo feito a sua admissão e acolhimento no serviço. A doente e o marido estavam ambos informados acerca do seu diagnóstico e prognóstico. As expectativas estavam desajustadas, depositando toda a esperança nas terapias alternativas. A equipa multidisciplinar iniciou a gestão do caso com o esclarecimento da mudança da abordagem curativa para a abordagem paliativa, com o principal objetivo de controlo sintomático.

Tive novo contacto com a doente a 04 de maio. A doente mantinha sintomatologia descontrolada e postura irredutível em relação à possibilidade de adesão ao regime farmacológico, demonstrando-se não recetiva aos cuidados. O marido prestava-lhe cuidados de higiene e conforto, trazia a alimentação de casa e apoiava incansavelmente a esposa. A última referida tinha visitas constantes de amigas que tentavam abordar a questão sintomatológica sem receção positiva.

04/05/2018, M: A doente encontra-se visivelmente com dor, pouco comunicativa e com discurso repelente. Bato à porta, pedindo licença para entrar no quarto. Não obtive reação da doente. Obtive do marido, concedendo autorização. Este encontrava-

se visivelmente esgotado. A doente está deitada na cama, em posição aparentemente antiálgica. Não tem a televisão ligada e mantém-se às escuras. Tem os olhos fechados. Apresento-me. Pergunto-lhe como foi a noite e se já tinha tomado o pequeno-almoço. D.C.: “Como é que achas que foi? Não comi, não tenho fome.” Olhei para trás procurando apoio da minha orientadora que acenou com a cabeça. Percebi de imediato que tinha um caso em mãos onde poderia evoluir as minhas capacidades comunicacionais. Dirigi-me ao carro de higiene e questionei se poderia prestar-lhe esses cuidados. Esclareci que o marido poderia ficar presente e até ajudar-me. Encolhe os ombros e mantém postura. Permaneci em silêncio. Desfaz posição no leito e grita: “Demora muito?”, gesticulando as mãos.

Agora, vindo de fora, reconheço a insegurança que me impediu de desenvolver a manifestação de que a “noite não tinha corrido bem”. Sinto perdida a oportunidade de ter feito a diferença e de ter estabelecido uma relação terapêutica e empática mais imediata. A doente revelou preocupação com o seu problema e bloqueei esse assunto com os cuidados de higiene, não acatando os seus medos e receios reais. Mantive a meu foco na recolha e preparação de material para os cuidados a prestar, tentando procurar a minha segurança interior e capacidade para lidar com a situação. Deste modo, posso ter transmitido a mensagem de desinteresse, sendo este um erro a corrigir.

Bermejo (2017) aponta que se as atitudes constituem disposições interiores do profissional, com a sua dimensão cognitiva, afetiva e comportamental; as habilidades são a forma mais prática em que aquelas se concretizam na relação e se traduzem num modo de articular a comunicação, um modo de torná-la operacional.

Back et al (2005) descrevem comportamentos a evitar pelos profissionais de CP, uma vez que constituem barreiras à comunicação eficaz. *Blocking*: O profissional de saúde não dá resposta à expressão de uma preocupação do doente, por vezes redirecionando a conversa para outro tema. Este comportamento, segundo os autores, é, na sua maioria inconsciente, mas deve ser evitado na medida preventiva de não perder informação acerca dos medos do doente e dispor reposta a sua solicitação. *Lecturing*: Transmissão de excessiva informação sem que seja dada ao doente a oportunidade de responder ou colocar questões. *Collusion*: Se no artigo referido a cima se verifica a correta estratégia de Ask-Tell-Ask esta é a situação oposta. O doente é incapaz de expressar as suas preocupações e anseios. Assumem que por ser um tema importante será abordada pelo profissional, enquanto este considera que o doente questionará tudo o que quiser saber. Deste modo, ficarão as conversas sobre o fim de vida apenas subentendidas. *Premature Reassurance*: Situação criada pela “falta de tempo” dos profissionais de saúde. As questões efetuadas são respondidas sem a sua exploração e compreensão efetiva pondo em causa a escuta ativa.

A escuta ativa implica quatro etapas fundamentais: ouvir, codificar, interpretar e responder. Este processo é fundamental para a compreensão do doente, levando-o a

apreender o contexto e os sentimentos relacionados com a comunicação verbal e não-verbal afirma Twycross (2003).

Nem toda a comunicação carece de um gasto importante de tempo. Assim que a relação terapêutica estiver criada, o doente terá mais facilidade em demonstrar as suas preocupações, criando-se um diálogo aberto. Este processo envolve perícias verbais e não-verbais. Almeida (2008) cita Grantham (s.d.) afirmando que a comunicação verbal se baseia no uso da palavra falada, mas que, no entanto, 80% da comunicação é não-verbal. Depois cita Taube (2003) para que se tenha presente que a comunicação não-verbal é superiormente importante à verbal, quer no comportamento dos profissionais de saúde, quer na avaliação dos doentes e seus significativos. Assim, concluo que no processo comunicacional é fulcral atentar em ambos os tipos de comunicação, uma vez que geralmente são complementares e ocorrem simultaneamente. Almeida (2008) realça ainda a probabilidade de haver situações em que a comunicação seja forçosamente apenas não-verbal, por limitações do doente.

Durante os cuidados de higiene e conforto a doente mantém-se em silêncio, mostrando face de esgar em certas posições. Fui personalizando os cuidados perguntando as suas preferências como a luminosidade do quarto, temperatura da água e colocação de creme hidratante. Após perceber que estava ali para a cuidar e ajudar, sem juízos de valor, no que estivesse ao meu alcance, e após o encorajamento para que o marido participasse ativamente nos cuidados, a disponibilidade da doente foi alterando. Aproveitei este facto para ir colocando questões simples acerca da sua história, tornando o momento de higiene num espaço de partilha. Foi respondendo com agrado, da mesma forma que o banho começava a ser um momento agradável para ela. Impressionantemente, parece ter alguma carência de conversa. Perguntei-me: “A sua forma de falar é característica... Não é daqui pois não?”. Ri-me e respondi: “Não... Sou albicastrense”. Muito admirada retorna-me: “É o quê?”. Ri-me novamente: “Albicastrense. Sou de Castelo Branco.” Neste momento ria ela, e de imediato não percebi o porquê. Mantive-me em silêncio, dando-lhe espaço para gozar aquela rara e bela gargalhada. Reinicia a conversa: “Castelo Branco não conheço... Conheço Idanha-a-Nova (esboça um sorriso), costume... Costumava ir lá a um festival... Boom. Conhece?”. Respondo: “Só de nome... mas pode-me ajudar a conhecer”. Adota novamente uma postura rígida e responde de forma rude: “Posso? Neste momento não posso mais nada”. Puxo então o ecrã de acesso a Internet e refiro: “Hoje temos mais facilidades em realizar certos desejos. Tem alguma música desse festival que gostasse de partilhar comigo?”. Encontra o seu olhar com o meu e enuncia o nome de uma banda. O marido, neste momento estava sentado, admirando a esposa e olhando-a de forma ternurenta. Os cuidados, a partir deste momento foram prestados ao som de *Ella Vos – White Noise* e ao som da tranquilidade há tanto procurada. Terminámos.

Procurei validar a sua revolta e tristeza, empatizei com a musicoterapia esclarecendo que a dor, por vezes, não é só física. Sorriu, muito discretamente e encaixou a mão dela na minha. Encorajei a atitude e demonstrei disponibilidade.

Fechou novamente os olhos, serenamente, e ficou ao som da música. Senti que ficou muito por dizer, mas que era possível delinear um caminho conjunto com a doente e recuperar a sua confiança nos profissionais de saúde. Nesse dia, comeu a dieta, a gosto, da UCP valorizando o facto de a fruta ser um alimento presente.

Almeida (2008) refere que a comunicação eficaz além de trazer um maior entendimento geral, também permite melhorar a qualidade de vida e uma melhor experiência relativamente à perceção dos cuidados recebidos. Segundo Beavan (2007), as vantagens, para os doentes, de uma comunicação eficaz são: identificação rigorosa dos seus problemas; satisfação com os cuidados prestados; seguimento de conselhos dos profissionais de saúde; redução de ansiedade e depressão; otimização da relação terapêutica e redução de erros clínicos. Este autor refere também que a comunicação eficaz perante o doente e a família é a pedra angular de todas as respostas efetivamente geradoras de ajuda. É transversal nas várias fases do processo de doença: diagnóstico, negociação, comunicação de más notícias.

O toque e o silêncio são dois aspetos fundamentais na relação de ajuda a ter em consideração. A comunicação não-verbal, como já referido, tem um papel importante no estabelecimento da interação terapêutica e do respetivo cuidar com qualidade. Segundo Ramos (2017), que cita Pinto (2013), a comunicação não-verbal é transmissora das nossas emoções e dos nossos sentimentos, oferecendo significado mais profundo, genuíno e verdadeiro do que a linguagem verbal, uma vez que não esta sujeita à censura do consciente. Aparício (2017) corrobora: os doentes procuram “pistas” na expressão dos profissionais de saúde e retiram as suas próprias conclusões acerca da aceitação e preocupação que têm para com eles. A mesma autora afirma que a comunicação não-verbal pode sustentar a verbal ou, contrariamente refutá-la. A forma como o doente se sente pode claramente ser influenciada por este fator. Segundo Barbosa, Neto, Pina e Tavares (2016) as comunicações, verbal e não-verbal têm de ser congruentes. Referem que se conhecermos e aplicarmos os princípios de uma boa comunicação, empatia e segurança não se correrá o risco de se ser mal interpretado.

O toque é, segundo Barbosa, Neto, Pina e Tavares (2016), um dos aspetos da comunicação que pode introduzir maior proximidade na interação, transmitindo ao doente a ideia de que o profissional está com ele, partilhando o seu sofrimento. Ribeiro (2015) afirma que o toque reduz consideravelmente a sensação de isolamento. Pacheco, Rosa e Viegas (2007) afirmam que a pele, como maior órgão do ser humano, é perfeitamente aceitável utilizá-lo como forma de melhoria da saúde do indivíduo. Constitui, segundo as autoras, num método holístico não invasivo, utilizado no alívio da dor, diminuição da ansiedade e promoção do relaxamento.

Barbosa, Neto, Pina e Tavares (2016) referem que os doentes terminais se queixam de que são menos tocados quando a doença está numa fase avançada. Segundo estes autores, o toque físico tem que ser adequado consoante as circunstâncias da interação. Há que conhecer as pessoas, relações e adequar as

distâncias (íntimo, interpessoal ou social). Para que isto seja factível é necessário garantir disponibilidade, privacidade, estabelecimento de contacto visual e a utilização de um discurso fluente, adequado à pessoa, evitando termos técnicos.

Neste caso enunciado, o toque permitiu uma maior conexão com a doente, encorajamento das suas capacidades e revelou-se, de igual modo, importante na continuidade da relação. Foi transmissor de confiança. Pacheco, Rosa e Viegas (2007) referem que a maioria dos estudos científicos evidencia o toque terapêutico como potenciador da diminuição da intensidade da dor, um dos principais sintomas em CP.

Após almoço, enquanto conversávamos acerca do seu aparelho “transmissor de boas energias”, o marido chega e disse: “a minha mulher faz muita falta lá na herdade...”. A D. C. que se encontrava deitada no leito, sem almofada como já era sua característica, esboçou um largo sorriso e puxou o marido contra o peito. Reforcei a importância do apoio. O marido, ainda que a medo diz: “Só é pena estas dores que não aliviam...”. Sentiu-se uma mudança no ambiente do quarto. Reforcei: “Não aliviam D. C.S?”. “Não!”, respondeu ela de forma fria e como se não houvesse outra hipótese. O marido, incomodado pelo resultado da sua afirmação diz: “Pronto, pronto C., desculpa, já passou.” No mesmo instante a D. C. começou a chorar e disse: “Se tiver que aliviar alivia, sem artificios!”. O marido inicia uma massagem aos pés da doente, com algum efeito calmante. Optei por deixá-los a sós durante um período de tempo, que usei para relatar o sucedido à minha orientadora. Comentei com ela o quão difícil deveria ser ter a consciência de que há algo mais a fazer e o quão impotente o marido se deveria sentir.

Decidimos abordar o senhor (Sr.) no sentido de confirmar esta situação e perceber como seria a melhor forma de abordar o assunto. Este manteve esta versão dos acontecimentos referindo que, muito embora a obstinação da esposa fosse concentrada, poderíamos conseguir convence-la. Devagar. A Enf.^a orientadora referiu que deveríamos tentar incrementar mais a nossa relação de confiança, mantendo sempre a ideia de que a tomada de decisão era sempre da doente. A conversa com o marido foi curta, mas importante.

Enf.^a orientadora: “Gostaríamos de falar consigo sobre a melhor forma de conseguirmos gerir esta situação...”. Marido: “Eu sei que é a vontade dela, mas não aguento vê-la com tantas dores. Também acredito no poder das coisas naturais... mas admito... às vezes não chegam... (começou a chorar) a minha mulher era linda... parecia deslizar enquanto andava... Perguntei: “Era?”. Corrigiu apressadamente: “É! Mas a verdade é que não somos nada, um dia estamos bem e no outro...”. Disse: “Talvez a D. C. precise de falar consigo acerca deste assunto, ter o seu aval, perceber que não erra se o fizer...”. Marido: “Sim, mas custa-me falar disto com ela, não é confortável para nenhum dos dois...”. Eu: “Mas não lhe parece que seria menos difícil o aceiteamento se sentisse que o sr. está do lado dela?”. Marido: “Eu acho que ela tem muita coisa para me dizer... sobre isso, sobre nós, sobre o nosso filho... Não sei que lhe dizer...”. Eu: “Procure escutar o que a sua esposa tem para lhe dizer e demonstre o

seu apoio incondicional, penso que isso resultará num alívio comum. Assim sentirão o à-vontade para conversar abertamente sobre tudo o que vos preocupa. (silêncio) O seu apoio é, sem dúvida, muito importante para a sua esposa. Imagino que este momento seja muito difícil. É natural que se sinta perdido. Estamos aqui para o que precisar.”.

O marido da D. C. sentia, provavelmente, que negando a evidência, mantendo a esperança, de uma terapia natural controladora de sintomas, irrealista estaria a protege-la do sofrimento.

Segundo Querido (2016) a esperança é inerente à vida humana, intimamente associada às várias dimensões da esfera pessoal, familiar, profissional e social. Segundo a mesma fonte, quando a cura não é possível a esperança pode ser causador de confusão e *stress*.

Ellershaw e Wilkinson (2003) citados por Ribeiro (2015) descrevem esta situação como sendo comum no fim de vida. O esconder temáticas pode inclusivamente ser um pedido expresso pela família- o doente não saber do estado da sua situação clínica ou prognóstico. Procurámos reforçar o laço de confiança com o marido da D. C. Pina (2018) aborda o prolongamento da vida do doente, falando dos pedidos dos familiares para a manutenção de terapêuticas desproporcionadas ou da deficiente comunicação existente entre família-doente. Mendes (2007) afirma que uma relação de verdade, com a destruição dos silêncios gera, certamente, uma angústia e um sofrimento iniciais, mas evita os efeitos negativos de não adaptação às situações vividas no contexto dos CP. A mesma autora cita Osuna et al (2003) referindo que é fundamental que os doentes, em fase terminal, expressem os seus sentimentos, as suas preocupações, medos e dúvidas. Segundo ela precisam de alguém que seja capaz de os escutar para, de forma gradual e ao seu ritmo, se irem apercebendo da sua situação, compreendendo o que estão a viver.

Morisson (2011) refere que a maior parte das pessoas quer saber o que lhes acontece mesmo que isso signifique más notícias. Assim, os sentimentos nutridos pela família têm de ser focados, para que se perceba qual o intuito de querer esconder a verdade. Muitas das vezes o tema até já pode ter sido tentado por parte do doente, mas sem sucesso. É fundamental reforçar a possibilidade de que o doente queira saber a sua condição, efeitos de tratamentos ou outros assuntos de alguma sensibilidade e que vá procurar respostas junto da família. Eticamente, e de forma honesta, o doente tem direito a saber. Segundo a Carta dos Direitos do Doente (2008) a informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter-se sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente. Corroborando, a Lei número 31/2018, Direitos das pessoas com doença avançada e em fim de vida, (2018) realça ainda, para além destes, os direitos do doente no que remete à sua participação nos cuidados, decisão pelo seu tratamento e realização de testamento vital. Desta forma, a comunicação entre doente-família-profissionais

ficará reforçada através do elo de confiança construído. A ansiedade será exponencialmente diminuída.

No caso referido, da D. C., considero de extrema importância o diálogo que se estabeleceu com o marido pois, para além de se ter reforçado o seu papel e a sua importância no apoio prestado, percebemos a sua opinião acerca da introdução de farmacologia ao mesmo tempo que fomentámos a comunicação entre o casal e resolução de assuntos pendentes.

07/05/2018, M: Encontrei o marido da D. C. perto da máquina do café. Cruzámos olhares e sorrimos. Cumprimentei-o e mostrei disponibilidade para o escutar ativamente. Disse-me: “Já não a via há uns dias...Sabe que já falámos e ela referiu que tinha medo de iniciar medicação por pensar que me iria desiludir...Acha normal? Eu só quero que ela não tenha dores!”. Expliquei-lhe que tinha estado de folga e perguntei: “Ficaram mais tranquilos?”. Marido: “Tranquilos e sem dores. Agora que ela precisava de sentir o meu aval...”. Eu: “Pode ter sido difícil, mas acredito que tenha sido o melhor para ambos (acenou um sim com a cabeça e sorriu). Se necessitar de alguma coisa sabe que estaremos aqui.”.

Os tempos que se seguiram foram tranquilos, com introdução de apenas medicação estritamente necessária, optando-se por selos transdérmicos de Fentanilo com vista à não toma diária de tantos comprimidos. Durante os turnos seguintes acompanhei a situação de longe, mas percebi, através da comunicação com a restante equipa, que a sintomatologia havia sido controlada (dor, náuseas e vômitos). Este controlo sintomático permitiu ponderar a alta por vontade da doente e do marido.

10/05/2018, N: O esposo pernoitara. Assim que possível perguntei-lhe o porquê de o ter feito. Marido: “Estamos à espera do F. ...”. Perguntei: “F.?”. Marido: “O nosso filho... liguei-lhe a contar tudo... Diz que vem cá... (chorou)”. A D.C. estava visivelmente mais tranquila e sem a posição antiálgica a que me tinha habituado. Sorria e chorava ao mesmo tempo: “Já não conversamos há anos... desde que ele teve autonomia para deixar a herdade. Tenho tantas saudades dele.”. Disse-lhe: “Aproveite todo o tempo que tiver com ele para por a conversa em dia. Oxalá seja uma conversa leve e importante. Agora vou sair mas quando voltar, se a D. C. assim o entender, estarei por perto para partilhar comigo o que quiser.”. Desejou-me um bom descanso.

12/05/2018, M/T: Segundo a informação transmitida em passagem de turno, a doente, após a visita, ficara mais ansiosa devido à conversa que havia tido com o filho. Verbalizara para uma Enf.^a que tinha perdido muito tempo e que agora já era tarde para o recuperar. Entrei no quarto aquando da toma do pequeno-almoço. Comia lentamente a refeição da UCP acompanhada por umas framboesas que o marido tinha trazido. Este, neste momento não estava presente. Olhou para mim e não disse nada. Continuou a comer como se fosse invisível. Dirigi-me a sua cabeceira e observei uma fotografia lá deixada. Perguntou-me: “É bonito, não é?”. Deduzi que fosse o filho e retorqui: “É, sai à mãe.”. Esboçou um sorriso tímido e referiu que estava um homem. Que não tardaria em casar-se e que por motivos estúpidos tinham perdido imenso

tempo. Perguntei se estavam ambos de acordo com isso. D.C.: “Ele abraçou-me com tanta força... o meu menino... e agora já não há tempo para nada...!”. Eu: “O tempo é muito subjetivo... o que conta é a intensidade e a forma com que o vivemos. Como se costuma dizer o que vale é a qualidade e não a quantidade!”. Os olhos começaram a brilhar e referiu: “Sabe que tem razão... vou experimentar pensar assim.”. Deixei que acabasse a sua refeição ao mesmo tempo que cumprimentei o marido que acabara de entrar no quarto.

Em equipa reforçou-se a necessidade de abordar os anseios da doente acerca da falta de tempo, uma vez que, a ansiedade demonstrada naquela manhã poderia relacionar-se com a consciência do agravamento do estado geral e, consecutivamente, o pouco tempo que poderia ter para resolver todos os assuntos e pontas soltas que ainda teria.

Dirigi-me ao quarto e a D.C. encontrava-se tranquila e serena. Com sintomatologia controlada. Já tinha comido e entregava-lhe agora a medicação da manhã que tomou sem controvérsias. Preparava-se para os cuidados de higiene e conforto. Contou-me que tinha estado com a psicóloga e que tinha encontrado um caminho a seguir enquanto por aqui estivesse. Disse-me para ir ao quarto à hora da visita de forma a conhecer o filho. Acatei e deixei que os cuidados decorressem de forma natural, desta vez com o apoio de uma senhora auxiliar.

11horas (h): A doente já tinha sido observada pela psicóloga. Juntas desenvolveram a estratégia de deixar objetos, cartas e o que mais achasse conveniente ao filho de forma a continuar presente na sua vida.

Pelas 14h dirigi-me ao quarto como havia prometido. O ambiente era leve e de partilha. O filho estava sentado aos pés da cama da mãe e olhava para ela de forma terna. O marido estava no cadeirão qual pintor a apreciar a sua obra-prima. Cumprimentei-os. O filho foi-me apresentado e mostrei a minha disponibilidade tal como a da restante equipa para o que pensasse ser necessário. Agradeceu. Deixei-os a sós com vista a potenciar o ambiente familiar e de partilha de sentimentos.

Pelas 17h fui novamente ao quarto e encontrei a D. C. com uma fâcies triste. Perguntei: “Posso ajudá-la em alguma coisa? Respondeu-me: “Se conseguir avançar o tempo pode... (silêncio). O meu filho casa em setembro e eu nem a minha nora conheço.”. Eu: “Isso preocupa-a?”. D.C.: “Claro, não é...” Eu: “Consigno imaginar o quão importante seria para si ir... Oxalá pudesse acontecer...” (silêncio) Cruzei o meu olhar com o dela e continuei: “E se não acontecer?”. Respondeu-me: “Bem sei que não vai acontecer...O que havia eu de apanhar agora... Que mal é que fiz?!”. (Chorava). Toquei-lhe na mão e garanti que iríamos fazer os possíveis para a ajudar e apoiar nos momentos menos fáceis e reforçar os melhores. Pensei ser importante reforçar positivamente a importância de estar viva naquele momento e de aproveitar cada dia, valorizando esta oportunidade de convívio com o filho e acompanhá-lo na organização até que lhe fosse possível. Durante o restante turno senti-a inquieta e

menos tranquila que nos últimos dias. Manteve-se na companhia do marido que acabou por pernoitar.

Bermejo (2017) refere que ajudar uma pessoa é atender as suas necessidades. Assim, há que explorar o problema, personalizar o seu significado, identificar os recursos, estudá-los, confrontar com outras possibilidades e, por fim, incitar a ação.

Segundo o mesmo, a empatia é um processo ativo, consciente e intencional. Este é constituído por quatro fases:

1. Fase de identificação (entrar no mundo do outro);
2. Fase de repercussão (gera sentimento);
3. Fase de incorporação (vulnerabilidade);
4. Fase de separação (evitação do Burnout).

Através da comunicação empática, foi-me possível identificar as emoções vivenciadas pelos doentes e respetivas causalidades. Passando pelas fases acima descritas- colocando-me no lugar do outro, mas ainda assim, respeitando a fase da separação e consciencializando-me que se tratava de um problema do outro. Mesmo não vivendo as emoções experienciadas pelo doente, senti-as com ele. Segundo Carneiro (2016) a compaixão é um movimento interior que move ao encontro que motiva uma aproximação efetiva. Recolhe a dignidade do outro validando as suas emoções.

Relativamente à preocupação expressa pela D. C., recorri à técnica dos “dedos cruzados”. Bragança (2018) refere-a como uma referência em CP que permite promover a esperança realista (“Oxalá...”; “mas...”).

A partir deste momento e até ao fim da prática clínica não pude acompanhar com tanta proximidade o caso da D. C. uma vez que a distribuição de doentes assim o ditou. Tenho conhecimento que manteve o intuito de deixar legado ao filho e de colaborar nos pormenores do casamento.

O estado da doente foi-se tornando mais débil, agravando-se progressivamente. Iniciou quadros de confusão momentânea. A família sempre manteve a confiança na equipa multidisciplinar e com frequência requeria-lhe informações e esclarecimentos justificáveis. A psicóloga foi um elemento sempre presente, fazendo reajuste de expectativas sempre que necessário, reconhecendo os medos e receios e valorizando os papéis familiares.

Segue-se outro caso clínico em que a abordagem em comunicação constituiu um desafio.

Caso Clínico 2

Sr. P.S. – 38 anos

História Clínica: Carcinoma do pulmão não operável. Submetido a QT e RT no Instituto Português de Oncologia (IPO). Hábitos tabágicos desde os 16 anos tendo-os cessado aos 30. Antecedentes de cirurgias variadas fruto da profissão (Guarda Nacional Republicana). Internado por necessidade de CP (agravamento do estado geral, controlo de sintomas e apoio à família). Encontrava-se asténico e emagrecido.

Situação Familiar: Casado, com três filhos. Dois gémeos de três anos e um de oito. Pais ambos vivos. Tem um irmão.

O doente ingressou na UCP a 14 de maio. Vinha acompanhado pela esposa e pela mãe. Proveio do internamento do IPO onde mantinha acompanhamento. O primeiro contato com o doente ocorreu a 15 de maio após distribuição de doentes pelo enfermeiro chefe.

O doente e a esposa estavam ambos informados acerca do seu diagnóstico e prognóstico. As expectativas estavam ajustadas. A equipa multidisciplinar iniciou a gestão do caso com o esclarecimento da mudança da abordagem curativa para a abordagem paliativa, com o principal objetivo de controlo sintomático (tosse, xerostomia, náuseas e vômitos) e apoio à família.

Os cuidados de Enfermagem adequaram-se aos sintomas supra referidos. Neste caso enfatizarei sobretudo o processo de comunicação e relação empática estabelecida com o doente.

15/05/2018, T: Recebo turno e inteiro-me sobre a situação clínica do doente e sobre o acompanhamento que mantém por parte do IPO. Mantém agendamento de uma sessão de QT.

17h00: doente com astenia marcada a pequenos esforços. Cumpre oxigenoterapia por óculos nasais a 2 litros por minuto (l/min) para conforto e alívio psicológico da sensação de falta de ar. Apresenta temperatura timpânica de 38,7°C pelo que lhe foi administrado Diclofenac 75mg/mililitros (ml) via subcutânea uma vez que a via oral lhe causava um cansaço exacerbado. Teve efeito.

17h40: Ausentou-se da UCP para realização de exame complementar de diagnóstico (raio-x tórax). O resultado revelou, para além da neoplasia já conhecida, uns focos cavernosos potenciadores da febre pelo que iniciou antibioterapia endovenosa (EV).

Pelas 18h00: Em concordância com a vontade do doente, assim foi escolhida a ementa para o jantar. O doente não tinha muito apetite, sendo que nunca dispensava a sobremesa. Durante o período de chegada e não do jantar aproveitámos para perguntar como se sentia. Sr. P.S.: “Cansado, custa-me muito a respirar. Agora que deixei de fumar nunca pensei passar por isto... Fiz a vontade aos meus filhos.”

Respondo: “Sei que tem três filhos ainda pequeninos...”. Acena com a cabeça e retorna: “Sabe? É por isso que não desisto. Por eles. Mas cada vez me sinto pior e sem forças.”. Enf.^a orientadora: “Sente-se pior Sr. P.S.?” Sr. P.S.: “Sim, estou pior. Eu sei que estou pior. Mas não posso deixar de acreditar num milagre. Tenho fé que tudo possa passar.”. Enf.^a: “É muito importante que tenha fé Sr. P.S., é um momento difícil... Que lhe disse o médico?”. (silêncio) Doente: “Nada de novo. Disse-me o que eu já sei. Que não estou melhor... E que vão ponderar a minha sessão de QT, A minha esposa ainda pensa que vou chegar lá e conseguir fazê-la. E a minha mãe... ah a minha mãe...”. (choro e silêncio).

Eu: “Imagino que esta situação seja muito difícil para a sua mãe Sr. P.S.”. Doente: “Não queria nada que ela me visse assim. Queria que tivesse na memória o homem forte que sempre fui...”. Visivelmente mais ansioso e com mais dificuldades respiratórias mostrei-lhe disponibilidade ao mesmo tempo que lhe toquei no ombro. Esperámos que recuperasse. Continuou: “A minha mãe tem dois filhos, eu e o meu irmão. Sempre fomos a luz dos olhos dela. Dela e do meu pai. Sei o quão duro vai ser quando perderem um de nós. É contra-natura sabe? Um pai enterrar um filho... Não soa bem.”. Eu: “Talvez seja bom para todos conversar acerca disso... Estarem juntos durante o maior tempo possível...”. Doente: “Bem sei o que me está a tentar dizer, mas não quero que ela se lembre de mim assim... Fraco... Magro... Sem ar. Para além de que não vou perder a esperança de que algo possa mudar, alguma cura possa aparecer.”. (Piscou-me o olho). A Enf.^a orientadora efetivou a sua coragem, a sua fé, demonstrou a sua importância para a família e para o país pela profissão arriscada que exercia.

Nos restantes dias verificou-se um declínio do estado geral do doente, associado à dificuldade respiratória, cansaço fácil a pequenos esforços, confusão latente por períodos e acufenos. Foram realizadas várias conferências familiares no sentido de ir ajustando as expectativas e de ir esclarecendo a evolução do estado do Sr. P.S. Nestas estavam sempre presentes o doente, a mãe e a esposa. O mau prognóstico era abordado pela equipa da UCP e aceite pelo doente. A mãe estava em evidente negação e a esposa na procura incessante do milagre. A mãe do doente insistia na sessão de QT marcada, dizendo que o doente tinha de lá chegar para a realizar e ficar bom.

17/05/2018, N: Recebo turno e percebo que foi prescrita DNR.

18/05/2018, N: Pedida avaliação pelo Nutricionista, uma vez que apenas os doces não causavam renitência alimentar. Esposa pediu acompanhamento dos filhos pela parte da psicologia.

21/05/2018, M: O doente teve a visita de colegas de trabalho que organizaram um Picnic no quarto. Esta situação trouxe ao Sr. P.S. a sensação de que não iria cair no esquecimento dos colegas. Mantêm, todos, a esperança de que chegue com força suficiente à data de realização de QT. O médico refere que está a considerar as opções, recomendando que se mantenha em regime de internamento na UCP.

22/05/2018, T: Mantém-se pendente a decisão persistente do doente em realizar QT. Doente apresenta-se mais sonolento, com lentificação evidente da fala e dos movimentos. Mantém astenia marcada, dificuldade respiratória, palidez cutânea e tosse seca. Não apresenta queixas algicas. Encontra-se obstipado e com baixos débitos urinários. Durante o turno da manhã referiu náuseas controladas com Metoclopramida 10mg EV prescrita em SOS. Manifesta tristeza. Refere que por muito custoso que seja, mantém a sua postura em relação à realização da QT porque não pode nem quer desiludir ninguém. Aproveitamos o momento para valorizar o esforço. Procuo adequar a minha linguagem não-verbal de modo a não deixar transparecer a minha difícil compreensão do processo de tomada de decisão.

Pelas 17h00 conversamos com o médico assistente acerca da situação e da persistência da doente e da família em realizar a sessão de QT. Coincidentemente, a mãe do Sr. P.S. vem ao nosso encontro na mesma altura e pergunta: “Doutor (Dr.) então? Novidades? Há? O que devemos fazer?”. Médico: “As novidades não são boas, nada boas... Mantenho tudo o que vos disse. A QT tem demasiados riscos, é demasiado tóxica para o Sr. P. ...”. A mãe baixou o olhar e dei conta das suas lágrimas correrem pelas suas faces. Ergueu a cabeça e voltou a perguntar: “Não há mesmo hipóteses?”. Médico: “Como já vos disse... baixíssimas. Quase nenhuma. Quase zero por cento... (silêncio). O médico toca nas costas da mãe e enfoca o estado enfraquecido do doente. Esta afasta-se dizendo que ia falar com o filho. Pedimos que nos chame caso precisasse de algo. Acata com a cabeça e vai, em passo acelerado até ao quarto do Sr. P.S.

23/05/2018, M/T: No início da manhã encontra-se sentado no cadeirão a ouvir *Bon Jovi*. Mantém astenia marcada, sonolência e lentificação psicomotora. Refere tristeza e ansiedade relacionada com a doença e a dependência. Para a semana terá a sessão de QT. Demonstra-se apreensivo. A Enf.^a orientadora inicia escuta ativa. Opto por não intervir diretamente no diálogo, apreendendo as perícias avançadas da comunicação para casos futuros. Mantenho postura de disponibilidade e auxílio o doente na transferência para a cama. Valorizo o toque e a presença.

Pelas 19h00 inicia quadro de agitação psicomotora e verborreia. Administrado primeiro SOS de Levomepromazina sem efeito. Pergunto à minha orientadora o que poderia estar a acontecer sendo que ela me elucidou sobre agitação pré-terminal. Seguiu-se um segundo SOS de Midazolam pelas 21h00, este com algum efeito, e contacto telefónico para o médico assistente. Pelas 23h00 encontrava-se tranquilo. Dirigi-me até ao quarto na pretensão de me despedir, como fazia todos os dias. Fi-lo e o Sr. P.S. disse-me: “Boa noite e nunca te esqueças de aproveitar a vida.”.

24/05/2018: Recebo turno e apercebo-me que o Sr. P.S. morreu durante a noite, nunca chegando à data de concretização da QT.

Efetivamente o Sr. P.S. nunca chegou a fazer a QT mas não posso deixar de manifestar a minha dificuldade em acompanhar este caso. O facto do fim de vida estar próximo constituiu numa boia de salvamento, isto é, por se saber que provavelmente

o Sr. P.S. não chegaria à data de realização da QT o facto de se tentar dissuadir de a fazer foi posto de parte. Sinto que se perdeu a oportunidade de fazer um melhor acompanhamento dos filhos, mãe e esposa por se dar maior importância a uma temática que na equipa não era tida como problemática.

O Sr. P.S. esteve em internamento durante dez dias. É factual que o primordial objetivo se prendeu com o controlo sintomático, com vista ao atingimento da qualidade de vida do doente e conseqüente conforto, tendo comprometido a espaço temporal. Todavia, penso que não se desmontou a ideia de QT, da sua efetiva necessidade e impacto, por se saber, à partida, o que iria acontecer, tendo em conta o prognóstico reservado do doente. A família, contudo, prendia-se na esperança do tratamento que, para a equipa, era garantido que não iria suceder.

A esperança, segundo Querido (2016) deve ser mantida, mesmo que seja a de cura. Esta é parte integrante da vida humana e essencial à sua existência. Permite ao doente lidar com a adversidade. Esta autora refere que é proporcionalmente direto o aumento da esperança com o aproximar do fim de vida. Refere também que cabe aos profissionais de saúde o papel de saber integrar a esperança nos cuidados, auxiliando o doente na sua gestão, tendo noção do limite morte.

No caso referido, penso que se deveria ajustar a esperança de forma a torná-la realista. Segundo o Processo de Transição de Esperança, de Querido, (2016, pág.784) existem quatro fases:

1. Esperança de cura;
2. Esperança de tratamento;
3. Esperança de Prolongamento de Vida;
4. Esperança de uma morte serena.

Tendo em consideração que o Sr, P.S. se encontrava num agravamento de estado geral progressivo, estando perto a fase de últimos dias e horas de vida, penso que teria sido fundamental o reajuste da esperança de tratamento para a esperança de uma morte serena.

Promover a esperança, segundo Querido (2016) requer treino de comunicação e aprendizagem, e o uso de estratégias para potenciar as ações iniciadas pelos doentes. Tendo o assunto da QT sido introduzido pelo doente, e pelos seus cuidadores, era fulcral a sua desconjuntura e promoção da adaptação funcional, para que fosse atingível a totalidade do conforto e qualidade de vida.

Todavia, segundo o modelo cooperativo, aquele que a UCP respeita (ver figura 5) é fundamental que a medicina paliativa e curativa atuem concomitantemente, desde o período do diagnóstico, possibilitando, deste modo, uma resposta possível e total às necessidades efetivas do doente, bem como à promoção da máxima qualidade de vida, respondendo aos quatro pilares-Controlo de Sintomas, Comunicação, Apoio à Família

e Trabalho em Equipa. Através deste modelo, de igual forma são esclarecidos aspetos relativos às morbidades da doença e aos efeitos violentos dos tratamentos curativos.

Descrevi este caso clínico com o intuito de abordar a informação sobre o prognóstico e transmissão de más notícias, bem como a promoção de esperança.

Normalmente, quando um doente é admitido na UCP já sabe o seu diagnóstico e provável impossibilidade de cura, consentindo a terapia paliativa ao invés da curativa. É esclarecido acerca da filosofia e objetivos destes cuidados, consentindo a sua aplicação.

No primeiro contacto com o doente apercebi-me de que o mesmo era conhecedor do seu diagnóstico. Às perguntas “Sente-se pior Sr. P.S.?” e “Que lhe disse o médico?” as respostas foram altamente convincentes de um conhecimento exato sobre o que o doente sabia sobre a sua doença.

Segundo Bermejo (2017) é importantíssimo que seja o doente a guiar o rumo da conversa, sendo útil a reformulação e o devolver de significados. Reiteração- Repetir a informação recebida, mas por palavras do profissional; Dilucidação- Organizar informação por ordem (cronológica, causal, prioridades, ...); Devolução do fundo emotivo convertendo-o em forma- Linguagem não-verbal ou verbal. A escuta ativa, segundo o autor, é mais que ouvir, é centrar a atenção, olhar e explorar as “pistas” dadas pelo doente (O que quer dizer com isso?). A capacidade de devolver as questões, questionar sentimentos, validá-los e de utilizar questões abertas são técnicas cruciais nesta ação.

Penso que agimos de forma adequada perante as emoções e sentimentos desde doente, recorrendo ao toque e à validação na tristeza. Mantivemos a esperança, demonstrando que estaríamos disponíveis nos momentos menos bons que se avizinhariam, independentemente do que acontecesse. Valorizamos a fé que mantinha.

Esta situação relatada tem por base um processo complexo de tomada de decisão, mas, sobretudo de comunicação de más notícias.

Penso que a transmissão de más notícias se constitui como umas das tarefas mais complicadas de se executar. Aparício (2017) afirma que são estas as responsáveis pelas mudanças drásticas na vida futura. Leal (2003) refere que a transmissão de más notícias é encarada com alguma dificuldade por parte da maioria dos profissionais de saúde pela complexidade dos aspetos emotivos que lhe estão associados. Por outro lado, afirma que a preparação nesta área é deficitária o que acentua os receios. É importante conhecer alguns aspetos de um possível protocolo para transmitir más notícias e, uma vez entendido, é conveniente avançar para o treino das perícias de comunicação inerentes.

Aparício (2017) foca o Protocolo de SPIKES de Buckman como um guia orientador fundamental para a transmissão de más notícias.

Buckman (2005, p.141) afirma que este protocolo, referido à priori, é um auxiliador na transmissão de más notícias até que o profissional de saúde já se sinta mais confiante para as emitir.

Assim, as más notícias devem ser dadas pessoalmente e num local privado, tentando que não haja interrupções. Se o doente quiser estar acompanhado poderá ser muito útil para a prestação de apoio.

Há que perceber aquilo que o doente já sabe efetivamente e aquilo que deseja realmente saber, para que assim a notícia seja transmitida consoante as suas vontades.

Na transmissão da notícia recorre-se à estratégia dos “tiros de aviso”. Consiste em dar “pistas” acerca da situação do doente (“os resultados não estão como gostaríamos”). Perante a introdução ao tema há que verificar a reação imediata do doente e se este pretende que se avance na conversa ou não. De qualquer forma, deve-se tanto quanto possível evitar os eufemismos, as frases longas e de interpretação menos clara e o chamado jargão. Quando, após a informação, há a noção de que o doente não imagina a gravidade do seu estado, tem-se uma tarefa difícil a enfrentar: como alterar a sua perspetiva de que está bem, para a de que está gravemente doente? Este tempo, o chamado tempo de transição, pode demorar horas, dias ou semanas e depende de cada doente. O que é fundamental é que o paciente entenda que não está sozinho nesta fase diferente do percurso da doença e que, mesmo não havendo cura, há intervenções concretas para prevenir o seu sofrimento.

Após a comunicação da má notícia, as duas reações mais comuns são o medo e o desgosto, que muitas vezes são traduzidas como raiva contra o próprio profissional. O choro ou o silêncio devem ser respeitados e não inibidos. Um toque na mão, ou no ombro, demonstra apoio e pode tranquilizar o doente.

Após um choque inicial, o doente precisa de clarificar o significado da informação que lhe foi dada, expondo os seus receios, nomeadamente face a experiências prévias que tenha vivido ou com as quais tenha contactado (história familiar de neoplasias, por exemplo). Por mais explícitos que se seja, deve-se recordar que, na altura de receber uma má notícia, ninguém consegue reter toda a informação que lhe é dada. Deve-se responder direta e honestamente a todas as perguntas efetuadas, mesmo às mais difíceis. No entanto, não devemos fazer prognósticos sobre a altura da morte, pois isso irá causar ainda maior angústia ao doente. Não se deve deixar de abordar esse tópico se isso for importante, mas iremos acordar com mesmo que tal será realizado em função da evolução clínica

Para que se garanta a continuidade de cuidados e se estabeleça um elo de confiança há fornecer um plano de ação futuro. Conjuntamente com o doente, devem procurar-se os principais problemas a resolver e adotar um plano consensual, mostrando que há pequenas metas passíveis de ser atingidas e, desta forma, concretizar aspetos gratificantes da vida do doente. É importante deixar sempre “uma

porta aberta” para que o doente fale connosco se precisar e, por fim, deixar sempre um próximo contacto marcado.

O momento da escolha do jantar, não tendo sido planeado como tal, constituiu um momento de transmissão de más notícias com recurso ao protocolo de Buckman, tendo sido cumpridos alguns dos passos em cima descritos.

O ambiente, de privacidade e intimidade, deixaram o doente confortável para a partilha de sentimentos “((...) agora que deixei de fumar nunca pensei passar por isto...”). Percebemos, através de uma pergunta aberta (“que lhe disse o médico?”) aquilo que o doente sabia acerca da sua doença, compreendendo que conversara com a mãe sobre o facto de ficar sem um dos filhos zelando pela sua saúde.

Penso que as reações do Sr, P.S. foram captadas e corretamente respondidas. Podem não ter sido, obrigatoriamente, transmitidas novas informações mas foi valorizado o convívio com os seus pais, esposa e filhos com vista a aproveitar todo o tempo que ainda tinham disponível. Mostramos disponibilidade para o que o doente pensasse ser necessário.

O momento de conversa, perto da máquina do café, entre o médico e a mãe do Sr. P.S. constitui uma circunstância de comunicação de más notícias onde o protocolo de Buckman não foi totalmente respeitado. A escolha do local não foi a melhor, sendo que se podia ter utilizado qualquer uma das salas, garantindo privacidade e intimidade, disponíveis na UCP para o efeito. Constatei a exaustão do médico por estar constantemente a repetir a mesma informação, não adicionando quaisquer dados novos.

Saliento a capacidade do trabalho em equipa da UCP que mais uma vez foi exemplar. Trabalhou de forma clara e rigorosa. Contudo, e reconhecendo o empenho da equipa, não posso deixar de salientar a falta de capacidade de dissuasão da realização da QT uma vez que se tinha como dado adquirido a impossibilidade que o Sr. P.S. teria de a fazer.

Cuidar de doente com idades tão jovens e personalidades tão fortes e marcantes, com histórias de vida interrompidas, constitui-se sempre numa luta para a equipa da UCP mesmo com toda a experiência que lhes é inerente. Para mim foi sem dúvida um desafio tanto pela necessidade de evocar perícias avançadas em comunicação de forma segura. A maior dificuldade foi adequar a comunicação não-verbal, tendo sido possível com o apoio da minha orientadora que me ensinou a aperfeiçoar os comportamentos: expressão facial, contacto visual, postura, movimentos, toque, contacto físico e colocação e tom de voz.

A Enf.^a orientadora referiu-me aspetos a melhorar em relação à comunicação, abordando outros casos clínicos e explicando que não poderia ser paternalista e querer decidir pela doente aquele que me parecia o melhor caminho a seguir. Perante isto, desenvolvi um acutilado sentido crítico em relação à minha aquisição de competências e questões a aperfeiçoar. Penso que, sem dúvida, seja um benefício

evidente pois incute nas minhas práticas diárias o exercício da autoanálise, autoavaliação e autocrítica dando-me a oportunidade de as aperfeiçoar e obter resultados consideravelmente positivos ao nível da comunicação empática, verbal e não-verbal.

Conhecendo a filosofia dos CP e o prognóstico da doença do Sr. P.S., considerei sempre que a melhor resposta seria a suspensão dos tratamentos curativos e a intervenção exclusiva da equipa da UCP.

Ferreira (2016) refere que o processo depende de nós e que o resultado depende da vida. O caso exposto exigiu uma mobilização e aprofundamento dos conhecimentos adquiridos em contexto sala de aula do Mestrado em CP principalmente no que remete à tomada de decisão. Barbosa (2016) refere que a tomada de decisão necessita de deliberação. Esta última é o procedimento que procura enriquecer a análise com o intuito de aumentar a prudência na tomada de decisão. A prudência, por sua vez, como refere o mesmo autor, consiste em tomar decisões corretas no momento adequado. As condições favoráveis ao processo de decisão são, segundo o mesmo, a importância de assegurarmos a ausência de constrangimentos exteriores, a “boa vontade” dos intervenientes, a capacidade para “dar razão”, o respeito pelos outros quando discordam, a capacidade de escuta, a disposição para influenciar e ser influenciado por argumentos e o desejo de compreender, cooperar e colaborar.

Silva (2014) cita Tschikota (1993) e refere-se à tomada de decisão clínica como um aspeto essencial da evolução da prática profissional. Refere ainda, através da citação de Jesus (1999), que a tomada de decisão é indissociável da autonomia e da resolução de problemas, quando se decide o objetivo é deliberar face a uma situação com a máxima eficiência e eficácia para se atingir o resultado esperado ou próximo dele. No entanto, Neves (2005), acrescenta que nem todas as decisões levam à resolução de problemas, pois muitas vezes não se consegue eliminar, apenas atenuar.

Barbosa (2016) afirma que independentemente da questão colocada, o doente deve ser sempre o centro de qualquer processo de tomada de decisão. Por princípio, deve decidir, partindo de escolha informada, tendo em conta as referências multifatoriais, interdisciplinares e a condensação dos contributos dos membros.

No caso clínico descrito, houve o cuidado, por parte do médico, de informar acerca dos riscos associados a uma QT nesta altura de vida do Sr. P.S.. Fez questão de enaltecer o não contributo para a qualidade de vida e manutenção da autonomia do doente. O agravamento progressivo do doente foi acompanhado pela equipa e pela família sempre com explicações às suas dúvidas e com alertas para os sinais efetivos desse agravamento. Toda a família bem como o doente tiveram tempo suficiente para discutir e deliberar acerca da situação com base nas informações que haviam sido prestadas tanto pelo médico como pela restante equipa multidisciplinar. A decisão do doente é absoluta e foi respeitada, ainda que alguns elementos da equipa pudessem não concordar com esta decisão, refugiando-se no “ele não vai chegar lá”. Apesar da

minha dificuldade para compreender as prioridades e valores do doente, respeitei a sua escolha e mostrei-me disponível para a continuidade dos cuidados.

Concluo esta discussão citando Ribeiro (2015) e salientando a importância de uma comunicação eficaz, clara e concreta em todo o processo de tomada de decisão e deliberação, acompanhamento contínuo e apoio aos doentes e famílias, bem como entre os elementos das equipas multidisciplinares e interdisciplinares.

4.2 Controlo de Sintomas

A doença terminal tem normalmente associados um conjunto de problemas que determinam sofrimento de intensidade diferente para aqueles que a vivem, afirma Neto (2016). Como solução para o referido, a mesma autora evidencia a importância da intervenção técnica rigorosa e ativa.

Na doença incurável, crónica e progressiva o fulcral é ter como objetivos terapêuticos a promoção do conforto do doente e da sua família. (Neto, 2016). O descontrolo sintomático consiste num fator de desconforto impactante, quer a nível físico, social, emocional, psicológico ou espiritual. Para a família e para os profissionais de saúde identifica-se como um árduo desafio.

Neto (2016) refere que os tratamentos paliativos e curativos não são exclusivos, mas assumem ênfases distintos, em função da fase evolutiva da doença. Depreende-se, deste modo, que quanto mais avançado estiver o estadio da doença mais incessantes as medidas paliativas vão ser.

A mesma autora fala de bases de intervenção que assentam em áreas diversas:

a) Oferta de cuidados globais: valorizando os aspetos físicos, emocionais, sociais, psicológicos e espirituais. A prestação destes cuidados deve ser personalizada, continuada e centrada no doente;

b) Unidade de cuidados: constitui-se pelo doente e família e/ou cuidador que acarreta um papel muito importante em cuidados no domicílio;

c) Promoção da dignidade e autonomia do doente: regedoras das decisões terapêuticas. Só pode ser garantida se o doente for participante ativo na definição dos seus objetivos terapêuticos;

d) Conceção terapêutica ativa: possível através de uma atitude reabilitadora que compreenda que não sendo possível a cura muito há a fazer, sempre. Curar às vezes, aliviar sempre;

e) Importância do ambiente: deve ser seguro e contempla uma atmosfera de respeito, privacidade, apoio e conforto, com base numa comunicação aberta. Disto depende a efetividade de qualquer tratamento terapêutico para controlo sintomático.

Para que estes princípios se cumpram, de muito depende as atitudes dos profissionais de saúde e das famílias, bem como, das estratégias mobilizadas para garantir a qualidade de vida do doente.

Neto (2016) refere como apoio para a aplicação dos conhecimentos atuais os instrumentos básicos: controlo de sintomas, apoio emocional e comunicação, mudanças organizacionais adaptadas às necessidades do doente e trabalho em equipa multi e interdisciplinar.

A mesma aponta como preocupação a complexidade do doente paliativo, uma vez que a probabilidade da existência de multissintomas é alta. Este fenómeno pode levar à avaliação mais dificultada, à interação medicamentosa, à não adesão do regime terapêutico, entre outros.

Assim, Neto (2016, p. 45), enuncia os princípios gerais do controlo sintomático:

a) Avaliar antes de tratar: com o objetivo de compreender a etiologia ou o mecanismo fisiopatológico responsável. É importante avaliar, também, o impacto emocional e físico do sintoma, intensidade e atividades que condicionou;

b) Explicar as causas dos sintomas: o doente e família devem tomar conhecimento da etiologia do sintoma, bem como das medidas terapêuticas implementadas;

c) Não esperar que um doente se queixe: devemos antecipar-nos ao aparecimento ou agravamento de determinado sintoma, perguntando e observando, aplicando determinados instrumentos de avaliação disponíveis para os sintomas espectáveis;

d) Adotar uma estratégia terapêutica mista: recorrer a medidas farmacológicas e não farmacológicas, estabelecendo prazos para os objetivos terapêuticos e adotando medidas preventivas de controlo (nomeadamente prescrição antecipatória- SOS);

e) Monitorizar os sintomas: como referido anteriormente, determinados instrumentos de medida e métodos de registo adequado permitem uma avaliação sistemática, em colaboração com o doente ou cuidador, auxiliando a redefinição dos objetivos terapêuticos sempre que necessário. A *Edmonton Symptom Assessment System Revised* (ESAS-r) é um dos exemplos de instrumento largamente difundido em CP na monitorização sintomática (Anexo A.5).

A sintomatologia, o sono e repouso e o bem-estar psicológico (Contantes de conforto) assumem o papel principal na qualidade de vida do doente, sendo a Enfermagem, pelo seu contacto durante as vinte e quatro horas diárias, uma das disciplinas com mais importância na intervenção. Através da monitorização de sintomas bem como da incrementação do bem-estar do doente, a qualidade de vida pode ser incrementada de forma exponencial.

Semedo, (s.d.), refere-se aos enfermeiros como os intérpretes, mediadores e tradutores dos sentidos e também dos pensamentos do doente, temos, por isso, elevada responsabilidade no sucesso do processo terapêutico.

Seguidamente descrevo um caso clínico vivenciado no período de prática clínica cujo enfoque é na importância do controlo de sintomas em CP, em sintonia com os restantes pilares.

Caso Clínico 3

D. M.S. – 92 anos

História Clínica: Carcinoma do pulmão com metástases ósseas, hepáticas, ganglionares e pulmonares; agora em tratamento sintomático após 3 ciclos de tratamento curativo

Situação Familiar: Vive com o esposo e duas filhas que demonstram sinais de exaustão pela alegada ansiedade/ agitação psico-motora da D. M.S. associada à não adesão do regime terapêutico e insistência da família para o fazer.

Doente provinda do domicílio, na companhia do esposo (principal cuidador de noventa e quatro anos) e das duas filhas. Apresenta síndrome vertiginosa, soluços, e agitação psicomotora. Com registo de internamentos anteriores recentes neste serviço. Admitida por períodos de confusão, *delirium*, alucinações auditivas, dores generalizadas, astenia.

Este é o segundo internamento, na UCP, da D. M.S. no espaço de menos de um mês. Os critérios de admissão têm sido sempre os mesmos: agitação psico-motora e para descanso dos cuidadores, principalmente do marido. Tem-se conhecimento de outros internamentos hospitalares dos quais destaco o de Medicina Oncológica onde a doente esteve contida mecanicamente por risco alto de queda (aplicada escala de Morse à entrada que mantém mesmo nível de risco (Anexo A.3).

08/05/2018, M: Tenho o primeiro contacto com a doente em contexto de admissão e acolhimento no serviço. Segundo o transmitido pelo médico, a doente verbalizara que o marido e as filhas não a querem em casa e que a querem “*ver pelas costas*”, tudo porque não quer tomar os comprimidos. Refere dores severas e incapacitantes a nível generalizado, tipo facada, não distinguindo uma região corporal em que sejam mais intensas. Sem dificuldade respiratória aparente em repouso. Após conversação com os familiares, estes referem a incapacidade para a cuidar e ressaltam a idade avançada do marido da D.M.S.. Segundo o mesmo, que se demonstra evidentemente cansado e perturbado psicologicamente, quando tenta administrar-lhe a medicação ou até mesmo os cuidados básicos a esposa torna-se agressiva verbalmente e fisicamente.

Como medicação tem prescrito: Movicol (1 saqueta às 9h e 19h), Diazepam 5 miligramas (mg) (9h e 22h), Gabapentina 300mg (9h e 19h), Haloperidol 2mg (9h, 12h e 19h), Prednisolona 20mg (9h) Magesrol 160mg (9h) e Hidromorfona 32mg (9h e 19h). Como resgate tem Morfina 20mg de libertação rápida. Se dispneia tem indicação para colocar aporte suplementar de oxigénio (O₂) por óculos nasais a 2l/min.

Após avaliação clínica, opta-se por regime de internamento no HLL- UCP.

09/05/2018, N: Doente calma, consciente e orientada no tempo e na identidade, algo confusa em relação ao espaço. Humor eutímico, colaborante dentro das suas possibilidades. Discurso rico e perceptível. Eupneica em ar ambiente. Não refere queixas álgicas nem apresenta fácies de esgar. Mantido cansaço a pequenos esforços pelo que se optou por a substituir nas alternâncias de decúbito no leito. Dormiu por longos períodos de forma aparentemente reparadora. Pelas 6h aciona dispositivo de chamada e inicia quadro de referência a sensação de falta de ar. Encontrava-se com a mão no peito e já sentada na cama. Acalmei-a referindo que não estava sozinha que estava ali para a ajudar. Colocado O₂ suplementar a 2l/min e mobilizada para posição de cadeirão que tolerou. Aparentemente revertida a situação. Pelas 6h45 inicia quadro de dispneia evidente, verborreia, agitação psico-motora e alucinações auditivas. Puncionado acesso sc na coxa à esquerda com alguma dificuldade, devido à agitação mantida e com pouca colaboração da doente. Administradas 5mg de morfina, pela dispneia, que era a causa de todo o desconforto major, conforme protocolo com efeito. Mantém discurso incoerente e menos perceptível.

10/05/2018, N: Devido à distribuição de doentes não acompanhei a doente neste turno.

12/05/2018, M/T: A doente inicia o turno aparentemente compensada, com discurso coerente e orientado. Mantinha oxigenoterapia contínua por óculos nasais a 2l/min. Prestados os cuidados de higiene e conforto sem dificuldades. Comeu o pequeno-almoço por mão própria. Pelas 10h30 saiu da UCP para realização de exames complementares de diagnóstico a pedido do médico. Regressou com resultado de raio-x revelador de um aumento extenso de metástases pulmonares a nível do lobo médio direito e do lobo inferior esquerdo. À chegada a doente voltou a manifestar quadro de agitação com várias tentativas de levante, tendo sido automaticamente postas em prática as medidas preventivas de quedas. Por recusa de toma de medicação e consequentemente possível perda da via oral foi alterada a tabela terapêutica para que fosse possível a sua administração via sc. Assim inicia: Morfina 5mg sc (9h, 12h, 16h, 21h, 1h e 5h), Dexametasona 4mg sc (9h), Haloperidol 1mg *per os* (9h, 19h), Clonazepam 2mg (20 gotas *per os* às 22h). Mantém: Gabapentina 300mg (9h, 19h) e Movicol (saqueta às 9h e 19h). Como resgates: Morfina 5mg sc, Haloperidol 5mg sc e Midazolam 5mg sc.

Pelas 14h informadas filhas e marido da doente acerca do agravamento do estado geral, sendo manifestado visivelmente pela dispneia. Explicado pelo médico assistente a indicação de DNR ficando esta prescrita. Doente mantinha sintomatologia e referia sensação de boca seca sendo-lhe oferecido chá de camomila com gotas de limão com vista à promoção da produção salivar. Recusou a sua ingestão mantendo xerostomia. Demonstra-se visivelmente revoltada, referindo para os familiares que *“foi para ali para morrer longe deles”* e que só queria *“ir para casa, por favor”*. Tentei

realizar escuta ativa e estratégia de dedos cruzados mas sem grande impacto na doente.

Pelas 15h referiu melhoria da dispneia. Os resultados das zaragatoas realizadas aquando do acolhimento no serviço revelaram Infeção Respiratória pelo que inicia antibioterapia. Apresenta acessos de tosse produtiva com presença de secreções mucopurulentas em moderada quantidade que a doente consegue mobilizar. Neste momento mantém alguma confusão espacial por períodos mas mantém-se calma e colaborante. Cumpriu fisioterapia, deambulando pelo serviço, o que a deixou mais tranquila e bem-disposta.

Pelas 19h00, a doente desperta do sono curto que fizera e recusa alimentar-se e dialogar. As filhas e o marido foram bastante assertivos explicando que quando recusava alimentação o melhor era não insistir. Assim fiz, mostrando disponibilidade para caso, a qualquer hora, quisesse comer alguma coisa podia estar à-vontade. Manteve-se na companhia das filhas e do marido. Este último acabou por pernoitar sendo notórias as suas dificuldades, precisando ele próprio de ajuda para os cuidados básicos.

13/05/2018, M: Doente calma, a ver televisão. Perguntei-lhe como tinha passado a noite. Referiu insónias. Na passagem de turno recebi a informação de que haviam sido realizados resgates de Morfina 5mg sc pelas 3h00 da manhã por dor e dispneia. Transmitida informação à minha Enf.^a e juntas transmitimos essa informação ao médico assistente. Aumenta o Clonazepam para 2,5mg, iniciando, deste modo 25 gotas às 22h.

Início os cuidados de higiene e conforto com a minha orientadora. A doente inicia conversa afirmando: “Eles estão desejosos que eu morra, sabe?... Querem-me ficar com a casa! Aquela casa foi-me dada pelo meu pai! Agora querem-na vender! Queriam que eu e o meu marido fôssemos viver com a mais nova porque já não podemos estar sozinhos... Mentira! Fazem de tudo para vender a casa... Nunca pensei.” Cruzo olhar com a Enf.^a que inicia escuta ativa.

Realizada conferência familiar sem a presença da D.M.S. por recusar ir e por referir que quer é sair dali e ir para casa. Ambas as filhas confirmam que queriam que os pais deixassem de viver sozinhos, por já não terem capacidades físicas, e porque os cuidados à mãe constituíam um encargo muito pesado para o pai realizar sem ajuda. O marido da D.M.S. estava visivelmente emocionado e incomodado com o facto de a esposa pensar que lhe queriam roubar a casa. Referiu: “Sempre lhe dei tudo o que pediu, sabe Deus com que dificuldade, às vezes, não ia agora, passados quase setenta anos juntos roubar-lhe o que quer que fosse...”. Valorizado o esforço familiar e dados tiros de aviso acerca do prognóstico real e ponto da situação. As filhas demonstram acatar a informação, chegando a referir que percebiam que a mãe queria morrer em casa.

13/05/2018, M: Não foi administrado Movicol por ter apresentado uma dejeção líquida no período noturno. Por manter renitência alimentar, foi instituída dieta a

gosto segundo os gostos da doente. Comeu canja e sobremesas. Por recusar hidratação, oferecidas gelatinas com boa recetividade. Mantém xerostomia e recusa do chá. Pedido à família que trouxesse bombons ácidos, que acatou e que a doente aceitou. Mantém O2 contínuo para conforto da percepção psicológica.

Pelas 15h00 refere dor lombar e dificuldade em respirar. Antecipada Morfina 5mg sc das 16h com efeito.

14/05/2018, M: Sem alterações significativas do estado geral. Pelas 12h00 alimenta-se por mão própria da totalidade da dieta que tolerou. Refere melhoria da xerostomia.

Pelas 14h00 marido da D.M.S. surge ao balcão evidentemente perturbado, ansioso, choroso e refere que iria sair e não voltava mais naquele dia. Refere: “Não merecia isto... Não a aguento mais!”. Demonstrada a importância do seu papel no seio familiar, valorizando-o. Pedida ponderação da atitude que iria tomar nesta fase de vida da doente e explicado o significado da sua presença. Dados novos tiros de aviso em relação ao prognóstico. Marido: “Eu sei que ela não está bem... que tem a vida... (silêncio); Hoje não consigo ficar mais aqui.”. Acaba por sair da UCP.

15/05/2018, T: Dirijo-me ao quarto para realizar a administração da terapêutica. Como sempre, a doente encontra-se a ver televisão e, mesmo com a minha entrada e saudação, de lá não desvia o olhar. Pergunto como foi a manhã ao que me responde: “Foi igual ao que está a ser agora... Não acha que já chega de me meter coisas para dentro? (acessos sc)”. Respondo-lhe: “Então mas parece-me que tem tido menos dores e menos dificuldade em respirar desde que lhe prestamos estes cuidados. Estou enganada?”. Retorque-me de forma áspera, sarcástica e encolhendo os ombros: “Olhe, estou tão melhor que já me podia mandar para casa.”. Mostro-me admirada e pergunto de forma irónica: “Não me diga que ainda consegue imaginar a sua vida sem nós!?”. Sorriu ao mesmo tempo que afastava a manga da camisa de dormir revelando o seu acesso subcutâneo. Pergunto: “Quer muito ir para casa?”. D.M.S.: “Se ainda a tiver... Quero tanto! Ao menos lá a única doente sou eu... Isto aqui é só cacos por todo o lado. E de noite? Ui. Mereço é sossego, aqueles ali do programa (aponta para a televisão) é que têm sorte!”. Corta a conversa oferecendo toda a atenção à televisão e dando-me sinais evidentes de que não queria dialogar mais. Demonstro disponibilidade e reforço os ensinamentos em relação às meias anti queda e em relação ao acionamento do dispositivo de chamada, despeço-me e saio do quarto.

Quando chego ao balcão encontro o marido a comunicar com a minha orientadora referindo que pensara bastante na probabilidade da esposa vir a falecer em casa. Que o incomodava, depois, ter de dormir no mesmo espaço onde provavelmente tal iria acontecer. Valorizado o esforço de compreensão e avaliada probabilidade de depois ir viver com a filha mais nova. Ficou visivelmente mais tranquilo e demonstrou total abertura para a ponderação do assunto.

Mantém dor aparentemente controlada. Mantém anorexia por períodos dando prioridade alimentar às sobremesas, iogurtes e gelatinas. Mantém-se calma, sem

agitação psico-motora. Mantém confusão por períodos. Mantém o uso dos bombons como forma de combate à xerostomia, aliada ao uso de colutório com algum efeito.

17/05/2018, N: Doente com dor e dispneia controladas. Fez resgate de Morfina 5mg sc pelas 3h30.

18/05/2018, N: Percebo, pela passagem de turno, que a doente iniciou suplementos, que gosta e tolera. Foi realizada nova conferência familiar onde se concordou com a alta da doente, de forma a satisfazer-lhe o desejo de morrer em casa. Explicada disponibilidade da equipa caso os sintomas voltassem a descontrolar e realizados ensinamentos acerca do acesso telefónico disponível vinte e quatro horas por dia.

Calma e tranquila durante todo o turno. Dormiu por longos períodos de forma aparentemente reparadora.

21/05/2018, M: Por ter estado de folgas não acompanhei o momento de alta da doente mas apercebi-me de que a família foi sempre orientada para a realidade sendo reforçado o prognóstico e afirmado o seu acontecimento, embora não se soubesse quando. Explicada a necessidade de garantir os cuidados de conforto à D.M.S. referindo que o seu marido iria, necessariamente, precisar de apoio. Denoto, neste caso, a carência de prestação de cuidados paliativos domiciliários, que poderiam garantir a continuidade de cuidados à doente e promover um clima de confiança, tranquilidade e serenidade no seio familiar.

26/05/2018, Manhã: Apercebo-me da chamada telefónica para a UCP que reportava o falecimento, segundo os familiares tranquilo e sereno, da D.M.S.. Valorizada atitude dos familiares, demonstrando o orgulho da equipa nos seus papéis enquanto cuidadores extremos e preocupados.

No caso clínico da D.M.S. houve um constante trabalho desenvolvido no que remete aos quatro pilares dos CP, sobretudo no apoio à família. Ainda assim, e tendo em conta o tema em análise irei focar no controlo sintomático.

Monteiro (2009, p. 4) refere que a ESAS-r (Anexo A.5) é um instrumento de avaliação constituído por nove sintomas físicos e psicológicos comuns em doentes com doença crónica, progressiva e incurável. Segundo a autora e o seu estudo este instrumento é dos mais utilizados na área dos CP por ser de fácil, simples e rápida aplicação. Como ponto menos benéfico a autora refere a dificuldade de preenchimento pelos doentes mais debilitados ou com problemas cognitivos. Da sua aplicação resulta o reconhecimento dos sintomas que carecem de atenção imediata para que seja atingido o seu controlo. Esta escala, na UCP, é preenchida no momento de entrada, sete dias depois e sempre que se pensasse ser importante.

A D.M.S. apresentava um sintoma constante: a astenia. Este verificava-se como um impeditivo efetivo do atingimento do bem-estar e do conforto da doente, todavia, tendo em conta a anterior história clínica da doente, o médico assistente optou prudentemente pelo controlo da dor, dispneia e agitação.

Em registos informatizados, a equipa de Enfermagem, para além de outros aspetos, avalia o estado da sintomatologia tendo por base a ESAS-r, associando-lhe as intervenções de Enfermagem correspondentes e corretas, caso se detetasse o descontrolo. Os registos são efetuados uma vez por turno sendo que se se verificasse a eficácia das intervenções realizadas era possível, a qualquer momento, introduzir novos dados e descrições acerca dos resultados obtidos.

Para além da ESAS-r, a UCP utiliza, a escala numérica da dor por forma a avaliar este sintoma de forma sistemática. Esta era a mais utilizada na unidade. Segundo a circular normativa da DGS, que proclama a dor como quinto sinal vital, enaltecendo a sua importância, (2003, p.1) a avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais, tem que ser feita de forma contínua e regular, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa e melhorar a qualidade de vida do doente. Mesmo que preenchida pelo profissional é sempre a partir das referências dadas pelo doente, sendo fulcral que este compreenda o que está a fazer. Tem de se ter em conta o momento em que se estão a colher os dados, pois podem influenciar a caracterização da dor.

Para tal, e segundo a mesma circular, a mensuração da intensidade da dor, deve ser realizada através de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: Escala Visual Analógica, Escala Numérica (Anexo A.6), Escala Qualitativa ou Escala de Faces.

Como já referido, a UCP era utilizadora da Escala Numérica (Anexo A.6). Esta, segundo a DGS (2003, p.2), consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. A fonte refere que o pretendido é que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima. A DGS (2003, p.1) ressalta ainda que o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e é um passo fundamental na humanização dos cuidados prestados.

Na UCP, aquando da utilização da escala supra referida, não senti dificuldade na sua aplicação, tal como, não senti dificuldades por parte dos doentes em compreendê-la. Caso o doente não estivesse fisicamente capaz para a sua aplicação ou caso não fosse capaz de a entender, estavam à disposição, dos profissionais, outros tipos de escalas de quantificação da dor. Juntamente com estas, era efetuada uma observação efetiva do estado geral do doente tendo por base os denominadores de conforto e bem-estar fazendo questões abertas como: “como se sente hoje?”.

Gonçalves (2016, p.36) aponta como um fator de extrema importância o não esperar que seja o doente a queixar-se, mas que lhe sejam prestados cuidados antecipatórios, nos quais a disponibilidade da equipa seja clara.

Portugal é um povo latino cujo sofrimento é aliado ao fado e, por vezes, acatado como normal. Ao longo da vida, qualquer pessoa experiencia situações geradoras de

sofrimento e sendo que esta é um ser biopsicossocial, o sofrimento pode abranger todas as suas dimensões. Rodgers e Cowles, (1997) citados por Peixoto e Borges, (2011) citados por Gonçalves (2016, p. 35) referem que o sofrimento é uma experiência pessoal, egocêntrica e complexa que envolve um evento intensamente negativo ou uma ameaça percebida. Segundo a autora, pode fazer-se acompanhar de componentes físicas, cognitivas, afetivas, sociais e espirituais o que justifica a sua complexidade. Diferentes pessoas vivenciam os seus sintomas de forma diferente, dando o cunho de individualidade, intransmissibilidade o que faz com que possamos ajudar o outro a ultrapassá-lo, mas não a partilhá-lo. Segundo Gonçalves (2016, p. 36) que cita Cerqueira (2014) que cita Strang (2004) existem quatro dimensões a ter em conta no cuidado ao descontrolo sintomático:

1. Liberdade- a pessoa tem liberdade de escolha, ainda que haja limitação física. No entanto, cada escolha implica responsabilidade sobre esta e gera ansiedade;
2. Significado para a Vida- a espiritualidade e as relações interpessoais podem ser fontes de ajuda;
3. Isolamento- a pessoa pode sentir-se isolada, ainda que acompanhada e rodeada por outras pessoas, sobretudo no período que precede a própria morte;
4. Morte- é a última e grande ameaça, sendo a fonte universal da ansiedade.

Cuidar da pessoa, que sofre, envolve inúmeros esforços, envolvendo demais estratégias. O processo de doença lembra a pessoa da sua condição de fragilidade inerente ao ser humano, fazendo com que esta se confronte com a ideia da morte e se existir necessidade de internamento ainda a priva dos seus bens e do seu ambiente. Nesta situação é fundamental atentar no caráter complexo da sintomatologia, sua prevalência e aumento de intensidade, conforme se agrava o estado geral.

Neto (2017) refere que o que hoje se conhece através de evidência consistente, é que a carga sintomática varia nos doentes oncológicos e não oncológicos, mas há alguns sintomas em comum. A autora defende que se no cancro a dor pode ser muito prevalente, já na doença pulmonar obstrutiva crónica e na insuficiência cardíaca a dispneia é o mais frequente. Assim, importa ressaltar que, globalmente, a dor não é de todo o sintoma mais prevalente na população de doentes em fim de vida, ainda que possa ser o mais estudado, e esse lugar é detido pela astenia/fadiga.

Neto (2017) afirma que a dor e fadiga se assumem como altamente prevalentes e presentes em praticamente todas as patologias avançadas estudadas. Outros sintomas como a dispneia, as náuseas e vômitos, a anorexia, o delirium, a insónia, a obstipação ou a diarreia, são relevantes para este grupo de doentes e necessitam de tratamento adequado. De qualquer forma, a valorização e hierarquização dos sintomas é sempre individual, muda de doente para doente mesmo dentro do mesmo grupo de patologia base.

Ao longo do internamento, a D.M.S. apresentou dor e dispneia como sintomatologia base, associando-se a anorexia, xerostomia, soluços e períodos de confusão.

A dor, segundo Marques (2016), é uma experiência desagradável sensitiva e emocional associada a lesão real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. É a experiência que o doente define como dor. Segundo Pires (2016) a dor é útil, deixa de o ser quando para de ser apenas um sinal de alerta. Segundo Neto (2017), na doença oncológica a dor é uma consequência frequente causando um elevado impacto na vida dos doentes. Deste modo, a incapacidade de controlar a dor traduz-se, impenetravelmente, em sofrimento e má qualidade de vida.

Gonçalves (2017) afirma que para tratar a dor é imprescindível acreditar no doente, escutar, observar, monitorizar e associar a farmacologia aos tratamentos não farmacológicos. A mesma cita a WHO (2012) recomendando a gestão farmacológica da dor de acordo com uma escada analgésica de três patamares:

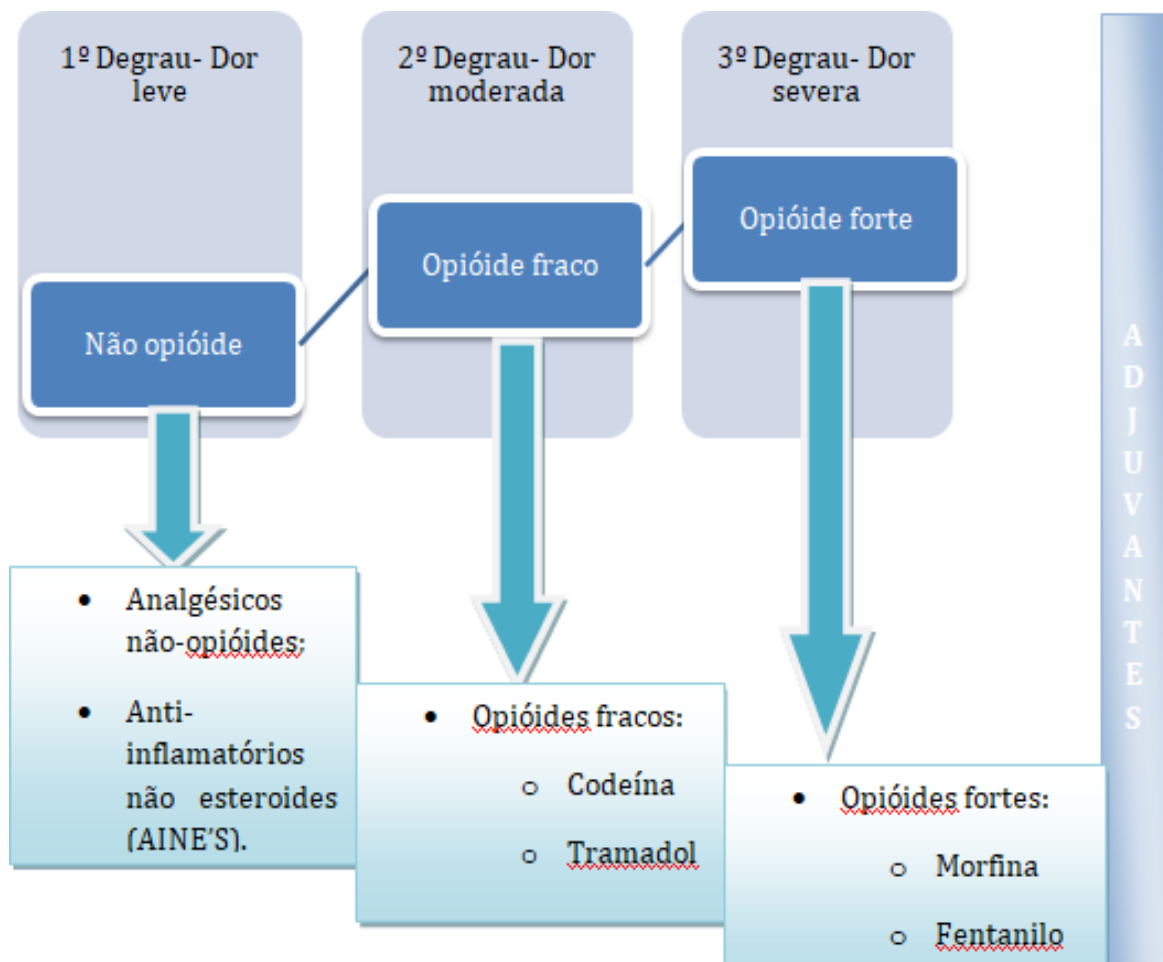


Figura 8 - Escada Analgésica

Gonçalves (2017) cita WHO (2012) advogando que o controlo da dor com a utilização da escada analgésica não implica necessariamente o início da intervenção pelo primeiro degrau. Se o doente apresentar uma dor moderada a intensa, devem ser

utilizados os fármacos de atuação equivalente, sendo que o primeiro degrau se destina aos doentes com dor ligeira.

Segundo Oliveira (2007, p. 457) a escada analgésica da dor da WHO (Figura 7) rege-se pelos seguintes princípios:

- Privilegia a via *per os* na administração de analgesia;
- Impõe que os analgésicos sejam administrados em horários definidos, com administração continuada para evitar a dor antes da próxima toma;
- Considera a progressão para o degrau seguinte da escada analgésica se o doente não tem diminuição da dor, recorrendo-se a coadjuvantes sempre que necessário;
- Não existe teto máximo para a administração de opióides, sendo a dose correta aquela que alivia a dor do doente;
- Considera doses extra de resgate para a dor irruptiva;
- Deve-se atender a todos os fatores que influenciem a dor do doente.

A D.M.S. encontrava-se medicada com Morfina e Dexametasona sc em calendário, uma vez que recusava a toma da medicação por via oral, e Gabapentina, como tratamento da dor neuropática. A UCP utiliza a Morfina como o medicamento eleito para a dor, seja ela de libertação normal ou prolongada, via *per os* ou parentérica, sendo que também observei prescrições com Fentanilo, Tapentadol, Buprenorfina, Hidromorfona, Tramadol e AINE's, estes últimos, sobretudo, como potenciadores de efeito (adjuvantes). Os psicofármacos eram utilizados, também, para o controlo da dor, sobretudo para aquela que agravava com a componente ansiosa.

Segundo Gonçalves (2017) a dose inicial de morfina de libertação normal é geralmente 5 mg a 10 mg *per os* a cada quatro horas, com uma dose resgate de 2,5 mg a 5 mg por hora. Segundo a mesma autora, quando se converte da via oral para a sc deve dividir-se em dois a dose oral. Pina (2018) cita Portela e Neto (1999) e refere que as doses regulares são necessárias para atingir níveis de sangue estabilizados, sendo que a morfina sc deve ser aumentada 10% a 30% quando o doente não apresenta dor controlada (facto que se determina pela avaliação da dor e necessidade de mais de três resgates por dia). A mesma fonte refere que a via sc é geralmente duas vezes mais potente do que a via oral, sendo a via EV três vezes mais. A via sc é, no entanto, mais conveniente e muito eficaz.

Gonçalves (2017) refere os corticosteroides, como a dexametasona utilizada, como aliados no alívio da dor neuropática, visceral e óssea. Além da ação analgésica está descrito o uso de corticosteroides no alívio da anorexia, náuseas e humor. Ribeiro (2015) cita Pereira (2010), que cita Portela e Neto, (1999) e advoga que existe ainda alguma falta de evidência que comprove os benefícios da utilização destes medicamentos.

A anorexia era outro sintoma patente no caso da D.M.S. Esta, normalmente define-se juntamente com a caquexia. Assim, e segundo Gonçalves (2017), define-se por ausência ou falta de apetite. Pina (2016, p. 186) refere que a síndrome da anorexia/caquexia é frequente nos doentes com patologia crónica, em fase avançada. O mesmo autor afirma que nesta síndrome ocorre uma combinação da diminuição do apetite e do anabolismo com o aumento do catabolismo conduzindo, conseqüentemente a perda ponderal gradual.

Pina (2016, p. 186) refere que a falta de apetite e a perda de peso- impacto na imagem corporal- contribuem, desde um primeiro momento, para o mal-estar emocional do doente e família uma vez que, segundo Gonçalves (2017) comer, para a nossa cultura, é sinónimo de vida. Afirma ainda que existem vários fatores que podem influenciar a perda de apetite tais como: alterações de paladar, náuseas, vômitos, saciedade precoce, alterações gastrointestinais e obstrução.

A D.M.S. dizia-se cansada frequentemente. A sua debilidade era evidente e a sua astenia estava associada a perda de massa muscular, incrementando o seu risco de queda e desconforto.

Neste caso as estratégias mobilizadas para promover a alimentação da D.M.S. foram:

1. Iniciar dieta a gosto, consoante os seus pedidos (canja, sobremesas);
2. Oferecer meia capitação de forma a diminuir a aversão à comida e a obrigação de comer tudo quanto tinha no prato;
3. Oferecer refeições mais vezes ao dia;
4. Assim que percebido o seu gosto por iogurtes introduzidos suplementos hipercalóricos/hiperproteicos;
5. Estabelecido diálogo com família sobre a importância de não pressionar a doente a alimentar-se, sendo eles os primeiros a dizer que já o faziam;
6. Promover uma higiene oral promotora de erradicação de restos alimentícios e paladares desagradáveis.

Segundo Gonçalves (2017), as alterações metabólicas que caracterizam a anorexia/caquexia não são reversíveis com o aumento da ingestão calórica, pelo que devemos preocupar-nos sobretudo como bem-estar do doente. Os corticosteroides levam a uma melhoria transitória do apetite e ingestão alimentar, situação que, no entanto, não se verificou. O Magestrol, segundo a mesma, também pode funcionar como um estimulador do apetite. Também não se verificou.

A D.M.S. referia, várias vezes a sensação de boca seca. Fradique (2016, p. 369) define xerostomia como isso mesmo referindo que é um dos sintomas prevalentes em doentes necessitados de CP. Refere que a medicação, RT, progressão do cancro oral, infeções orais, desidratação, ansiedade, depressão e distúrbios imunológicos são as causas comuns deste sintoma. Neves (2017) aponta esta sintomatologia como

barreira na alimentação e como promove a halitose pode ter repercussões a nível da comunicação e consequentemente sociais, emocionais e psicológicas.

No caso clínico exposto recorreu-se à utilização de colutório, com nistatina o que promovia a diminuição de mucosite, isento de álcool, promovendo uma higiene oral adequada após as refeições e sempre que sentisse necessidade, ofereceram-se bebidas frias com vista a criar a sensação de frescura. A doente recusava a humidificação da mucosa oral com chá de camomila com gotas de limão, sendo que se contornou este aspeto com a colaboração da família ao trazer bombons ácidos, previamente gelados, que promoviam a produção salivar, com bons resultados.

Pina (2017) refere-se à dispneia como a sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória. Refere que só pode ser avaliada pelo doente e que nada tem que ver com os níveis de aporte de O₂. É um sintoma angustiante físico, social, espiritual e psicológico. Durante a minha prática clínica percecionei vários doentes, com episódios anteriores de dispneia, com medo de “morrer sem ar”. Surge, assim, a seguinte figura:

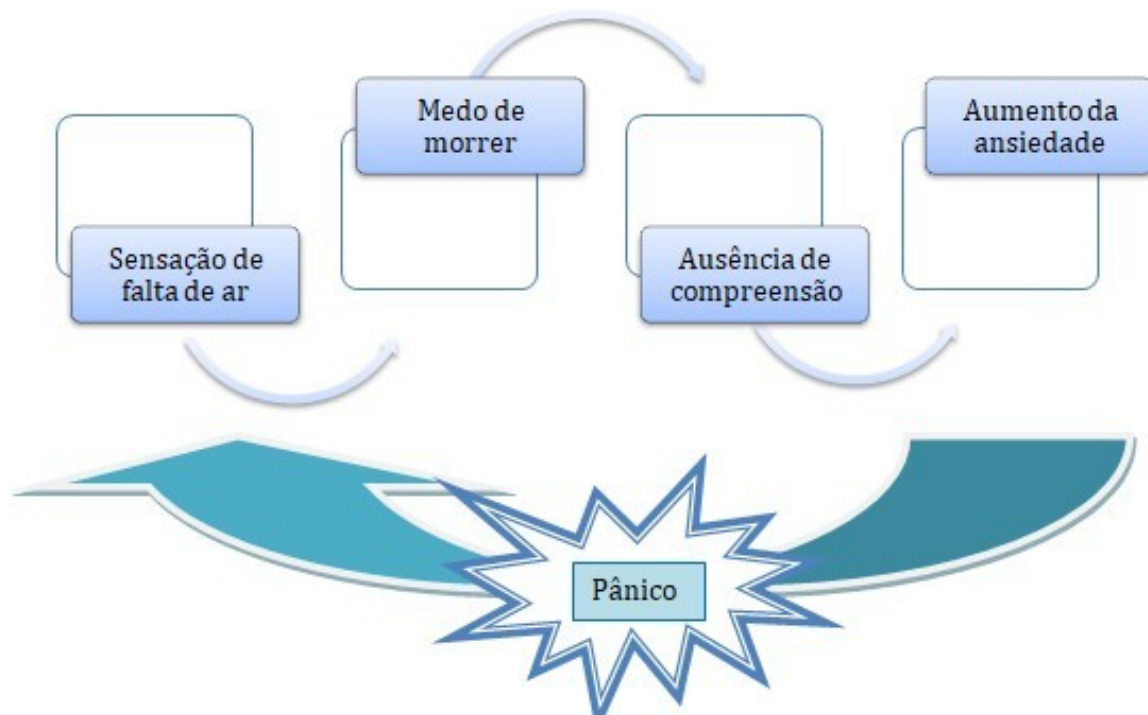


Figura 9 - Origem da Dispneia

Feio (2016, p. 221) refere que há que ter em consideração os seguintes objetivos:

- a) Diagnóstico da causa do sintoma;
- b) Perceção do seu impacto na vida do doente, com vista à elaboração de um plano de atuação, tendo em conta a sua sensibilidade, tolerância e aceitação da manifestação de dispneia.

Além das queixas de “falta de ar” e do facto de não ponderar retirar o oxigénio suplementar, o raio-x tórax e os resultados das análises à zaragatoa evidenciavam o compromisso da função respiratória da doente. Segundo Feio (2016, p. 223) na fase avançada da doença o que se preconiza é o assegurar das medidas de conforto, manter os cuidados de Enfermagem e a terapêutica indicada.

A terapêutica farmacológica, segundo Feio (2016, p. 224) inclui opióides, ansiolíticos, broncodilatadores, fazendo referência a um estudo inovador sobre furosemido inalado e corticosteroides. A mesma fonte refere a Morfina como o fármaco fundamental para o tratamento da dispneia associada a situações de doenças avançadas e irreversíveis. Tem uma ação central e diminuição do centro respiratório.

A Morfina, no caso da D.M.S. foi usada como analgésico potente e controlador da dispneia, com resultados positivos, reduzindo-se significativamente as queixas da doente. A utilização de ansiolíticos (como o Clonazepam, Diazepam e Midazolam) demonstrou eficácia quando em associação com o opióide. O corticosteroide, segundo Pina (2017) tem efeito nas obstruções tumorais.

Feio (2016, p. 225) afirma que a utilização de O₂ suplementar em doentes em fim de vida é errada, pois a sua evidência na doença avançada é parcial.

A D.M.S. cumpria O₂ contínuo, muito embora a avaliação da saturação periférica de O₂ não fosse prioritária. Nos momentos de esforços físicos, como caminhar ou comer, por exemplo as queixas de “falta de ar” aumentavam e a garantia de que circulava “ar” pelos óculos nasais faziam com que a doente se sentisse mais confortável e tranquila.

Referi a presença de tosse produtiva com presença de secreções mucopurulentas cuja doente mobilizava. Apesar do prognóstico iniciou antibioterapia com vista a prevenir possível hipertermia e consecutivo desconforto proporcionado por esta última e até mesmo pelo reflexo de tossir e de ter secreções na cavidade oral. Apresentou melhoria significativa destas queixas.

O tratamento não farmacológico adotado, e tendo por base Feio (2016, p. 226), foi:

1. Permitir a expressão de sentimentos;
2. Transmitir disponibilidade e preocupação em aliviar os sintomas e sofrimento associado;
3. Manter o quarto arejado;
4. Disponibilizar ajuda para a satisfação das AVD's;
5. Realizar ensinamentos sobre gastos desproporcionados de esforço, valorizando os períodos de repouso;
6. Realizar ensinamentos acerca dos ciclos respiratórios (respirar com calma e profundamente);

7. Garantir a manutenção de oxigenoterapia suplementar, mantendo o depósito com um nível adequado de água destilada por forma a favorecer a humidificação das mucosas.

A D.M.S. trazia referidos como antecedentes a ansiedade/ agitação e a agressividade. Durante o internamento o comportamento nunca atingiu estes níveis. Ainda assim, encontrava-se medicada com Haloperidol sc em calendário, associado a Clonazepam e com a prescrição antecipatória de Midazolam, permitiram a preservação da dignidade da doente, evitando-se medidas de imobilização físicas, como aquelas a que havia sido sujeita em internamentos anteriores.

Sintomatologia como a ansiedade, a depressão e a confusão, são comuns em fim de vida. Embora a D.M.S. não os revelasse durante o internamento, a sua probabilidade era considerável.

A ansiedade, segundo Barbosa, Bernardo e Leal (2016, p. 249), é proporcionalmente direta à ameaça. Assim, descrevem-na como adaptativa, com intensidade moderada ou proporcional ao problema e tendencialmente, alivia progressivamente com a diminuição ou desaparecimento do mesmo. Os autores afirmam que a ansiedade transitória, descrita como um medo ou um sentimento desagradável de desamparo, é uma consequência normal e esperada devido às incertezas da doença e da aproximação à morte. Caso a mesma atinja uma intensidade desproporcional à ameaça, com sintomatologia anómala, física e psicológica, considera-se desadaptativa.

Segundo a fonte supramencionada, a ansiedade pode manifestar-se de várias formas:

- Preocupação, medo, terror;
- Variações de humor;
- Atenção e concentração fracas;
- Compromisso da capacidade de assimilar e de lembrar informação;
- Ruminações e pensamentos intrusivos;
- Indecisão;
- Inquietude, impaciência;
- Irritabilidade, agressividade, impaciência;
- Tensão muscular persistente;
- Incapacidade de relaxar-se;
- Insónia, pesadelos;
- Agitação;
- Ataques de pânico;

- Tremor, palpitações;
- Sudorese, polaquiúria;
- Náusea, anorexia, diarreia, perda de apetite;
- Dispneia

Deste modo, é importante reconhecer que a ansiedade é multifatorial. O Guia de CP Brasileiro (s.d., p.9) afirma que a adaptação à doença e respetivo tratamento, multiplicidade de sintomas, patologias psiquiátricas, farmacologia potenciadora de ansiedade e a consciencialização da aproximação da morte são os fatores predisponentes deste sintoma.

Barbosa, Bernardo e Leal (2016, p. 252) enaltecem o trabalho em equipa no alívio desta sintomatologia. Referem que os profissionais de saúde que gerem o caso específico, devem reunir-se e partilhar o conhecimento de cada um, sobre o doente, de forma a corrigir os fatores predisponentes de ansiedade do mesmo.

Estes autores indicam as Benzodiazepinas, os Neurolépticos, os Ansiolíticos e os Antidepressivos como aqueles a utilizar no tratamento farmacológico. Ressaltam: Os opióides só devem ser utilizados aquando da existência da dispneia e dor como catalisadoras da ansiedade.

Deste modo, um bom controlo de sintomas de base e a consciência das necessidades, do doente e da família, é, sem dúvida, a melhor estratégia para o tratamento efetivo da ansiedade.

A sobreposição do sintoma, referido anteriormente, com o sintoma depressão é, muita das vezes existente. Assim, o seu diagnóstico diferencial é crucial embora difícil. Tal facto, segundo Barbosa, Bernardo e Leal (2016, p. 252) não é impeditivo do tratamento, pois é idêntico. Por este motivo não vou repeti-lo.

O Manual de Diagnóstico e de Estatística dos Transtornos Mentais – V (DSM-V® 2014, p.155) define depressão como sentimento patológico de tristeza, que se caracteriza por desânimo, perda de interesse e do prazer em realizar as atividades de rotina.

Barbosa, Bernardo e Leal (2016, p. 258) referem que em CP o conceito de depressão é difícil de definir, especialmente se o doente está em estadio terminal. Mencionam, ainda (p. 259), que esta patologia pode ser mascarada pelo facto de muitos doentes tentarem esconder dos familiares e equipa de cuidadores, os seus sentimentos negativos, como forma de proteção.

A depressão, segundo a fonte enunciada, traz consequências importantes:

- Deterioração da qualidade de vida;
- Níveis de dor mais elevados;
- Sobrecarga emocional e física, para a família;

- Redução da adesão ao tratamento;
- Menor eficácia da QT;
- Permanência hospitalar mais prolongada;
- Esperança de vida mais curta;
- Risco de suicídio.

Ouvir com atenção o doente permite, quase de imediato identificar a depressão, pois, por norma, este exprime por palavras próprias o sofrimento (“Estou farto de tudo. Já não consigo mais. Estou deprimido”). Assim, segundo Barbosa, Bernardo e Leal (2016, pág. 263) é possível apoiar os doentes, e respetiva família, com esta sintomatologia através da escuta ativa e da criação de uma relação empática. Uma intervenção deste tipo passa essencialmente pela exploração do medo sobre a doença e o seu prognóstico, assim como pelo fomentar de uma rede de suporte social ou familiar.

A confusão/delirium é descrito por Moreira (2012, p. I) como uma complicação potencialmente causadora de grande sofrimento em doentes em contexto de CP.

Barbosa, Gama e Lawlor (2016, p. 300) mencionam que a ocorrência e a gravidade dos sinais, deste sintoma, são influenciadas por vários fatores:

- Orgânicos (alterações metabólicas, intoxicação por fármacos, abstinência, infeções, doenças neurológicas, falência orgânica, entre outros);
- Predisponentes (idade, envelhecimento cerebral, doença cerebral estrutural, deficiente capacidade de regulação homeostática, fadiga, má nutrição, deficiente visão ou audição, alta prevalência de doenças crónicas, reduzida resistência a doenças agudas, alterações da farmacocinética e farmacodinâmica);
- Facilitadores (*stress*, estado emocional, ansiedade, alterações do sono, isolamento social, mudança de ambiente);
- Precipitantes (malnutrição/ desidratação, polimedicação, algaliação e atuações iatrogénicas).

Barbosa, Gama e Lawlor (2016, p. 301) afirmam que a característica mais importante deste sintoma é a redução do nível de consciência. O doente inicia um quadro de agitação, com alterações das funções cognitivas e com flutuações do nível de consciência. Podem estar presentes alucinações do tipo visual ou cenestésicas.

Os autores diferem o *delirium* em três tipos distintos:

1. Hiperativo;
2. Hipoativo;
3. Misto.

Referem que o diagnóstico, clínico, deve ser precoce e fruto de um estudo minucioso acerca da história do doente, tendo em conta o seu estado físico, mental e os exames complementares de diagnóstico. Desta forma, há a possibilidade de se tratar os sintomas, educar os familiares, sobre a natureza e implicações deste sintoma, e intervir nos fatores precipitantes.

O tratamento passa pelos fármacos sedativos e por adoção de estratégias que impliquem o doente, de forma a acalmá-lo e garantindo a evitação da alteração dos ciclos de vigília, a família e o ambiente. Os familiares devem trabalhar em comunhão com a equipa de profissionais de saúde, com vista a proporcionar um ambiente seguro e tranquilo ao doente.

A doente, do caso clínico suprarreferido, manteve-se serena, com consciência plena do seu prognóstico e colaborante com a equipa nos cuidados prestados, sem necessidade de qualquer tipo de contenção mecânica.

A DGS edita uma orientação em 2011 acerca da contenção mecânica de doentes, nela afirma que

existe evidência de que o recurso à contenção é uma das práticas mais frequentes a nível internacional para cuidar dos doentes com comportamento de risco em relação a si próprio ou aos que o rodeiam. Dos diversos estudos realizados sobre esta temática sobressai a necessidade de prevenir incidentes e eventos adversos associados às medidas de contenção.

Ainda assim, a mesma fonte refere que, na aplicação de medidas de contenção, deve-se:

1. Esgotar as medidas preventivas;
2. Obter, sempre que possível, o consentimento do doente;
3. Obter, sempre que possível, o consentimento da família ou pessoa significativa do doente;
4. Esclarecer o doente do que vai ser feito e porquê;
5. Ajustar a medida de contenção à situação do doente;
6. Cumprir as instruções do fabricante na aplicação do mecanismo de contenção;
7. Vigiar o doente sujeito a medidas de contenção com a frequência que o seu estado ditar;
8. Reavaliar a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa;
9. Retirar a medida de contenção assim que possível;
10. Registrar os procedimentos no processo clínico.

O propósito fisiológico dos soluços é desconhecido. (Pina, 2016, p. 133). As suas causas podem ser variadas: alterações gastrointestinais, tumores, distúrbios do

sistema nervoso central, patologias da cabeça, pescoço, pulmão e pleura, cirurgias, distúrbios metabólicos, uso de certos fármacos (por exemplo corticosteroides e benzodiazepinas) e QT. Os soluções são considerados agudos quando se prolongam por mais de dois dias.

A D.M.S., durante o internamento não revelou este sintoma, ainda assim, o facto de estar medicada com Haloperidol poderá ter prevenido esse fenómeno. Pina (2016, p. 136) afirma que este fármaco atenua a irritação diafragmática.

Considero que as intervenções ao nível do controlo sintomático e também trabalho em equipa, comunicação e apoio à família permitiram à doente ter um maior nível de conforto.

A possibilidade de concretizar o desejo, da doente, de falecer em casa, gerou na família uma sensação de dever cumprido e de bem-estar emocional. A presença constante das filhas e do marido demonstrou-se fundamental para a tranquilidade e segurança da doente, o que me permite valorizar a possibilidade da presença de familiares significativos, no internamento, individualmente e sem restrição de horário.

O programa de televisão Sociedade Civil (2013) da rádio e televisão portuguesa dois divulgou um estudo da Universidade Católica do Porto onde revelou que os hospitais, lares ou residências de idosos são os locais onde os portugueses menos gostariam de morrer. No entanto, a maior parte das mortes acontece exatamente nesses sítios e muitas vezes sem a presença de um familiar ou amigo próximo. A mesma investigação alerta ainda para o facto de Portugal estar muito longe das recomendações nacionais e internacionais a este nível.

Ferreira, Gomes, Higginson e Sarmiento (2013, p. 4) publicaram um estudo que pretendeu perceber como é que as preferências, sobre o local de morte, dos portugueses se relacionam com a realidade, para integrar este conhecimento no planeamento dos cuidados de saúde. Revelam que 59% dos participantes (num total de 1286 adultos) referem que morrer no local que se deseja é a sua primeira ou segunda prioridade para cuidados no fim de vida. Afirmam, de igual modo, que a maioria da população deseja morrer em casa.

Os autores referem (p. 4) que *“para uma maior humanização na prestação dos cuidados de saúde em fim de vida, é essencial responder às preferências da população para local de morte, diminuindo assim o desfasamento existente entre preferências e realidade”*.

As comparações entre os dados de preferências do estudo e os registos oficiais de local de óbito sugerem que os portugueses têm uma grande probabilidade de não ver as suas preferências para local de morte correspondidas.

Penso também ser fundamental focar na sobrecarga que, por vezes os cuidadores são alvo. Pires (2018, p. 1) refere que ato de cuidar traz efeitos para a pessoa cuidadora, aos quais por norma se atribui o termo de “sobrecarga”. Segundo Pereira

(1996) citado por Sequeira (2010, p. 10) a sobrecarga representa o “conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com um doente”.

Segundo Ricarte (2009, p. 47) é importante referir que existem dois níveis no que respeita às repercussões do cuidar: os objetivos, que são resultantes da prática dos cuidados, e os subjetivos, que percecionam as primeiras. O autor refere que as repercussões objetivas têm um cariz mais visível, enquanto as subjetivas são menos explícitas, uma vez que se manifestam através de stress ou sofrimento.

A fonte afirma que a carga relaciona-se com a tensão própria do ambiente das relações interpessoais, e pode ser vivenciada de forma diferente pelos cuidadores, pois enquanto que para alguns não é sentida como um fardo, para outros pode provocar sentimentos de grande intensidade. Este facto era visível no marido da D.M.S., necessitando de acompanhamento quando cuidava da sua esposa de forma a evitar níveis de sobrecarga elevados e que sejam negativos para o doente bem como para o próprio cuidador.

Segue-se mais um caso clínico onde o controlo de sintomas foi o foco de atuação.

Caso Clínico 4 Sr.

T.G. – 68 anos

História Clínica: Carcinoma do pulmão com metástases ósseas. Fazia tratamento curativo na clínica Champalimaud tendo sido suspenso por progressão da doença. Aceitou internamento no HLL-UCP para controlar sintomas.

Situação Familiar: Vivia sozinho (morte dos pais, filho único). Pessoa significativa é uma amiga. Referenciado por ser um risco social. Suspensa referência, quando transferido para UCP, por agravamento e impossibilidade de alta para o domicílio.

Apresenta como sintomatologia principal: dispneia, astenia, dor torácica e abdominal, ansiedade, tosse, xerostomia, odinofagia e confusão.

O doente encontrava-se medicado com Dexametasona 8mg (9h), Midazolam 5mg sc (9h, 12h, 16h, 19h, 22h, 1h, 5h), Morfina 2,5mg SC (9h, 19h), Paracetamol 1000mg EV se febre, nebulizações com uma ampola de brometo de ipratrópio (9h, 16h, 22h). Resgates: Morfina 2,5 mg sc e Midazolam 5mg sc. Com DNR prescrita.

24/05/2018, M: Doente com ansiedade marcada, já tinha acionado o dispositivo de chamada quatro vezes. Acalmou com a presença dos profissionais de saúde. Refere não ter sítio para ir quando tiver alta porque não pode nem quer estar sozinho. Validado receio do doente e realizada escuta ativa. Abordou as atividades que deixara de fazer desde o aparecimento da doença. Referiu que “nem sabia bem o que tinha”, parecendo-me como um pretexto para saber mais acerca do seu estado clínico. Solicitada a presença da médica que aciona o protocolo de Buckman para a

transmissão da impossibilidade de cura e do objetivo do internamento, que seria controlar os sintomas. Neste instante o doente baixa a cabeça e dá sinais evidentes de que não quer avançar com o diálogo. Demonstrada disponibilidade e apoio em relação ao seu quadro social.

Cumprir oxigenoterapia por máscara facial a 8 l/min. Avaliado por nutricionista que ajusta alimentação às suas preferências de forma a prevenir a reitência alimentar. Pedida dieta de consistência mole (próteses dentárias) e suplementos. Reforçados ensinamentos sobre os cuidados de higiene oral e aplicação de colutório, por odinofagia e xerostomia.

26/05/2018, M: Realizada conferência com o doente. Apresentou-se com uma postura rígida, falando de forma clara sobre a morte, referindo que não tem medo de morrer, tem sim “medo do caminho até lá”. Refere estar “a pagar pelo que fez”. Transpareceu um sofrimento atroz associado ao sofrimento físico. Inicia acompanhamento por psicologia com agrado. Pergunta se o HLL tem capela, é-lhe divulgada a presença de um assistente espiritual na UCP que requisita automaticamente.

Pelas 11h00 recebe a visita da amiga. Entretanto cumpre a terapia broncodilatadora, que tem em esquema, mobilizando secreções mucopurulentas em moderada quantidade. Teve três dejeções líquidas pelo que cumpriu Loperamida 2mg com efeito. Apresenta dor controlada com auxílio da terapêutica em esquema embora mantenha posição antiálgica (fetal).

28/05/2018, M: Durante os turnos anteriores foram realizados quatro resgates de Morfina sc para que se controlasse a dor e a dispneia, assim aumentou a dosagem para 7,5 mg (9h, 12h, 16h, 19h, 22h, 1h e 5h)

Pelas 12h00 dirijo-me ao quarto para administrar a terapêutica em esquema. Encontro o doente a tentar levantar-se com o intuito de ir para o cadeirão. Pergunto se tem dor, ao mesmo tempo que o posiciono em posição de cadeirão no leito. Responde que não, que se sente “agitado”. Continua: “Tenho muitos pesos em cima de mim... Vou morrer e quero deixar tudo resolvido. Estou preocupado e não sei como resolver isto.”. Eu: “Está-me a dizer que tem assuntos pendentes e que é isso que o deixa nesse estado de ansiedade?”. Responde: “Isso mesmo, e não há nada que possam fazer por mim. Tenho tantos problemas.”. Tento que desenvolva o assunto: “Problemas Sr. T.G.?”. Doente: “Sim...”. Peço autorização e sento-me junto do doente. Refere-me: “Há uns dias atrás resolvi tudo.”. Denoto uma confusão evidente e procuro valorizar o fato de estar resolvido. Administro a terapêutica e pergunto-me: “Onde vai?”. Respondo-lhe que tenho de continuar a ver os restantes doentes e a administrar-lhes a sua terapêutica, tal e qual como fizera com ele. Refere: “Vá, mas não demore, não quero ficar sozinho durante muito tempo. Pode acontecer alguma coisa.”. Reforcei os ensinamentos sobre o dispositivo de chamada, mobilizei as estratégias anti queda e ressalvei o fato de que ainda voltaria junto dele. Pareceu-me ficar tranquilo.

29/05/2018, T: Aumenta dosagem da Morfina sc para 10mg no mesmo horário. A par do seu prognóstico refere que “não queria morrer já.”. Verifica-se um agravamento evidente do estado geral. Inicia quadro de recusa às nebulizações por referir que o vapor o faz sentir piorado. Anorexia e caquexia marcadas. Mantém recusa em dialogar sobre os seus “assuntos complicados.”.

30/05/2018, T: Recebida passagem de turno com a informação de que o doente tem “medo da noite e de ficar com falta de ar”, “medo de morrer sozinho”.

17h00: Realizada continuidade de cuidados através do reforço do apoio emocional e demonstração da disponibilidade da equipa, a que horas fosse.

Refere sede e xerostomia. Humedecida cavidade oral com chá gelado de camomila e gotas de limão. Teve efeito imediato, o que surtiu na tranquilidade do doente.

19h00: Apresentou-se sonolento, embora reativo a estímulos exteriores. Recusa alimentação. 19h45: Inicia estertor, pelo que é contactada médica assistente que dá indicação para administração de Butilescopolamina 20mg sc e Furosemida 20mg EV com efeito.

20h00: Apresenta-se sudorético, com sinais evidentes de desconforto e rubor facial. Avaliada temperatura timpânica (39,1°C). Administrado Paracetamol 1000mg EV com efeito (36,8°C).

Contactada amiga do doente para informar acerca do agravamento de estado, uma vez que era ela a única pessoa de referência do doente. Demonstra tristeza evidente. Pede para ser contactada a qualquer hora “se o pior acabar por acontecer.”.

21h00: Doente sereno.

31/05/2018, M: Pelas 10h30 apresenta gemido que se manteve mesmo com a terapêutica em esquema. Temperatura timpânica avaliada (38,2°C). Administrado Paracetamol 1000 mg EV com efeito (36,4 °C). Em anúria desde as 23h00 do dia anterior, sem globo vesical nem desconforto.

Pelas 12h00 inicia quadro de agitação, esgar, cianose periférica e evidente dificuldade respiratória. Administrado resgate de Midazolam 5mg sc e de Morfina 10 mg sc com algum efeito. Doente mantém-se reativo a estímulos exteriores e recetivo ao toque e a presença dos profissionais. Estes fatores implicam na serenidade do doente. Procurou as nossas mãos. Observado pela médica assistente que diagnostica últimos dias e horas de vida. Mantidas medidas de conforto. Mantém xerostomia franca, mantém-se humedecida a mucosa oral.

Pelas 14h00 faleceu. Comunicado óbito à amiga.

A dor, dispneia, astenia, anorexia/caquexia e xerostomia foram cuidadas consoante o mesmo método utilizado no caso clínico anterior. As alterações constantes da dosagem de medicamentos, devido à descompensação sintomatológica, de difícil controlo, e necessidades constantes de resgates fizeram deste caso um desafio, pelo que optei por relatá-lo.

Segundo Ribeiro (2015) que cita Fürst e Doyle (2005), os doentes capazes de expressar os seus medos frequentemente abordam o “medo de sufocar” ou de “sangrar até à morte” como as experiências que mais os preocupam, bem como a sobrecarga dos seus familiares. Curiosamente, segundo os autores, muitos doentes quando verbalizam o modo como preferem morrer referem querer “estar pacificamente a dormir”, quando, paradoxalmente têm medo de estar sós durante o período noturno e de adormecer.

No caso do Sr. T.G. só a comunicação clara e aberta acerca destes aspetos permitiu expor a proximidade da equipa da UCP e a garantia de que todas as suas necessidades iriam ser tidas em conta.

Uma doença avançada e terminal destrói o projeto de futuro, desorganiza a integridade da pessoa e pode, inclusivamente, diminuir a capacidade de resposta. Estes foram fatores evidentes no caso do Sr. T.G. que além dos medos associados ao prognóstico grave verbalizava sofrimento por culpabilização.

Amorim (2013, p. 13) refere que as respostas vivenciais à situação de doença são a incerteza, o medo e o terror, sendo estes sentimentos percebidos como ameaça e dando origem a dois tipos de reações: o desagrado e a descrença. Segundo a mesma autora, o desagrado, ressentimento, revolta e acusação, pode ter a ver com um mero desassossego, ansiedade, irritabilidade, mas também com um estado de tensão crescente de descontrolo, desorganização, agitação, desconfiança com vitimização. A descrença é caracterizada pela recusa ou fuga com sentimentos de despreocupação, de negação do diagnóstico, evitamento.

Procurámos, na abordagem ao sofrimento do Sr. T.G., recorrer à comunicação e relação terapêutica, trabalho em equipa, apoio psicossocial e espiritual e controlo sintomático. A revolta de que padecia resultava na sua inquietude e sensação de descontrolo. A fuga constante aos assuntos problemáticos tinha por base a descrença na sua possível resolução.

A enaltecer tenho, ainda assim a criação de uma relação de confiança com a equipa, sendo que o doente se sentia visivelmente mais tranquilo sempre que nos aproximávamos. Ressalvo o toque, as questões abertas e a demonstração sucessiva de disponibilidade.

A dificuldade respiratória extrema sofrida pelo doente é uma das emergências em CP, podendo resultar segundo Pina (2017) da obstrução por crescimento tumoral, edema, compressão extrínseca ou hemorragia. A previsão de que pudesse ocorrer asfixia por obstrução das vias aéreas permitiu a prescrição antecipatória (Midazolam). Desde o início do estado de agonia até à morte do doente, foram implementados os cuidados adequados aos últimos dias e horas de vida para que o conforto fosse o principal objetivo.

Por febre, indutora de mal-estar geral, a temperatura timpânica foi sendo avaliada, possibilitando a atuação em conformidade consoante prescrição antecipatória.

No momento do óbito, o doente encontrava-se aparentemente tranquilo, sem dispneia e sem dor.

Neste caso o controlo sintomático foi desafiante devido ao prognóstico, aspetos físicos e inquietação do doente. Ainda que seja um grande desafio não se baixaram os braços, criando-se estratégias adequadas e adaptadas à pessoa para que a nossa intervenção fosse favorável. A equipa discutiu este caso em reunião multidisciplinar, nomeando e delineando as intervenções que se deveriam realizar. Penso que a comunicação eficaz da equipa da UCP potenciou as competências de cada elemento, através da discussão técnico-científica e abordagem de novos casos com práticas baseadas na evidência anterior. Um aspeto fundamental é não esquecer que não é apenas a pessoa que sofre, mas também aqueles que a rodeiam, neste caso a amiga.

Assim, segundo Neto (2017) os sintomas são sempre para aliviar, o que não deve acontecer é prolongar a vida à custa de mais sofrimento ou desconforto. Refere que não sendo a população dos doentes com necessidade de CP homogénea, o certo é que não se pratique obstinação terapêutica. Termina com: *“Os médicos estão obrigados, nesta população de pessoas em fim de vida, a fazer tudo o que é devido, mas não tudo o que podem: não devem enveredar pela desproporcionalidade terapêutica ou diagnóstica, que são consideradas má prática.”*

Durante a Prática Clínica assisti e administrei terapêutica por diversas vias, sendo que a privilegiada foi a sc.

Segundo Neves (2017) a via de eleição para a administração de fármacos é a oral. Sendo que existe a possibilidade, frequente, de perda desta via, encontra-se na via sc a melhor alternativa.

O artigo de revisão de Pontalti *et al* (2012, p.200) corrobora a informação suprarreferida mencionando que a via oral é simples e não invasiva, sendo a preferencial. Contudo, revela que entre 53% e 70% dos doentes necessitados de CP, em situação de incurabilidade, necessitarão de uma via alternativa para a administração de fármacos. Essa percentagem aumenta quando o doente se encontra em situação de últimos dias e horas de vida. Em 80% dos casos, o doente no período de fase final da doença apresentam sintomas comuns como: náuseas, vômitos, disfagia, dispneia e dor. Assim, como é frequente a dificuldade em administrar medicação via oral, a via sc é a alternativa preferencial para o controlo clínico destes sintomas.

O tecido sc, segundo Neves (2017), tem poucos recetores de dor e é facilitador da absorção, promovendo uma atuação rápida, podendo ser administrada terapêutica em bolos ou de forma contínua.

Pontalti *et al* (2012, p.204) refere que a via sc tem uma vascularização similar à via muscular, ou seja, a administração de medicamentos por estas vias elimina o primeiro passo do metabolismo hepático, acarretando uma alta biodisponibilidade, aproximadamente 90%. As vias sc e ev são geralmente consideradas equipotentes. Os

fatores que parecem influenciar na taxa de absorção são: características físico-químicas das substâncias, condições cardiovasculares, presença de vasoconstrição cutânea, local de aplicação e exercícios físicos, os quais pode modificar o fluxo sanguíneo e linfático. Contudo, não há evidência sobre a influência da idade em relação à alteração no tecido subcutâneo.

Neves (2017) refere que esta via é indicada para:

- Desidratação;
- Incapacidade de ingestão de líquidos por via oral;
- Correção de Toxicidade;
- Ausência de outras vias;
- Administração de fármacos contraindicada por via oral;
- Últimos dias e horas de vida.

Na UCP tive a oportunidade de cateterizar muitos acessos sc, que explicam a utilização de opióides na maioria de ação curta. Considero que a via subcutânea mostra-se de fácil aplicabilidade, além de ser de baixo custo e de assegurar o controlo sintomático, podendo-se utilizar a maioria dos fármacos necessários em CP. Apesar dos benefícios da via subcutânea no tratamento paliativo, penso que ainda é subutilizada e existe renitência na sua aplicação, por falta evidente de formação na área.

Refletindo criticamente, e tendo por base a minha prática laboral anterior, onde, se não tinha a via oral disponível, as vias de eleição eram a intramuscular e a ev, penso que evolui bastante. A prática que vi ser aplicada na UCP mudou, por completo, a minha visão e atuação sobre a administração de farmacologia. Mantenho a via oral como a preferencial, é certo, mas uma vez que esta não seja viável, o primeiro pensamento recai sobre a via sc. Tal acontece pela noção de implicação de menos dor, desconforto e necessidade de punções e consecutivamente, gasto de recursos.

Sinto que, no meu local de trabalho, ainda existem mitos muito enraizados e vinculados sobre a colocação de dispositivos sc e o seu real efeito. Na hidratação, quando necessária, a via privilegiada continua a ser a via ev e não a hipodermoclise (hidratação sc contínua). Acredito que desde que começaram a existir elementos, na equipa, com formação avançada em CP, a administração de fármacos via sc aumentou, mesmo com alguma renitência médica. A mudança de paradigmas não é fácil, mas, com persistência e perseverança acredito que a UCCI venha a ser uma unidade de cuidados de excelência e que dê prioridade a esta via de administração tão mais simples, indolor e confortável para o nosso primordial alvo de cuidados, o doente.

Na UCP os esquemas terapêuticos estavam prescritos ao pormenor, não encontrando nenhuma lacuna em relação ao aprendido em contexto sala de aula, tendo resultados excelentes. Destaco a medicação prescrita em SOS, sempre instituída por forma a antecipar sintomatologia e agilizando os procedimentos burocráticos.

Aquando do aparecimento de um sintoma descontrolado, ao existir terapêutica, de prescrição antecipatória, a sua administração era imediata, não havendo necessidade de primeiramente, esperar pela prescrição médica. Os elementos da equipa são bastante rigorosos na preparação e administração da terapêutica, sendo que a mesma só é administrada perante prescrição escrita. A disponibilidade médica também é um fator de realce, sendo que se encontravam disponíveis vinte e quatro horas por dia.

4.3 Apoio à Família

O aparecimento de uma doença crónica, progressiva e terminal no seio de uma família é um acontecimento que proporciona desequilíbrio da estrutura familiar, sendo necessária a adaptação do doente e da família. Pinto (2017) refere que a maioria das famílias é resiliente, mas que os estudos comprovam que um terço dos cônjuges e dos filhos apresentam alterações psicossociais, físicas, comportamentais e emocionais. 50% das famílias apresenta (dis)stress.

Casmarrinha (2008, p.44) refere que

o conhecimento do funcionamento da família, das suas características, do contexto social, cultural e económico no qual está inserida, é fundamental para a realização do planeamento das intervenções de saúde e desta forma proporcionar alteração de atitudes e de comportamentos com o intuito de procurar estratégias de adaptação à nova situação familiar.

Para além destas características, é relevante conhecer a estrutura da família, sua composição, organização dos membros e sua interação, bem como com o ambiente, problemas de saúde, situações de risco e padrões de vulnerabilidade para que exista o levantamento adequado das necessidades da família e conseqüentemente o planeamento das respetivas intervenções. (Mello, 2005, p.79).

A família pode ser entendida como uma unidade com capacidade de mudança e crescimento, constituída por elementos que interagem entre si e que estabelecem relações com o exterior, mantendo ou tentando manter um equilíbrio que permita o seu desenvolvimento (Nogueira, 2003, p. 21). É a ela que se atribui a função de ritualizar e celebrar as passagens mais significativas da vida, desde o nascimento até à morte (Nogueira, 2003, p. 24).

A estrutura familiar permite-nos averiguar a sua organização que regula a transmissão de conhecimentos, a articulação entre família, trabalho, poder, e é a partir desta que se analisa a forma como os seus elementos interagem entre si (Nogueira, 2003, p. 28).

Efetivamente, para alguns autores a família é um sistema aberto que se adapta às dificuldades que surgem em diferentes etapas no seu ciclo de desenvolvimento, bem como às mudanças sociais com o intuito de assegurar o crescimento psicossocial dos seus membros (Relvas, 1996 em Nogueira, 2003, p.27).

A definição de família não se foca, exclusivamente, em aspetos de estrutura. Tem por base as funções ideológicas e o estadio evolutivo em que estão, no ciclo de crescimento quer pessoal quer do grupo. O termo família é mutável, sendo a sua evolução compatível com a evolução da história, cultura, crenças e valores. Segundo Bolander (1998) citado por Nogueira (2003, p. 24), existem vários tipos de famílias, que se classificam como:

- Família nuclear, também conhecida como família de casamento ou conjugal, que é constituída pelo casal com filhos biológicos economicamente independentes;
- Família mista, constituída pelo casal com filhos de casamentos prévios e com os seus filhos biológicos vivendo em comum. As famílias mistas defrontam-se com problemas exclusivos e complexos. Os membros não compartilham uma história familiar comum; podem existir expectativas diferentes para a manutenção da saúde e estratégias diferentes para enfrentar o stresse e a doença;
- Família alargada, formada pelo casal, pelos filhos, avós e/ou parentes consanguíneos, como tios, primos, avós ou outros parentes. Embora este tipo de famílias não se verifique tão frequentemente como no passado, continuam, as que existem, a assegurar o apoio emocional, cuidados às crianças e assistência económica aos seus membros e dividem a organização e responsabilidades do lar. Este tipo de família tem potencial para ser muito coesa e de apoio em momentos de crise;
- Famílias monoparentais, constituídas por um dos progenitores e um ou mais filhos. No passado, este tipo de família resultava de uma viuvez, separação ou divórcio. Hoje está a tornar-se uma estrutura cada vez mais reconhecida na nossa sociedade, já que uma mulher solteira pode adotar ou ter os seus próprios filhos quer naturalmente quer por inseminação artificial. Este tipo de família tende a ser vulnerável quer económica quer socialmente. Com frequência podem enfrentar estigmas sociais além de conflitos entre os próprios elementos da família. Quando se deparam com uma situação de doença de um dos seus membros, para além dos problemas associados a recursos financeiros, debatem-se com problemas emocionais para lidar com a situação.
- Família combinada ou reconstituída, também designada por alguns de mesclada, inclui padrastos e enteados. A separação, o divórcio ou viuvez e novos casamentos podem ocorrer em qualquer etapa do ciclo de vida e, terão diferentes impactos no funcionamento familiar, sendo necessário esforços para tornar a estabilizar os antigos grupos familiares e para constituir e estabilizar o novo grupo familiar. Estes esforços são importantes para que o desenvolvimento individual e familiar prossigam.
- Família homossexual pretende ser reconhecida como qualquer outra família. Estes pares têm esperado o reconhecimento do seu estatuto familiar por parte de grupos religiosos, locais e governo. Em alguns países são-lhes reconhecidos os mesmos direitos de outros casais. Cada vez mais reconhecidos na sociedade ocidental,

têm as mesmas necessidades biológicas, psicológicas que os casais heterossexuais e as crianças podem ser fruto de relações heterossexuais anteriores, adotadas ou concebidas através de inseminação artificial.

Seja qual for o tipo de família, esta trabalha em cooperação para cumprir as suas funções familiares. Todas as famílias estão sujeitas a mudanças e *stress* que provocam crises ao longo do seu desenvolvimento (Nogueira, 2003, p. 21).

A crise, em si, é caracterizada por Casmarrinha (2003, p. 43) como uma fase inicial, na qual aparecem ansiedade e tensão. Essa fase é seguida por uma outra na qual os mecanismos de solução de problemas são colocados em ação. Os mecanismos podem ser bem-sucedidos ou não, dependendo de serem bem-adaptados ou mal-adaptados.

Casmarrinha (2003, p.43) cita Taylor (1992) e define crise como:

um estado de desequilíbrio resultando da interação de um evento com os mecanismos de manejo do indivíduo ou da família, que são inadequados para atender as demandas da situação, combinado com a percepção da família ou do indivíduo sobre o significado do evento.

Dias e Durá (2002, p. 524) referem que no evoluir da vida familiar muitas são as situações, capazes de desencadear uma situação de crise. No contexto de crise familiar por doença de um dos elementos, Franco e Martins (2000), referem que, embora se reconheça na família a sua grande capacidade de evolução e de adaptação, face ao mundo quotidiano, a situação de doença é, no entanto, um acontecimento potencialmente gerador de crise para a família. Deste modo, por ser o doente e a sua família os verdadeiros implicados pelo sofrimento, a equipa assistencial de CP tem-nos como a unidade necessitada de cuidado. Fernandes (2016, p.657) afirma que o diagnóstico de uma doença não se repercute apenas na pessoa, mas também na família, pelas imposições e alterações que traz consigo para o seio familiar. Gonçalves (2016, p. 49) realça que o impacto da doença na família depende da fase de desenvolvimento em que a família se encontra aquando do diagnóstico, da forma como a dinâmica familiar é afetada e do significado que é atribuído à doença pela família.

Pinto (2017) foca quatro pontos-chave que revelam a adaptação da família à doença terminal de um familiar:

1. Enfrentam a realidade;
2. Reorganizam durante o período que precede a morte;
3. Morte;
4. Adaptação à nova realidade.

A autora ressalta a importância de não esquecermos que “não existe uma reação padrão pois cada família é única e vive os acontecimentos de forma singular.” Assim sendo, foco, mais uma vez, a importância da formação adequada e contínua, da equipa

multidisciplinar, para que se trabalhe com os membros da família, amigos e outros elementos que sejam importantes, apoiando-os e consecutivamente incrementando o apoio ao doente.

Surge, assim, a necessidade de abordar o conceito de cuidador principal, que pode não ter qualquer grau de parentesco com o doente, sendo uma pessoa significativa e da confiança deste. O seu papel é fundamental no acompanhamento do doente. É verdade que, por norma, toda a família se preocupa e assume algum tipo de cuidado ao doente, mas, geralmente há um elemento que se destaca e que acaba por tomar decisões importantes.

Na UCP a identificação dos cuidadores e da estrutura familiar é realizada por meio da comunicação e por observação direta, não sendo utilizados instrumentos rigorosos na recolha de dados. Mello (2005, p.1) sugere que a realização de um genograma ou ecomapa, pela efetividade na compreensão das relações familiares e a rede de suporte, auxilia na deteção de necessidades e de situações de risco (como conflitos internos). Penso que o genograma familiar é uma representação gráfica da família e o ecomapa fornece uma visão da família desenhando a sua estrutura de sustentação em relação ao mundo. Assim afirmo que são ambos importantes para uma correta análise do caso em mãos. Esta não é uma prática comum na UCP, o que por vezes pode influenciar a eficácia da perceção das relações familiares e de quem é efetivamente importante para o doente.

Ferreira (2009, p. 7) afirma que cuidar o doente terminal constitui para o cuidador principal um desafio psíquico, social, físico e financeiro. O cuidador principal espera encontrar respostas adequadas às suas necessidades de forma a conseguir assegurar cuidados de saúde e sociais com a máxima qualidade e dignidade ao seu familiar/amigo, podendo estar sujeito a sobrecarga de cuidados.

Fernandes (2016, p. 658) refere que em presença de doentes com doenças crónicas progressivas graves, em que a evolução é contínua e agravante, a perda de funcionalidades é incontornável. As AVD's passam a ser satisfeitas com auxílio da terceira pessoa e a família é uma parte importante nesse cuidado.

O estudo de Ferreira (2009, p.7) revela que a sobrecarga do cuidador principal se denota mais evidentemente nas seguintes vertentes: sensação de sobrecarga experienciada pelo cuidador principal; abandono do autocuidado; medo na prestação de cuidados; medo do futuro em relação ao seu familiar; perda do papel social e familiar na assunção do papel de cuidador; alteração económica; sentimento de culpa em relação a incapacidade de não poder fazer mais pelo seu familiar.

Fernandes (2016, p. 659) cita Rebelo (1998) e afirma que as dificuldades que o cuidador enfrenta colocam-se sobretudo se: é uma primeira experiência, ou se está antecedida por uma situação mal resolvida. Destaca ainda que o impacto de um doente terminal na família pode desenvolver múltiplos fatores de *stress*, ansiedade, medo e sofrimento, podendo desencadear o desequilíbrio familiar.

Estes são alguns dos desafios que podem comprometer a saúde da própria família, pelo que os CP têm como um dos seus pilares fundamentais a intervenção e o apoio destinado aos familiares e cuidadores, na ânsia de evitar situações patológicas. É fundamental auxiliar a família a mobilizar estratégias para lidar com a doença progressiva, englobando-a, sempre que possível, nos cuidados a prestar.

A utilização de uma comunicação adequada é, mais uma vez, essencial nos cuidados ao doente e no apoio à família, para que se promova a correta compreensão da informação. Querido, Salazar e Neto (2010) citados por Fernandes (2016, p. 658) apontam a comunicação como uma componente essencial na planificação e implementação dos cuidados, avaliando as alterações estruturais e percecionando necessidades novas. Referem ainda que é fundamental que seja efetuada consoante as necessidades de informação do doente e da família. Aparício (2017) refere que a comunicação eficaz para a família é um agente terapêutico muito poderoso, referindo que os profissionais têm que avaliar se o doente/família/cuidador quer “um Paracetamol de informação, um Tramadol de informação ou uma Morfina de informação.”. Fernandes (2016, p. 658) refere que em momentos de crise a comunicação torna-se mais difícil, por existir menos capacidade de reflexão.

Na UCP, contexto de internamento, promovia-se o acompanhamento do doente pela família, sendo que o horário das visitas era alargado, podendo estar um familiar durante as vinte e quatro horas diárias. Sempre que se mostrasse disponível, a família era englobada na prestação de cuidados, principalmente na satisfação das AVD'S. Deste modo, por se sentir útil, a ansiedade relativa ao processo de doença, era diminuída atingindo-se a homeostasia de emoções. Destaco os ensinamentos realizados aos familiares cuja alimentação era por via artificial, demonstrando-lhes como o poderiam fazer. Recordo a D. C. S. (caso clínico 1) cujo marido era parte ativa interveniente nos cuidados de higiene. Ou ainda o caso do Sr. T.G. cuja amiga, aquando da visita, promovia a humidificação da mucosa oral, de forma natural e espontaneamente.

Em contexto de Prática Clínica não observei casos extremos de agressividade, verbal ou física, ou de revolta por parte das famílias. Ferreira (2016, p. 658) afirma que podem ocorrer momentos de grande impulsividade e agressividade, por menor capacidade de ouvir e entender situações complexas que necessitam de resolução. Estas reações, segundo a autora, que cita Novellas e Valsera (2002) podem dever-se a:

- Medo de transmitir sentimentos que aumentem a ansiedade;
- Sentimentos de suscetibilidade ante a indiferença, que podem significar a transmissão do sofrimento;
- Medo de não ser consultado, escutado ou entendido;
- Sensação de que nem as palavras nem os gestos refletem com facilidade o que se quer comunicar;

- Sentimentos de impotência e de inferioridade, por exemplo, sentir que não tem a mesma capacidade de comunicar como os elementos da equipa de profissionais;
- Consideram-se paralisados pela angústia;
- Preocupação com o serem possíveis causadores do conflito, por exemplo, medo de transmitir dúvidas, preocupações, cansaço, necessidade de ajuda, etcetera (etc.).

Neto (s.d. p. 3) refere os princípios fundamentais no apoio à família:

1. Favorecer a expressão de sentimentos;
2. Proporcionar nova informação;
3. Compartilhar objetivos de cuidados;
4. Prevenir crises, identificando possíveis sinais de exaustão;
5. Promover a participação;
6. Ter em conta crianças e idosos e a importância da presença junto do doente das pessoas significativas para este;
7. Considerar aspetos práticos como sintomas que podem surgir, urgências em CP e como é previsível que decorra a morte e como devem intervir;
8. Considerar os aspetos espirituais.

Na UCP promovia-se o esclarecimento de dúvidas da família (com o consentimento do doente) em relação ao diagnóstico, prognóstico, curso da doença, efeitos da terapêutica e cuidados a prestar, de forma a evitar a ansiedade que pudesse surgir. A equipa enfocava nos reforços positivos aos esforços adaptativos da família e pretendia mostrar interesse e preocupação sobre os seus problemas, como cansaço físico, psicológico e medos, proporcionando oportunidades para verbalizar dúvidas e emoções.

Neto (s.d. p. 4) refere que as conferências familiares são instrumentos de intervenção na família, de forma estruturada. É aplicada na tentativa de resolução de situações mais complexas. Fernandes (2016, p.660) afirma que não servem apenas para transmitir informações, tem como objetivo promover a adaptação emocional à perda e ao processo de doença e de luto. Para as realizar é obrigatório que se preparem consoante a:

1. Criação de ambiente de confiança e adaptação, em local conveniente;
2. Preparação dos conteúdos a abordar;
3. Decisão de quem vai estar presente;
4. Nomeação do moderador, entre os membros da equipa de profissionais;
5. Informação ao doente e restantes intervenientes, convidando-os a estar presentes.

A UCP realizava conferências familiares de forma regular, e não só enquanto tempo de crise. Deste modo, permitia à equipa, juntamente com o doente e familiares, elaborar e hierarquizar problemas e discutir as diferentes opções possíveis de resolução. Consequentemente era estabelecido o plano individual de intervenção de forma cuidada e consensual, sendo que o doente, quando capaz, era o principal decisor.

Ao longo da doença a família vai sofrendo perdas sucessivas que devem ser faladas e partilhadas para que o dia da morte seja recebido tranquilamente e com o menor sofrimento possível e desta forma alcançar o luto bem-sucedido. O luto pode ser visto como um dos principais problemas da família.

Pinto (2016) refere o processo de luto, como pessoal. Ainda assim refiro que a morte de alguém provoca quase sempre a existência simultânea de diversos processos, pois a pessoa que morreu teria diferentes relações: amorosas, familiares, de amizade, de simples convívio diário no local de trabalho. Penso que um processo de luto nunca decorre, de uma forma geral, sozinho ou afastado dos outros processos.

Pinto (2016) fala dos processos de luto como dinâmicos. Ou seja, de uns processos de luto para os outros, há permuta, reciprocidade, ambiguidade, rivalidade, e uma grande complexidade de sentimentos. Isto pode acontecer, em especial, quando a morte ocorreu no seio de uma família e várias pessoas entram em luto ao mesmo tempo por causa dessa mesma perda. Será, aliás, uma situação bastante frequente, pois, geralmente, a pessoa que morreu tinha família e mantinha uma relação, unida pelos laços de parentesco e pelos laços afetivos decorrentes de uma história pessoal de muitos anos, marcada pela vinculação e pela confiança mútua.

A família, por isso, sente-se muito atingida pela perda. Esta representa um abalo na sua estabilidade, resultante do sofrimento emocional profundo dos seus membros. Em alguns casos, este é tão intenso que a família não resiste e desagrega-se, havendo corte de relações e divórcios.

Contudo, é necessário conhecer os fatores que influenciam a perda, os sentimentos vivenciados pela família, as fases porque passam as mesmas para que os profissionais de saúde consigam compreender e avaliar as necessidades de modo a que os sentimentos de medo, confusão e desespero, sejam substituídos por sentimentos de conforto, paz e tranquilidade no momento e depois da perda do ente querido (Moreira, 2001).

A conspiração do silêncio é outra das dificuldades que podem surgir no apoio à família. Mendes (2009, p.4) afirma que a conspiração do silêncio é um processo de ocultação de informação ao doente. Acontece com frequência em CP, contexto sensível às questões da dor, do sofrimento e da morte. O doente, a família e a equipa são os três atores intervenientes na conspiração do silêncio em CP. Quando esta ocorre pode, consequentemente, ser mantida ou ser destruída. Segundo a autora, a conspiração do silêncio pode ser mantida e ser considerada adaptativa e, nesse sentido, não tem consequências negativas, podendo o doente viver tranquilamente,

visto essa situação não lhe causar preocupação. No entanto, a mesma fonte refere que pode também ser não adaptativa e, nesse sentido, cria desconforto, angústia e isolamento, dificulta a abordagem da própria equipa, impede despedidas, prolonga os processos de agonia e desfavorece a comunicação.

Quando a conspiração do silêncio é destruída, considera-se que traz consequências quer positivas, quer negativas, para o doente, família e equipa, concluindo-se, no entanto, que as positivas superam as negativas. Na UCP verificou-se uma desmontagem de conspiração do silêncio. A equipa sofreu represálias, como a ameaça de apresentação de reclamações, insinuando, a família, o não direito da prestação da informação. Lidou com a revolta. No doente verificou-se sempre um sofrimento inicial que, consecutivamente, ia desvanecendo. Na família, foi evidente a quebra de confiança, sendo muito complicado recuperá-la. A vivência do luto foi, de igual modo, complexa, por sentimentos ativos de culpabilização. Mendes (2009, p. 4) refere que quando se consegue avançar com este processo o cuidar fica facilitado, consegue-se cuidar num todo, a equipa acaba por lidar com a gratidão, o doente pode ter uma morte tranquila e percebe-se melhor os relacionamentos no seio da família.

Relembro o caso clínico 1 onde após a comunicação aberta se tornou possível o fortalecimento das relações familiares e a resolução de questões pendentes.

Descrevo seguidamente dois casos clínicos decorridos no período de estágio. Através deles pude desenvolver competências no apoio à família.

Caso Clínico 5

Sr. M.F. – 19 anos

História Clínica: Adulto previamente saudável sem antecedentes pessoais de relevo. Em 2018 apresentou um acidente de viação, quando vinha do seu primeiro emprego, tendo ficado com exposição da massa cerebral. Prognóstico muito reservado pelo que foi proposto para CP.

Situação Familiar: Filho único. Ambos os pais vivos e revoltados com a situação do filho e com a preposição para CP. Tem namorada consciente da situação e seguida por psicologia fora do HLL.

O doente já se encontrava em regime de internamento quando iniciei a prática clínica. Encontrava-se medicado com Morfina 7,5mg sc, Dexametasona 6 mg sc, Midazolam 5 mg sc, Metoclopramida 10mg sc e Lorazepam 1 mg por gastrostomia endoscópica percutânea (PEG). Apresentava resgates de Morfina 7,5mg sc e de Midazolam 5mg sc. Como medicação em SOS mantinha Lorazepam 2,5 mg por PEG e Loperamida 2mg por PEG. Tinha prescrita DNR.

Utente com períodos de agitação psicomotora com coprofagia associada pelo que, por risco próprio, da família e da equipa se encontrava contido mecanicamente. Vígil

e afásico, sem capacidade de expressão de sentimentos. Necessitava de ajuda total para a satisfação das suas AVD's. Por disfagia total foi intervencionado em abril sendo-lhe colocada PEG. Dormia de forma aparentemente reparadora com auxílio da terapêutica instituída. Aquando do internamento foram implementadas intervenções a nível do controlo sintomático sobretudo por agitação, xerostomia e dispneia.

Segundo os registos de Enfermagem e tendo em conta as passagens de turno, já haviam sido realizadas conferências familiares na presença dos pais e da namorada com vista a comunicar a possível proximidade da morte. A namorada expressara tristeza associada à possibilidade de perda e de não “sentir mais os seus abraços”. A mãe revelava sinais de evidente cansaço e sobrecarga, pelo que se reforçava a importância do apoio à família. Denotava-se uma evidente subjugação da cuidadora ao pai do doente. O pai revelava sinais evidentes de negação demonstrando-se autoritário em relação a tudo o que respeito dissesse à saúde do filho.

Nos primeiros dias de estágio, embora não tenha prestado cuidados diretos ao doente, verifiquei um agravamento progressivo do estado geral, com necessidade de resgates de Morfina 7,5 mg e Midazolam 5 mg por dispneia e ansiedade extrema.

A comunicação com o doente estava comprometida pela incapacidade de verbalizar emoções, pelo que foram utilizadas estratégias como utilização de escalas avaliadores de doentes incapazes de se expressar.

A mãe revelava e verbalizava, sobretudo, a necessidade de querer sentir-se útil e valorizada pelo seu papel de cuidadora, assim, eram constantes os reforços positivos ao seu empenho enquanto prestadora de cuidados, incentivando a sua participação nestes. Por sua vez, o pai, demonstrava desagrado perante esta atitude referindo que “isso é obrigação deles” ou ainda “se pagamos é para alguma coisa”.

A partir de 14/05/2015, M, iniciei o acompanhamento direto com prestação de cuidados efetivos ao doente. Doente com flutuações do estado de consciência, permanecendo maioritariamente agitado durante o turno, cedível à medicação em esquema. Captei alguma ansiedade por parte da mãe, relativamente à contenção mecânica, no momento em que entrei no quarto para prestar cuidados e administrar a terapêutica. Referia com frequência que “ele era um bom menino” e que “não merecia estar assim”. Reforcei o primeiro facto mencionado e expliquei que compreendia que a mãe não tivesse gosto por ver o filho imobilizado, mas que a equipa o fizera por forma a prevenir riscos desnecessários e que, se em algum momento essa necessidade se desvanecesse seríamos os primeiros a sugerir a retirada da contenção. Referi a possibilidade de retirar as imobilizações caso se mantivesse no quarto, mas reforcei a importância da sua recolocação se ou quando saísse. Demonstrou-se mais tranquila e assertiva. A postura da mãe do doente era distinta se estivesse ou não na presença do pai do mesmo.

Ao sair do quarto, apercebi-me da mãe a retirar as imobilizações que apesar da incapacidade de compreensão do doente lhe dizia: “Tens de te portar bem, M.F., tu nunca foste assim!”.

A mãe queria sempre dar o lanche e o jantar ao filho, através da PEG, cuidado que valorizávamos. No entanto, só o fazia se se encontrasse sozinha ou na companhia da namorada do doente, com a justificação de lhe estar a passar o conhecimento da técnica. Pelas 12h00, em colaboração com a Enf.^a orientadora, expliquei à esposa e à namorada que o Sr. M.F. já não tolerava a mesma quantidade de alimentação, verificando-se com frequência a presença de conteúdo gástrico. A Enf.^a orientadora abordou com as presentes, simultaneamente, a importância de se garantirem outras necessidades, agora mais relevantes, do Sr. M.F., nomeadamente o conforto, explicando a relevada importância da alimentação, tendo em conta o agravamento do estado geral do doente. A namorada perguntou: “Então, mas assim não terá fome? Ele comia tanto!”. Foi-lhe explicado que o doente teria agora pequenos gastos energéticos e foi realizado ensino acerca das consequências de uma alimentação excessiva para as capacidades do doente. Perceberam assertivas à informação, verificando cuidadosamente a presença de estase. Alimentaram o doente de cerca de metade da dieta disponibilizada. Com este diálogo dissociámos o agravamento do estado de saúde do Sr. M.F. da diminuição e cessação da alimentação, e relacionámo-lo com o seu estado geral.

Só voltei a ter contacto direto com o doente a 24/05/2018, M. Percebo pela passagem de turno que todas as decisões terapêuticas passavam agora pelo pai do doente, sendo a mãe e a namorada meramente espectadoras dos acontecimentos. Foram realizadas conferências familiares com vista ao englobamento de todos os cuidados sendo que o pai referia as restantes cuidadoras como “não capazes”, e “demasiado brandas.”. O estado geral do doente estava cada vez mais agravado, estando agora com períodos de prostração e já não sendo necessárias medidas de contenção mecânica. Ponderava-se uma possível transferência, a pedido do pai, para outro hospital cuja especialidade era a de reabilitação (HA). Denotava-se uma evidente necessidade de intervenção junto daquela família, sendo que a mesma, tendo um elo desestabilizador, nunca se demonstrou disponível para ouvir verdadeiramente a informação que lhes havia sido transmitida.

A desconfiança do pai nos cuidados prestados pela UCP era constante, demonstrando até alguma renitência a que esses fossem prestados por mim por ser “uma estagiariazinha”. Referido, algumas vezes, que era estágio de especialização e não de curso base e que estaria sempre acompanhada por uma orientadora, tal informação, aparentemente, não surtiu qualquer tipo de efeito.

Pelas 12h00 doente com estases gástricas acentuadas, passando a dieta a ser apenas chá de forma fracionada. Explicada situação à mãe que aparentemente percebeu, e ao pai, que se mostrou renitente à informação.

Pelas 14h00 o pai e a mãe do doente dirigem-se ao balcão com vista a falar com o médico assistente. Tal é acatado. O pai refere que quer a alta do filho porque “neste hospital até dar de comer se recusam!” e “ele precisa é de fisioterapia não é de paninhos quentes.”. Mãe visivelmente chorosa, incomodada e ansiosa com a situação.

Vai acenando com a cabeça de forma negativa. Explicada a importância das medidas de conforto e o médico lembrou, mais uma vez, o diagnóstico e prognóstico do doente sendo visível o seu estado débil progressivo e geralmente piorado em relação à sua entrada. Perguntado, diretamente, à mãe do doente qual era a sua opinião sobre o assunto. A mesma manteve-se em silêncio durante algum tempo referindo depois que “o meu marido lá sabe.”

Discutido, com a equipa presente, a possibilidade de esta situação se efetivar e, embora não concordasse, a tomada de decisão estaria na mão dos cuidadores.

A 26/05/2018, M, a mãe encontrava-se no quarto. Visivelmente cansada, deprimida e impotente. Oferecido um cadeirão para que pudesse estar mais confortável. Mais tarde dirige-se a nós no corredor, meio a medo e olhando em redor, pensando eu para confirmar a não presença do marido e refere: “Estou muito cansada, muito cansada desta situação, nem vivo a minha vida, nem me a deixam viver. A minha vida é isto. É ele.” Respondo: “Percebo que se sinta cansada, tem passado muito tempo a apoiar o seu filho e a sua presença é muito importante. Valorizamos todo o seu esforço, tem sido uma mulher de coragem e estamos aqui para a ajudar também a si.” Baixou os olhos, encolheu os ombros e disse: “Mulher de coragem... (silêncio) nada disso. Devia ser devia, mas não posso, não tenho mais ninguém.”. Denotei um evidente sentido de culpa por estar a verbalizar as emoções negativas em relação ao seu casamento e ao papel subjugado que mantinha. Disse-lhe: “É natural que todos os casamentos tenham altos e baixos mas acredito que tenha boas memórias e outras menos boas, é certo, porque todas as relações têm momentos mais difíceis.” Acenou com a cabeça e desviou o olhar dando a sinalética de que não queria continuar aquele assunto. Continuei: “Tenho a certeza que senhora fez um bom trabalho, que educou muito bem o seu menino. É uma excelente cuidadora e mãe.”. Em sintonia com a minha orientadora, para além de valorizarmos o seu papel no seio da família também focámos a importância de auto cuidar-se e de encontrar sentido para a sua vida.

A 27/05/2018 não estive presente no serviço. Soube, posteriormente, que o Sr. M.F. teria tido transferência hospitalar a pedido, saindo nesse Domingo pelas 11h00. O pai recusou levar a carta de alta médica bem como a referência de Enfermagem.

A discussão, de ambos os casos, será comum uma vez que, as conclusões que retiro da abordagem da equipa e da minha aquisição de competências são muito similares, pelo que sigo de imediato para outro caso clínico.

Caso Clínico 6 Sr.

D.C. – 34 anos

História Clínica: Doente com Insuficiência Renal Crónica conhecida desde 2013, cumpria diálise três vezes por semana tendo esta sido suspensa por agravamento do estado geral e incapacidade de cateterização de nova fístula. Diálise peritoneal contra indicada por ter a região herniada. Sem indicação para transplante renal.

Situação Familiar: Filho único. Ambos os pais vivos mas cientes da situação do filho. Divorciado sem manter contacto com a ex-esposa. Tem um filho de 6 anos.

Admitido no HLL-UCP para controlo sintomático- xerostomia, caquexia, prurido, náuseas, vômitos, insónias e ansiedade.

Este doente esteve internado na UCP durante relativamente pouco tempo. Foram considerados todos os princípios de controlo sintomático e perícias de comunicação, constituindo esta última, para mim, um desafio imenso pois tive que lidar com a passagem de informação ao filho do doente que apenas tinha seis anos. Todas as estratégias mobilizadas, pela equipa multidisciplinar, tiveram resultados efetivos.

Cumpria Morfina 2,5 mg para controlo da dor sc (9h, 12h, 16h, 21h, 1h e 5h), Magestrol 160mg *per os* (9h), Esomeprazol 40 mg *per os* (7h), Metoclopramida 10mg *per os* (9h, 12h, 19h), Mirtazapina 15 mg *per os* (9h, 19h) e Midazolam 5mg *per os* (23h).

Ao longo de todo o internamento, o doente foi acompanhado pela Nutricionista, dada a necessidade de ajustar a dieta ao estado de emagrecimento, astenia, vômitos e náuseas constantes que causavam dor, mal-estar e desconforto ao doente. Optámos por dieta a pedido, meia capitação, que foi de encontro ao agrado do doente por não sentir repulsa à comida e por comer o que desejava. O doente era bastante colaborante aos cuidados e participativo consoante as suas possibilidades. Humedecia a mucosa oral com chá de camomila com gotas de limão e realizava a sua higiene oral com o colutório do serviço. O agravamento do estado de saúde do doente foi rapidamente progressivo, ao longo da prática clínica, encontrando-se em últimos dias e horas de vida no meu penúltimo turno.

Todos os familiares estiveram presentes ao longo do internamento, mas, ainda assim a que se destacou foi a mãe, principal cuidadora desde o início do processo de doença. Revelava sinais de cansaço extremo associados à exigência do acompanhamento prestado ao filho e sobretudo pelas deslocações que fazia para o levar ao serviço onde cumpria diálise.

A 28/05/2018 foi pedida intervenção de Psicologia, sendo que todos os elementos da família foram avaliados, bem como o próprio doente. Em todos os momentos em que pude conversar com a mãe, repetia as mesmas emoções. Sofria há já cinco anos

por causa da doença do filho, tinha de tomar conta do neto, uma vez que a mãe do mesmo teria saído do país, e o marido também já demonstrava alguns sinais de dependência física. Descreve o filho como um homem humilde e bom. Como um pai extremoso que nunca deixou que faltasse nada ao filho, tendo deixado de trabalhar só quando foi estritamente necessário. Referia o complicado que era manter as exigências do neto, uma vez que ela e o marido já estavam reformados e o dinheiro não esticava. Recordo-me de conversarmos sobre o último Natal em que o neto queria mais que um presente, estando habituado a isso, e que não tinha sido fácil explicar-lhe que as coisas tinham mudado e que iriam ser diferentes no futuro.

No momento em que se descobriu a doença do Sr. D.C. este pode sempre contar com a dedicação e cuidado da mãe, até ao internamento. A família do doente era bastante unida tentando manter os níveis de descontração necessária para que o filho do doente percebesse que, mesmo levando o pai, a morte era um acontecimento natural e expectável na vida humana. Sorriam várias vezes e promoviam um clima de segurança e apoio para o doente. Estavam presentes durante o horário de visita sendo que no período noturno, por ter de cuidar do neto e do marido, a mãe do doente ia para o domicílio.

Era visível, e expressa verbalmente pelo Sr. D.C. o sentimento de gratidão à mãe sendo que muitas vezes nos, e lhe, repetia: “tem de descansar”, “não aguenta tanto”, “só quero que ela não me tenha como um fardo e que trate de si, também”. No entanto, quando a mãe estava ausente, os níveis de ansiedade do Sr. D.C. aumentavam e era notória a falta que a sua presença lhe fazia. Recusava-se, no entanto, a expressar esta ansiedade à mãe quando incentivado a expressar emoções e a realizar últimas tarefas.

O papel da equipa passou sobretudo pelo reconhecimento positivo da prestação de cuidados, valorização do esforço da mãe, assegurar da informação clínica correta, promoção de estratégias de *coping*, presença de afetividade e sentimentos de amor, promoção da troca de sentimentos e de carinho entre os elementos da família, proporcionar apoio ao principal cuidador, escuta ativa, ventilação emocional e incentivo ao autocuidado. Optámos por transmitir à mãe os sinais de ansiedade que o filho transmitia na sua ausência, com o intuito, não de a sobrecarregar mais, mas, de a fazer constatar a importância da sua presença e do seu papel naquela situação.

29/05/2015, T: O doente passou o turno tranquilo, mas com agravamento visível do estado geral. Recusava dieta e já não saia do leito, necessitando de ajuda total para todos os cuidados.

30/05/2018, T: Acionado protocolo de últimos dias e horas de vida. O doente, mesmo visivelmente debilitado, sorriu-me e agradeceu-me. A mãe seguiu-me para o exterior do quarto, pedindo-me para conversarmos mais um pouco. Mostrei-me disponível. Disse-me: “Sabe, ainda bem que viemos para aqui. Sei que o meu filho foi muito bem tratado e que pode partir em paz.” Reforcei: “Estaremos sempre disponíveis para aquilo que necessitar”. Baixou os olhos, sorriu e confirmou: “Depois

disto tudo, vou tratar de mim. Vou mimar o meu neto. Vou cuidar do meu marido”. Valorizei a atitude. Quando regressamos ao quarto, o Sr. D.C. já havia falecido e a mãe pediu para que fosse ela a dar a notícia ao pai e ao filho do doente. A equipa consentiu e mostrou disponibilidade para a auxiliar. Negou ajuda dizendo que seria capaz.

Para a análise destes dois casos é necessária a identificação dos cuidadores principais. Em ambos temos duas mulheres, mães, exaustas e, de algum modo, em sofrimento, pela história de vida que as acolhe.

As intervenções da equipa multidisciplinar basearam-se, sobretudo, na perceção da estrutura familiar de suporte, com o intuito de reconhecer o seu clima organizacional e, desta forma conseguir auxiliar as cuidadoras durante a fase de doença e luto; no incremento e manutenção da relação de confiança entre a família e a equipa, de forma a fazer, a primeira, sentir-se útil através de uma comunicação eficaz e do seu englobamento na prestação de cuidados efetivos; nos reforços positivos ao empenho, esforço e dedicação no cuidado do doente; na demonstração da importância da manutenção das atividades de vida rotineiras, de forma a aproveitarem o tempo que têm juntos; realização de conferências familiares com o intuito de esclarecer dúvidas sobre o diagnóstico, prognóstico e evolução da doença, bem como de elaborar planos de cuidados objetivos e realistas.

Anteriormente, já referi a importância da realização de conferências familiares com regularidade. Volto a focá-las por serem evidentes intervenções promotoras da homeostasia familiar, onde, para além da partilha de informação e de sentimentos, se auxilia a melhorar e/ou incrementar algumas atitudes da interação familiar.

Pinto (2016) refere que a conferência familiar, no contexto dos CP, sendo um instrumento fundamental no apoio à família, deve ser realizada em situações em que o doente/família tem necessidades especiais (lutos recentes, crianças/jovens, etc.), aquando do agravamento do quadro clínico, na proximidade da morte; quando se verifica que a família é passiva/agressiva ou se identificam conflitos intrafamiliares ou conflitos entre a família e a equipa. Poderá ser utilizada para:

- Clarificar a informação relativamente à doença e aos objetivos de cuidados;
- Reforçar e envolver a família nas tomadas de decisão bem como, na continuidade de cuidados;
- Detetar outras necessidades que envolvem a família;
- Prestar apoio emocional no processo de perda.

Numa conferência familiar, a presença de muitas pessoas e/ ou profissionais pode criar desconfortos desnecessários assim, devem estar apenas presentes os profissionais de saúde mais diretamente envolvidos no caso (um ou vários), o doente e os familiares significativos (eventualmente eleger um representante). (Pinto, 2016)

Neto (s.d. p.4) refere que as conferências familiares “*podem tornar a comunicação mais clara e aumentar a confiança na equipa, podem facilitar a adesão do doente à*

terapêutica e melhorar o controlo sintomático, e diminuir o sofrimento experimentado por todos”.

Para a realização de uma conferência eficaz deve-se:

Tabela 7 - Configuração das Conferências Familiares.

Fonte: Adaptado de Pinto (2016)

Como atuar numa Conferência Familiar	
Pré-conferência	<p>Partilhar em equipa, tomada de decisão conjunta;</p> <p>Decidir a finalidade da Conferência Familiar;</p> <p>Decidir quais os elementos da equipa e da família que devem estar presentes;</p> <p>Clarificar e consensualizar os objetivos;</p> <p>Conhecer detalhes do processo clínico do doente e da dinâmica familiar.</p>
Marcar antecipadamente	<p>Permite à família e equipa organizarem-se com tempo.</p>
Introdução à Conferência Familiar	<p>Apresentar todos os participantes; se necessário identificar um porta-voz;</p> <p>Estabelecer um contato inicial com cada elemento de forma a quebrar alguma tensão existente;</p> <p>Agradecer a presença de todos;</p> <p>Rever e esclarecer objetivos da reunião: ajudar a esclarecer dúvidas e encontrar as melhores respostas para o doente/família;</p> <p>Validar preocupação de todos com o doente, bem como os cuidados prestados.</p>
Informação médica/clínica	<p>Rever história da doença, estado atual e possível prognóstico: pedir opinião dos cuidadores;</p> <p>Avaliar cautelosamente expetativas;</p> <p>Perguntar ao doente e familiares se têm</p>

	<p>questões sobre o assunto abordado;</p> <p>Esclarecer mitos.</p>
Plano de atuação	<p>Elaborar conjuntamente lista de problemas e hierarquizá-los;</p> <p>Discutir conjuntamente opções de resolução para cada um deles;</p> <p>Assegurar que os diferentes elementos da equipa dão os seus contributos;</p> <p>Procurar estabelecer consensos de abordagem de problemas;</p> <p>Assegurar que o doente e a família têm noção dos recursos de suporte disponíveis;</p> <p>Não censurar, mas colocar limites;</p> <p>Estabelecer Plano.</p>
<i>Terminus</i>	<p>Sumarizar consensos, decisões e planos;</p> <p>Nomear o representante da família para a comunicação futura com a equipa;</p> <p>Fornecer documentação escrita, se tal for necessário.</p>

Na UCP, era visível o incremento do apoio à família durante a fase de últimos dias e horas de vida, como se pode verificar em ambos os casos clínicos apresentados. O final de vida de ambos os doentes era já esperado e aceite pelas cuidadoras, sendo que, ainda assim havia familiares que não aceitavam a situação clínica (pai do caso clínico 5). Este fenómeno trazia-lhes uma ambivalência de sentimentos. Ambas, as cuidadoras, demonstravam temer a morte do filho, pelo medo da ausência e de sentido para a própria vida, uma vez que faziam do cuidar o seu principal objetivo diário, mas, por outro lado verbalizavam o desejo de querer que “ficasse tudo bem”, por vezes subentendido, por não estarem capazes ou não querem efetivamente, dizê-lo por sentimentos de culpabilização.

O agravamento progressivo do estado geral de ambos os doentes foi o fator preponderante para que surgisse o efetivo sentimento de perda, sendo que, no caso clínico 5, esse sentimento foi destituído pela esperança, irrealista, de reabilitação e

recuperação do doente, através da transferência para outra instituição de saúde. A relação estabelecida entre a equipa e as famílias foi bastante distinta. Enquanto no caso do Sr. D.C. foi essencial para assegurar todo o apoio nesta fase, e através da confiança mantida na equipa garantir cuidados de qualidade ao doente, no caso do Sr. M.F. tal não se verificou. A incapacidade de aceitação da situação e a sua consequente negação conduziu à dúvida constante na prestação de cuidados da equipa, levando a uma atitude irredutível da família em retirar o doente das instalações do HLL.

Barbosa (2016, p.834) refere que uma boa prática de CP requer uma adequada relação profissional-doente/família que permita criar um “abrigo habitável” em que as necessidades, os apelos, os sintomas e os significados dos doentes ou dos seus familiares possam ser acolhidos incondicionalmente. Refere ainda que, nessa relação de acolhimento, o doente deve sentir-se reconhecido e respeitado através de um encontro de entrega e partilha mútua que passará sempre por uma atitude de escuta ativa incorporada numa presença próxima, genuinamente interessada, aberta de hospitalidade. Na UCP tal verificava-se aquando do proporcionar linhas de orientação, explorar dos medos e manutenção da disponibilidade para esclarecer dúvidas.

Neto (2016, p. 317) refere que a ausência de resposta a um tratamento curativo, dirigido à doença progressiva de base determina a progressão inexorável da mesma e o agravamento gradual do estado de saúde do doente. Este fenómeno supramencionado pela autora refere-se a uma deterioração global marcada pela presença de sintomas reconhecíveis pelos profissionais de saúde. Assim surge o conceito de últimos dias e horas de vida, ou agonia, como vulgarmente é designado. É-lhe associado os conceitos de dor e sofrimento pelo que, e segundo Neto (2016, p. 320) é necessário esclarecer a família demonstrando a possibilidade de promover o conforto do doente e a sua morte digna e serena.

Nos casos mencionados a equipa da UCP identificou a fase de últimos dias e horas de vida, tendo, apenas em um dos casos, a possibilidade de explicar à família que é um período fisiológico e de transição, com indispensabilidade de mudança nos objetivos terapêuticos. Nessa medida, a necessidade de manter a realização de exames complementares de diagnóstico e basear as decisões em valores laboratoriais- que muito dificilmente estarão normalizados num organismo que se encontra em falência- é praticar terapias desproporcionadas e desajustadas do objetivo primordial- o conforto do doente (Neto, 2016 p. 320). Com esta base, a equipa da UCP privilegiava a clarificação perante a família acerca das necessidades de comunicação com doente, explicando que ainda que este pudesse não estar capaz de comunicar, os familiares deveriam expressar emoções realizando o encerramento final (expressão dos últimos “amo-te”, “perdoa-me”, “perdo-te”, “obrigada(o)” e “adeus” (Adaptado de Twycross e Byock (Congresso EAPC 2005) citado por Pinto, 2017)). Neto (2016, p. 329) aponta o quão crucial é a fase de agonia e o acompanhamento dos doentes e seus respetivos familiares é fundamental. A equipa de profissionais tem de estar ciente do aumento das necessidades dos cuidadores e de como deverá ser flexível para responder de forma eficaz às mesmas. Cita ainda Cicely Saunders para ressaltar

que a forma de morrer de cada pessoa fica gravada em todos quantos a presenciarem. Assim, penso que, todo o investimento colocado nesta fase final é justificável, bem como facilitará a fase seguinte- oluto.

Processo de Luto

O acompanhamento das famílias não deverá terminar com a morte do doente, como preconiza a filosofia dos CP. O luto, citando Barbosa (2016, p. 553), é uma resposta característica a uma perda significativa. Segundo Pinto (2017) o luto é o promotor da adaptação e estabelecimento do equilíbrio após a perda através do desencadeamento de um complexo processo dinâmico balanceado de mudança e transformação que envolve as dimensões física, psicológica, comportamental, espiritual e sociocultural da experiência humana. (Barbosa, 2016, p. 553)

O processo de luto inicia-se, geralmente, no momento em que se tem consciência da perda. O luto é composto por três momentos, segundo Pinto (2017):

1. Durante o processo de doença: Luto antecipatório (a equipa avalia os fatores de risco, facilita a realidade de perda, validando sempre o esforço e empenhamento nos cuidados prestados);

2. Nos últimos dias e horas de vida e no momento da morte: Transmissão da notícia (a presença de um elemento da equipa é essencial, ainda que atitudes e expressões de simpatia raramente ajudem. Dar oportunidade à família para que se expresse, chore e adote comportamentos associados à cultura própria);

3. Após a morte: Facilitador à adaptação da nova realidade (a equipa informa acerca do processo de luto, normalizando as possíveis manifestações que a família possa sentir, mantendo o acompanhamento. Despiste do luto patológico).

Na UCP foi possível, durante a assistência ao doente e o processo de apoio à família, prestar atenção, nos dois casos clínicos supramencionados, a fatores de risco de luto patológico, como a presença de sentimentos intensos de raiva e amargura. Na primeira situação mencionada era evidente a presença dessas emoções conduzindo à percepção de formação de um posterior luto não saudável. O mesmo não se verificou no segundo caso apresentado.

A reação dos familiares à morte do seu ente querido não é padronizada. Alguns necessitam de silêncio, fechando-se no luto imediato. Outros expressam vocalmente a dor e a perda. Pinto (2017) refere que as reações são dependentes da intensidade da ligação emocional e tipo de relação com a pessoa falecida; personalidade da pessoa enlutada; características particulares do indivíduo na altura da morte (sexo, idade, situação socioeconómica, etc.); circunstâncias particulares da morte (causa; duração; nível de participação no cuidado ao doente) e como foi anunciada; sistemas de suporte social; crises concorrentes.

Pinto (2017) alerta para o apoio que se deve prestar mais ou menos quatro semanas após a morte do doente:

- Permitir a expressão de sentimentos, emoções e pensamentos (falar das recordações);
 - Validar esses mesmos sentimentos;
 - Falar das possíveis manifestações como naturais;
 - Ajudar a reorientar as prioridades;
 - Facilitar os contatos com estruturas de apoio;
 - Fomentar o autocuidado;
 - Programar visitas/contatos em datas-chave;
 - Não esperar reações idênticas em pessoas diferentes;
 - Explicar as variações de expressão nos diferentes familiares;
 - Não comparar tragédias;
 - Validar, “normalizar” as emoções intensas;
 - Explicar que se sentirá a piorar antes de melhorar;
 - Permitir repetir a “história” tantas vezes quanto necessárias;
 - Evitar frases triviais: “Todos temos de morrer um dia!”, “É muito jovem pode refazer a sua vida!”, “São jovens podem ter outro filho!”, “Não se preocupe!”, “Não pense mais nisso!”, “Pense nos seus filhos...”, “Tem que ser forte!”, “Não chore, que não o vai deixar ir!”, “Sei como se sente!”, “O Tempo cura todas as feridas!”;
- Permitir questões e colocar-se à disposição para esclarecimento de dúvidas (“e se...”);
 - Validar todos os cuidados prestados;
 - Avaliar se existe a possibilidade de luto complicado ou patológico (80% a 90% são lutos normais);
 - Aumentar de forma adequada a realidade da perda;
 - Ajudar a expressar a afetividade;
 - Ajudar a vencer os impedimentos que evitam o reajuste depois da perda;
 - Ajudar a formular novos projetos;
 - Ajudar a “despedir-se” do falecido e a sentir-se confortável na nova situação.

A morte de um ente querido é sinónimo de dor e tristeza, constituindo-se assim, num dos acontecimentos mais marcantes na vida de um ser humano. O luto deve ser tido em conta como um processo natural que cumpre uma função de adaptação, podendo contribuir, se for vivido de forma sã, para o crescimento pessoal. Barbosa (2016, p. 595) refere que a forma como uma família irá vivenciar a morte e a maneira como os seus constituintes se relacionam é um fator crucial para a adaptação

saudável à perda. Cita Delalibera (2015) para afirmar a resiliência da maioria das famílias, não sendo estas necessitantes de apoios substantivos, mas outras podem apresentar características preditivas de um alto risco de morbidade após a perda, necessitando de intervenções preventivas.

Esta é, sem dúvida, uma das áreas em progressão na UCP. Já proporciona suporte e informação adequada acerca desta fase e dos recursos disponíveis no serviço para o apoio contínuo e está a desenvolver um suporte informatizado que alarme no primeiro mês, sexto mês e um ano após o luto de forma a informar, facilitar a expressão de sentimentos e emoções, valorizar a comunicação e a partilha de memórias, mostrar disponibilidade e mobilizar a rede de apoio social e os recursos comunitários existentes. Este trabalho está a ser desenvolvido pela Psicóloga da unidade e por dois enfermeiros especialistas, sendo um deles a minha orientadora, pelo que tive oportunidade de observar toda a realização base. Este contato posterior permite a identificação, e encaminhamento para as entidades respetivas, de todos os familiares em risco de desenvolver um processo de luto difícil ou patológico, com associação de transtornos relacionados com a perda. Ou, não sendo possível, acompanhar e apoiar devidamente os cuidadores.

Devido ao caso do Sr. D.C. a minha atenção também irá recair sobre os elementos mais novos da família – as crianças. Moutinho (2008) cita Kóvacs (2005) e refere que

ao não se falar da morte o adulto pensa estar a proteger a criança, como se essa proteção aliviasse a dor e mudasse magicamente a realidade. O que ocorre é que a criança se sente confusa e desamparada sem ter com quem conversar.

Gonçalves (2016, p. 50) refere que estas vivenciam de igual forma o sofrimento, existindo algumas diferenças quando comparadas com os adultos, pelas diferenças comunicacionais.

Barbosa e Barbosa (2016, p. 632) refere que embora a morte e a perda estejam presentes no quotidiano da criança, existe a ideia generalizada de que não compreendem o conceito da morte, nem experienciam os sentimentos dolorosos relativos à mesma, ultrapassando a situação rapidamente. Os mesmos autores referem que tanto a criança como o adulto passam pelo processo de luto, de forma única e individual, quando perdem alguém a quem estavam fortemente vinculados.

No caso enunciado, a criança perde a figura parental de referência. O equilíbrio familiar é interrompido desde o diagnóstico de doença, tendendo o pai a distanciar-se do filho para o proteger das alterações físicas e psíquicas que lhe sobressaem. Assim, a criança vê-se desamparada, procurando o apoio da avó e vivenciando perdas consecutivas, não sendo apenas a morte do pai, mas aquelas que se referem aos vínculos afetivos e suas representações significativas que são rompidos pela nova dinâmica familiar. O menino foi seguido pela Psicóloga da UCP.

Gonçalves (2016, p. 50) cita Costa (2009) e afirma que

a forma como cada um vive as perdas inerentes ao processo de doença e o sofrimento que delas advém é pessoal, consoante a personalidade e a ligação que existe com o que é perdido. A perda, mesmo para a criança, levará a uma mudança, com um impacto e uma adaptação que varia.

4.4 Trabalho em Equipa

O trabalho em equipa é uma componente essencial em CP. Bernardo, Rosado e Salazar (2016, p.908) consideram equipa multidisciplinar como aquela que é constituída por profissionais e técnicos, de diferentes áreas do saber, que trabalham unidos para proporcionar a satisfação das necessidades, dos doentes e famílias. Segundo as autoras, a equipa deve funcionar com base numa liderança aceite com objetivos definidos e previamente traçados.

Martinez e Ribeiro (2016, p. 26) referem que o doente em estado terminal deve ser assistido integralmente, e isto implica complementação de saberes, partilha de responsabilidades, onde diferentes questões ou dilemas se resolvem em equipa. Referem ainda que a partilha da mesma filosofia de cuidados, colocando-se as competências e capacidades de cada elemento ao serviço de um objetivo comum é o principal facilitador do trabalho em equipa.

Bragança (2018, diário de prática clínica) refere: *“cada elemento da equipa, multidisciplinar, tem de sair do turno com o sentimento de que foi promotor da diferença na vida do doente, respeitando os objetivos comuns traçados à priori”*.

Segue-se a apresentação de um caso clínico onde é visível o trabalho em equipa desenvolvido na UCP, realizando a sua análise

Caso Clínico 7

D.E.R. – 84 anos

História Clínica: Doente com demência avançada, seguida há mais de 10 anos em consulta de especialidade. Antecedentes pessoais: histerectomia total há mais de 30 anos. Seguida há 5 anos em CP. Apresenta UPP na região sacrococcígea. Algaliada para prevenção de humidade e promoção da integridade cutânea.

Situação Familiar: Viúva. Tem atualmente 3 filhas, tendo perdido uma outra durante o parto.

Doente admitida na UCP a 07/05/2018 por descontrolo sintomático e agravamento da UPP. Manifestava como sintomatologia agitação psicomotora, dor, astenia, anorexia e caquexia. Apresentava episódios frequentes de hipertermia que cediam à terapêutica instituída de forma antecipatória. Mostrava pele e mucosas desidratadas e ligeiramente descoradas. Desorientada em relação ao tempo e espaço. Orientada na pessoa. Por renitência alimentar, pedido apoio à Nutricionista. Inicia dieta a gosto de consistência mole. Por ser do agrado da doente, inicia gelatinas como forma de reverter a desidratação.

Cumpra Diclofenac 75mg/3ml em SOS para a febre e Haloperidol 3mg via sc. Prescrita DNR. À entrada na UCP teve alteração terapêutica relativa ao controlo da dor, uma vez que a instituída não a mantinha controlada. Suspende selo de Buprenorfina 35 microgramas e inicia Morfina 5mg sc em esquema e em resgate por forma a calcular a dosagem eficaz.

08/05/2018, M: Intervenção suprarreferida da Nutricionista. Agitação controlada com a terapêutica em calendário. Realizados cuidados à UPP da região sacrococcígea. Apresentava profundidade de cerca de 2 centímetros e diâmetro de 10 centímetros. Bordos regulares e unidos ao leito da ferida. Tecido 60% fibrina; 35% granulação e 5% necrose. Exsudado sero-purulento com cheiro fétido. Realizado tratamento conforme protocolo da UCP e informado médico assistente.

Por não apresentar dejeções há cinco dias foi-lhe administrado Citrato de sódio/Laurilsulfoacetato de sódio 450 mg/5 ml + 45 mg/5 ml com efeito. Mantém baixos débitos urinários de cor alaranjada e com sedimentos na tubuladura.

Pelas 11h00 recebe a visita das filhas, o que a deixou tranquila e segura. A doente mantém períodos de confusão e desorientação, mas, aparentemente, reconhece as filhas. Pelas 11h30 acionado dispositivo de chamada. Dirigi-me ao quarto e as cuidadoras referem “sentir a mãe quente”. Avaliada temperatura timpânica (37,0°C) e procedido ao arrefecimento periférico da doente. Valorizada atitude familiar e explicado o procedimento, esclarecendo o porquê da não administração de farmacologia.

Pelas 14h00, o médico assistente informa que a doente irá iniciar antibioterapia por vista a melhorar a ferida da doente, potenciadora de desconforto e mal-estar.

09/05/2018, N: Segundo a passagem de turno, a doente encontra-se mais orientada a nível temporal, com a dor controlada e sem necessitar de reajustes da dosagem de Morfina. Apresenta menos sinais de desidratação e débitos urinários melhorados. Mantém trânsito intestinal regularizado.

10/05/2018, N: Reiniciada terapêutica transdérmica de Buprenorfina com a dose adequada, tendo por base a equivalência à Morfina sc que fazia em esquema (doses equinalgésicas). Sem agitação nos últimos dias.

12/05/2018, M/T: Pelas 09h00 dirigi-me ao quarto para realizar os cuidados de higiene e conforto, com o auxílio de uma senhora auxiliar, e, ao abrir as janelas a doente refere: “Bom dia meninas, estou tão melhor! Quero tomar banho e ir para casa.”. Realizada estratégia comunicacional “dedos cruzados”: Bom dia D. E! Fico muito contente em saber que se sente melhor. Oxalá seja possível regressar brevemente a casa, mas enquanto assim não o for estaremos aqui para a ajudar.”. Iniciados cuidados, nos quais, a doente foi colaborante e manteve humor eutímico.

Pelas 15h00 médico assistente discute possibilidade de alta com a restante equipa. Desde a iniciação da antibioterapia e da realização do tratamento na UCP, a UPP apresenta melhorias cicatriciais evidentes, segundo os registos em plataforma

informatizada. A febre tem estado controlada e os sinais inflamatórios são inexistentes.

Pelas 17h00, a pedido da doente, lancha na copa comum, deambulando com ajuda unilateral da fisioterapeuta. Não apresenta queixas álgicas.

13/05/2018, M: Recebida passagem de turno com a informação de que a doente teve insónias no período noturno, repousando apenas por curtos períodos.

09h00: Doente visivelmente deprimida, com labilidade emocional evidente. Questionada acerca da situação ao que refere: “Preciso de ajuda para fazer tudo, sou uma incapaz. Vou para casa e vou piorar outra vez.”. Demonstra sentimentos de ansiedade, culpabilização e tristeza que não melhoraram com escuta ativa. Valorizados ganhos da doente. Transmitida informação, ao médico assistente, acerca do estado geral da doente. Ponderada introdução de terapêutica antidepressiva e referenciada para psicologia.

14/05/2018, M: Alta clínica da doente. Respeitado protocolo de alta da UCP. Realizados ensinamentos acerca do esquema terapêutico, dando relevo à introdução da terapêutica antidepressiva, que havia feito efeito no período noturno anterior. Garantida a continuidade de cuidados à ferida, através de apoio domiciliário oferecido pelo centro de saúde da sua área de residência.

A Psicóloga da UCP dialogou com as filhas, demonstrando quais as estratégias passíveis de mobilizar para que a D. E. diminuísse os estados de ansiedade e de depressão.

Oferecido apoio telefónico sempre que pensassem ser necessário. Aparentam estar motivadas com a alta da D. E., sendo que esta última refere que “vai voltar à sua vida e à sua casa.”. Valorizada atitude da doente e das cuidadoras, otimizando os ganhos obtidos.

Escolhi o caso supracitado pela evidente colaboração de diferentes profissionais de saúde: Enfermeiros, Psicóloga, Fisioterapeuta, Nutricionista e Médico. É certo que são áreas distintas do conhecimento, mas que, em equipa, trabalham para um objetivo comum: as necessidades, identificadas anteriormente, da doente.

Relativamente à equipa de Enfermagem, esta garantiu a avaliação das necessidades da doente e das suas filhas, mobilizando estratégias para as colmatar e transmitindo a informação à restante equipa, os cuidados básicos, relativos às AVD's e ao dispositivo urinário, a administração de terapêutica para controlo de sintomatologia, e material subjacente utilizado para tal, bem como a realização do tratamento à ferida da doente.

O Médico Assistente reavaliou o descontrolo sintomático, prescrevendo terapêutica atenuante do mesmo, prestou apoio à família e manteve articulação com a restante equipa multidisciplinar.

A Fisioterapeuta promoveu a satisfação de desejos da doente e auxiliou-a no incremento da sua capacidade funcional, de forma a satisfazer, o mais autonomamente possível, as suas AVD'S.

A Nutricionista garantiu a gestão do regime nutricional, de acordo com a reavaliação das necessidades e as preferências da doente, e estabeleceu um plano alimentar para o domicílio.

A Psicóloga avaliou o estado emocional da doente, estabelecendo uma relação empática, com vista a responder às necessidades identificadas. Garantiu o ajuste de expectativas, tornando-as mais realistas. Adequou os objetivos de vida da doente, de forma a torná-los mais exequíveis.

Pode-se denotar que, o trabalho comum dos diferentes profissionais de saúde, tem um embate colossal no estado geral do doente. A capacidade de resolução de uma crise, através do controlo sintomático e garantia da manutenção dos cuidados, permitiu o aumento da qualidade de vida e bem-estar da D. E., consentindo a sua alta e capacitação das respetivas cuidadoras.

Para Capelas (2014) existem cento e um indicadores de qualidade- sessenta e três de processo, vinte e dois de estrutura e dezasseis de resultado. Destaco: Satisfação dos doentes internados e das suas famílias relativamente ao atendimento das necessidades/problemas do doente, cuidado humano como o doente foi abordado, proximidade da supervisão que foi efetuada ao doente, escuta dos seus problemas, disponibilidade da equipa para falar com o doente e família, manutenção do doente e família informados acerca da situação clínica, respeito pelas preferências terapêuticas do doente, coordenação dos cuidados, existência de uma relação de serviços e apoios disponibilizados para a alta do doente.

Estes critérios de qualidade foram preocupação evidente da equipa da UCP no que remete à cessação das necessidades da doente, comprovando a importância da congruência de objetivos e mobilização de saberes para o mesmo fim terapêutico.

Bernardo, Rosado e Salazar (2016) referem que os CP requerem uma abordagem transdisciplinar, isto é, que os elementos da equipa usem uma conceção comum desenhando juntos a teoria e a abordagem dos problemas que consideram comuns. As autoras afirmam que a equipa tem como objetivo uma atuação, cuja finalidade é o bem-estar global do doente e respetiva família.

Bernardo, Rosado e Salazar (2016) citam Twycross (2002) para enunciar que uma equipa de CP deve ser constituída por um Médico, um Enfermeiro e um Assistente Social, tendo em conta que todas as outras possibilidades de composição crescem, manifestamente, a valorização da mesma equipa.

O PNCP (2004) diferencia, como explicitado anteriormente, os níveis de prestação de CP. Sendo a UCP portadora de uma equipa de Nível III, preconiza-se que a mesma tenha equipas multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de CP, assumindo-se como

unidades de referência. Tal constatou-se no período de prática clínica. Ressalto a disponibilidade da equipa de Fisioterapia e do Assistente Espiritual que estavam constantemente disponíveis, e à distância de uma chamada telefónica.

Este bom funcionamento em equipa, e a excelente articulação dos seus membros constituintes, é alvo de uma reflexão considerável, uma vez que a colaboração eficaz destes facilita o seguimento próximo da evolução da situação do doente, em resposta às suas necessidades, bem como o apoio à família.

Batista, Cardoso, Carvalho e Vieira (2005) referem que a motivação tem sido considerada como um fator importante para a manutenção de um trabalho em equipa eficaz. Afirmam que, em qualquer organização, o reconhecimento representa um elemento de grande importância para o desempenho profissional, sendo que a remuneração, o salário inicial, as exigências feitas pelo empregador no ato da admissão e a carga horária são fatores preponderantes na capacidade motivacional.

A UCP, segundo a minha análise e tendo em conta o período de prática clínica, apresenta uma equipa de alto rendimento, com condições de ponta para que possa executar o seu trabalho. Apresenta elementos motivados, capazes de dar resposta às necessidades complexas dos doentes de CP.

Tendo em conta a capacidade de resposta em CP considero que são profissionais que, e até independentemente da sua motivação, se esforçam de forma exponencial.

Segundo Capelas (2017), os pré-requisitos para uma boa equipa de CP são:

- Clareza e consenso dos objetivos e estratégias;
- Reconhecimento de cada contribuição pessoal;
- Elevada competência de cada elemento;
- Competente e adequada liderança;
- Avaliação da eficiência/eficácia e a qualidade dos esforços;
- Suporte para o luto

O mesmo autor refere que são necessários, por cada unidade de internamento hospitalar três a quatro Médicos com formação específica, dois destes a tempo integral, bem como um rácio de enfermeiros de 0.5-1 por doente ao longo do dia. O mesmo acrescenta que para garantir a eficiência de uma unidade de internamento em CP, não deverão existir menos de 10 e mais de 15 camas.

Diogo (2004, p.281) refere que a escassez de recursos humanos conduz a consequentes lacunas organizacionais como dificuldades na comunicação interdisciplinar e na realização de conferências familiares, impossibilidade de realizar uma reunião semanal de dinâmica laboral, para análise do trabalho desenvolvido e da satisfação profissional, bem como partilha das dificuldades vivenciadas, aumento das horas extraordinárias realizadas pelos profissionais e falta de apoio e suporte dos profissionais.

A realidade da UCP respeita o rácio de Médicos e de número de camas presentes, sendo que, cada enfermeiro tem um rácio de 4-5 doentes por turno, sendo, por vezes, desafiante atender as necessidades particulares de cada um.

A liderança na UCP é a base da sua boa articulação, sendo esta aceite desde a partida, com objetivos definidos e previamente traçados.

Capelas (2017) cita (Bernardo et al, 2010; Neves, 2012; Capelas, 2014) e refere que um líder tem de ter capacidade para “vender a sua história” com paixão e convicção. Deve funcionar como elemento catalisador das dificuldades que possam surgir, dando satisfação às expectativas dos seus membros relativamente à realização profissional.

Considero que a coesão e aproximação da equipa da UCP, como um bom suporte na dinâmica de trabalho, estimulando-se, deste modo, a diminuição da ocorrência de conflitos internos que possam surgir, sobretudo pela exigência do trabalho em CP, dada a complexidade dos doentes, a elevada necessidade do apoio ao doente e família e o frequente contato com a proximidade da morte e situações de doença grave, dilemas éticos e conflitos familiares.

De facto, as vantagens do trabalho em equipa sobrepõem-se às dificuldades, segundo Capelas (2017):

- Êxito nos cuidados globais;
- Apoio mútuo;
- Corresponsabilização;
- Formação;
- Reconhecimento;
- Partilha de profissionalismo e experiência;
- Melhoria da qualidade;
- Partilha de decisões difíceis;
- Revisões formais, para melhoria no futuro.

Como já justificado em capítulos anteriores, a formação constante da equipa é fundamental. A UCP respeita o PNCP (2004) e desenvolvem programas estruturados e regulares de formação especializada e regular em CP.

Identifico na equipa multidisciplinar da UCP do HLL um empenho imensurável, acompanhado por esforço e dedicação demonstrados, diariamente ao doente e às famílias. É uma equipa de alto rendimento, motivada a prestar cuidados de excelência, à luz dos conhecimentos que possui, respeitando os valores, objetivos e filosofia dos CP. A oportunidade, que tive, de formação e crescimento pessoal e profissional foi impagável.

5. Plano de Intervenção

As organizações de saúde dão uma relevância importante aos padrões de qualidade das instituições. Para que seja possível atingi-los, os processos de melhoria contínua, a necessidade de inovar e a capacidade progressiva são os fatores de maior peso. Contudo, demonstrar e provar que há aspetos melhoráveis na prática assistencial não é uma tarefa fácil.

As entidades podem ser obstáculos de difícil contorno, mas, a verdade é que a evolução progressiva para formas mais efetivas de cuidar é um argumento válido e que, por norma, alicerça o processo de transformação progressivo. Assim sendo, com a implementação deste projeto, pretendo refletir sobre a situação atual e demonstrar a potencialidade de melhoria contínua possível. Para tal, foram criadas várias estratégias que incrementassem a motivação dos profissionais, bem como um protocolo de realização de atividades de *Team Building* e a realização de uma Formação de quatro horas no serviço. Todas estas atividades foram orientadas e centradas nas necessidades e expectativas da equipa da UCCI, na qual me encontro a exercer funções, nos processos assistenciais e nos processos de suporte necessários ao trabalho em equipa. De igual importância foi a sensibilização e demonstração de que a sua implementação poderá ter resultados efetivos.

Ramos (2017) refere que a prática de cuidados de excelência requer um método de organização sistematizado e orientado por rigorosos padrões científicos. A mesma refere que no processo de implementação de um projeto de intervenção é exigida *à priori* uma avaliação de necessidades e conseqüentemente a planificação de um plano de intervenção.

Sapeta (2017) refere oito domínios para a formação básica conforme se pode verificar na figura seguinte.

Deste modo, o esquema supramencionado foi tido como base para a realização do projeto de intervenção.

5.1 Enquadramento Teórico

Os Cuidados Paliativos assumem-se como uma valência multidisciplinar, isto é, todo o trabalho que se executa nesta área é realizado, preferencialmente, de forma conjunta. Assim, qualquer ação paliativa preconiza todo um processo que engloba o trabalho numa equipa multidisciplinar.

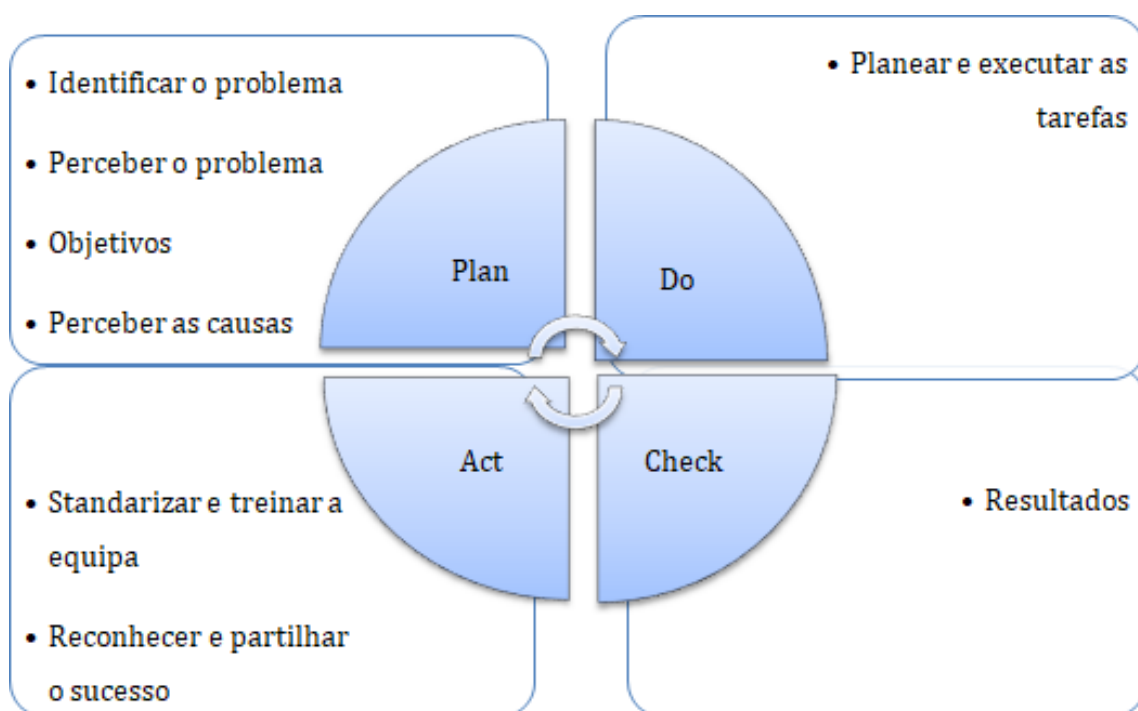


Figura 10 - Domínios de Formação Básica

Fonte: Adaptado de Sapeta (2017)

Segundo Capelas (2017), é um conjunto de profissionais com uma conceção comum, que elabora em comunidade a abordagem aos problemas do doente, que consideram de todos. A APCP (2006) defende que pensar-se em CP sem ter em atenção um adequado e efetivo trabalho em equipa multidisciplinar, assume-se como um erro indubitável, pois só através de um funcionamento coordenado e verdadeiramente interdisciplinar é possível avaliar e dar resposta às necessidades globais do doente e da sua família. Desta forma, uma das condições para compreender o trabalho em equipa, é *“sentir que todos, e cada um, são responsáveis pelos êxitos ou fracassos do grupo, ou seja, existir um forte sentido de equipa”* (Gómez Sancho, 1999 citado por Ribeiro, 2008, p.1).

Segundo Twycross (2003), trabalhar em equipa permite partilha de decisões e responsabilidades, o apoio e respeito mútuos, uma boa comunicação entre os diferentes elementos, a ativação de recursos e serviços de apoio adequados, o estabelecimento de metas realistas e mensuráveis e a permissão para a existência de tempo livre para a recreação dos vários elementos da equipa de trabalho.

Deste modo, denota-se que, o conceito de trabalho em equipa é um dos pilares fundamentais dos Cuidados Paliativos. Assim, do ponto de vista organizacional, torna-se arduamente difícil desenvolver ações, projetos ou tomar decisões sem a coesão da equipa multidisciplinar.

Tornou-se, então, fulcral uma investigação detalhada acerca desta temática, pois o seu estudo e correta aplicação sugerem-se frutíferos e proveitosos. Note-se que, e citando Price (2003), a interdisciplinaridade permite que os diferentes elementos

contribuam para o bem-estar do doente, motivo pelo qual defendo a fomentação do trabalho em equipa.

Segundo Robbins (2002), as equipas são capazes de melhorar o desempenho dos indivíduos quando a tarefa requer múltiplas habilidades, julgamentos e experiência, pelo fato de serem mais flexíveis, reagindo melhor às mudanças.

A essência do conceito de Team Building está intrinsecamente ligada à promoção do espírito de equipa e coesão da mesma. Passa pela boa construção de equipas multidisciplinares através de atividades que têm como objetivo fomentar o espírito de equipa e, melhorar o seu desempenho. Esta propõe-se, através de diversas atividades, tais como dinâmicas de grupo, onde se permita a partilha de sentimentos/experiências; cenários de sobrevivência, onde se promova a comunicação através de uma tomada de decisão unânime; jogos que promovam a união (por exemplo Peddy Papper). Desta forma, o descrito anteriormente, revela-se uma importante ferramenta capaz de reforçar e desenvolver o conhecimento e coesão entre os membros de uma organização.

Segundo a Revisão Integrativa da Literatura que realizei em agosto de 2017, pode-se identificar evidências científicas referentes ao impacto positivo das sessões de Team Building em equipas multidisciplinares atuantes em CP.

Optou-se pela elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura, pois esta permite a análise de estudos quantitativos e qualitativos. Desta forma, reuniu-se a melhor evidência científica disponível e ter-se-á, como principal objetivo, a intenção de melhorar da qualidade dos cuidados e o desenvolvimento da boa prática clínica (Ramalho, 2006).

Os objetivos desta Revisão foram identificar as dificuldades de coesão entre os membros da equipa multidisciplinar e potenciais falhas no trabalho desenvolvido pela mesma. De igual modo, pretende-se reconhecer as estratégias que possam incrementar a coesão da equipa multidisciplinar em CP, bem como a qualidade do trabalho promovido por esta, sem descurar a demonstração da importância da ação de uma equipa multidisciplinar coesa e que, sobretudo, domina os fundamentos do bom trabalho em equipa.

A Revisão Integrativa da Literatura decorreu entre 07 de agosto de 2017 e 30 de setembro do mesmo ano, tendo sido pesquisados artigos científicos através do motor de busca *Google Académico*, das plataformas *PubMed* e *EBSCOhost Web* e das bases de dados *B-on* e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Todo o processo seletivo da literatura científica foi efetuado pela autora, que avaliou os artigos consoante o horizonte temporal, os títulos, os resumos e a qualidade metodológica, sempre com os mesmos critérios de seleção.

Questão de investigação

Para a prossecução dos objetivos do estudo, enunciou-se a seguinte questão de partida: “Qual a eficácia do *Team Building* para a coesão do trabalho numa equipa multidisciplinar em CP?”

Critérios de inclusão e de exclusão

A definição dos critérios de inclusão e de exclusão (Tabela 8) teve como finalidade dirigir a pesquisa e a seleção da literatura científica encontrada, de forma a potenciar a precisão dos resultados face a questão supra identificada.

Definiu-se como período de pesquisa o horizonte temporal entre 01 de janeiro de 2014 a 31 de agosto de 2017.

Tabela 8 - Critérios de seleção

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão
Data de publicação	01 de janeiro de 2014 a 31 de agosto de 2017.
Participantes	Equipas Multidisciplinares de Cuidados Paliativos, em funções quer nos Serviços de Saúde Primários quer em âmbito Hospitalar.
Língua	Inglês, Português e Espanhol
Intervenção	Sessões (<i>Team Building</i>) facilitadoras da coesão intra-equipa multidisciplinar na área dos Cuidados Paliativos.
Comparação	Comparação da eficácia das sessões de <i>Team Building</i> na promoção do Trabalho em Equipa.
<i>Outcomes</i>	Melhoria da coesão existente intra-equipa: Incremento do bom funcionamento do trabalho em equipa. Estratégias facilitadoras do trabalho em equipa: Fundamentos e importância de uma boa atividade laboral conjunta. Identificação das dificuldades de coesão entre os membros da equipa multidisciplinar, bem como as falhas no trabalho por esta desenvolvido.
Desenho dos Estudos	Metodologia qualitativa e mista.

Estratégias de pesquisa

Tendo em consideração a estrutura que deve englobar a pesquisa da evidência científica, selecionaram-se como descritores de pesquisa: “*Team Building*”, “*Team Work*”, “*Team Care*”, “*Multidisciplinary*”, “*Cohesion*” e “*Palliative Care*”. Estas expressões constituíram o cerne da pesquisa.

Combinando os descritores previamente expressos com os operadores booleanos, surgiram as seguintes equações de busca:

- “*team building*” AND “*team work*” AND “*palliative care*”.
- “*palliative care*” AND “*team work*” AND “*cohesion*”.
- “*cohesion*” AND “*multidisciplinary*” AND “*team work*”.
- “*team building*” AND “*team work*” AND “*palliative care*” AND “*cohesion*”.

Seguindo a metodologia previamente descrita, foram encontrados 259 artigos. Destes, foram selecionados, após a análise de possíveis artigos repetidos, a leitura do título e do resumo, a posterior leitura integral e finalmente a aplicação da grelha de avaliação metodológica, um total de 4 artigos, tal como ilustrado na figura 10.

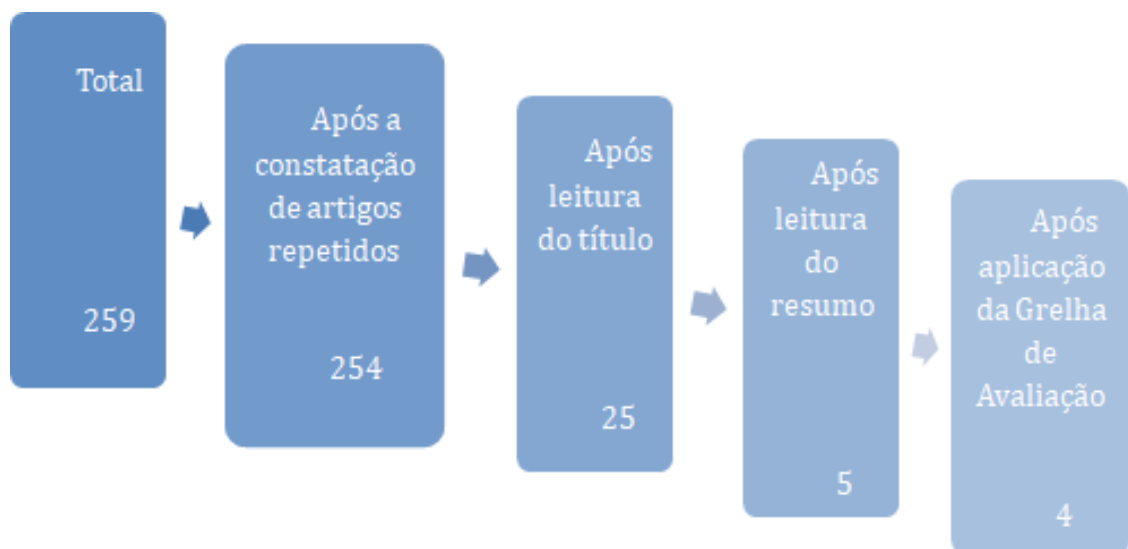


Figura 11 - Seleção de Artigos

Os artigos foram excluídos, primeiramente, pela constatação de repetições nos diferentes motores de busca utilizados.

Postumamente, foram aplicados os critérios de inclusão, verificando-se muitos artigos fora do limite temporal, bem como, exclusões devido aos participantes não se enquadrarem em CP.

Assim que realizada a leitura do resumo, verificou-se a não concordância com os títulos, em alguns artigos. Outros, não eram favoráveis ao estudo em questão.

Por fim, ao aplicar a grelha de avaliação, constatou-se a existência de um artigo cuja relevância não era evidente, não demonstrando enriquecimento efetivo para a revisão.

Resultados

O total de artigos selecionados é composto por uma revisão sistemática da literatura (estudo qualitativo) num intervalo temporal entre 2009 e 2014. Esta evidencia a redução de hospitalizações e o aumento da qualidade de vida do utente terminal, aquando da realização de intervenções baseadas na comunicação e no conhecimento dos diferentes papéis dos elementos de uma equipa, conseguidas através de dinâmicas de grupo (Toplin et al., 2015); Um caso de estudo exploratório (estudo qualitativo) onde se denotam três pontos chave a focar nas sessões de “*Team Building*”, de forma a evitar o *Burnout* (Shaw et al., 2015); Uma análise retrospectiva (estudo qualitativo) cuja avaliação se caracteriza por dois momentos: aos seis e nove meses, após implementação do curso COMFORT, que compara o nível de comunicação intra-equipa antes e após formação (Wittenberg et al., 2016); E um estudo de abordagem quantitativa/qualitativa que determina a importância das reuniões multidisciplinares (Brennan et. al., 2015).

Todos os participantes tinham em comum laborarem na área de Cuidados Paliativos/Oncológicos, fazendo parte de equipas multidisciplinares. De entre os estudos selecionados, três investigam equipas do âmbito hospitalar, e o restante analisa a prática no apoio domiciliário.

Após a seleção dos artigos e através da avaliação à priori descrita, estes foram analisados de acordo com a metodologia PICO(D).

Os resultados mais relevantes são, de seguida, apresentados na tabela 9.

Discussão

Brennan et. al. (2015), constata a existência de reuniões multidisciplinares com espaço para sessões de *Team Building*, muito embora estas últimas fossem, a maior parte das vezes, suprimidas por falta de tempo. Verificou-se a necessidade de regulamentação das reuniões, uma vez que estas não tinham início às horas estipuladas para o efeito (devido a incapacidade de pausar os cuidados que estariam a ser prestados) de igual modo, não respeitavam o horário de término. Constata-se que a falta de normas conduziu à utilização do espaço temporal, que era destinado às sessões coletivas de coesão, para a continuação do debate de ideias sobre os utentes ficando, deste modo, os profissionais privados de as usufruir.

Após constatação e análise desta situação, foram criadas regras de ação nas reuniões multidisciplinares, resultando num cumprimento de horários e possibilidade de se executarem as sessões de *Team Building*. Assim, verificou-se um aumento da rentabilidade, organização e satisfação da equipa, despendendo-se cerca de 30 min para promoção da coesão, o que comprova a eficácia das ações supra explanadas.

Tabela 9- Resultados

Autor, Ano e País	Título	Participantes	Intervenções	Comparações	Outcomes	Desenho do estudo
Caittlin W. Brennan, Brittany Kelly, Lara Michal Skarf, Roterm Tellem, Kathleen M. Dunn, e Sheila Poswolsky 2015 Estados Unidos da América	<i>Improving Palliative Care Team Meetings: Structure, Inclusion, and “Team Care”</i>	Equipa Multidisciplinar de Cuidados Paliativos	Determinar a importância de reuniões multidisciplinares nas quais haja um intervalo temporal próprio para trabalhar a coesão no seio da equipa.	Compara o grau de satisfação da equipa de Cuidados Paliativos antes da execução de reuniões multidisciplinares e ações de “Team Building” com o grau de satisfação da mesma depois da sua implementação.	<p>Os participantes revelaram que a principal dificuldade em aderir a reuniões multidisciplinares era a falta de tempo.</p> <p>As reuniões multidisciplinares não se iniciavam no horário previsto em virtude de dificuldades em interromper os cuidados que estavam a ser prestados.</p> <p>Ao não se iniciarem no horário estipulado, o tempo que deveria ser despendido para ações de “Team Building” era suprimido.</p> <p>Após a primeira etapa de implementação deste estudo, foram limadas arestas para que os horários fossem cumpridos.</p> <p>Após regularizadas e estruturadas as reuniões (tempo para discussão de cada utente e número de casos a debater), verificou-se um aumento da rentabilidade e satisfação da equipa.</p> <p>Com a organização temporal das reuniões multidisciplinares, constatou-se um incremento da organização da equipa e, por conseguinte, espaço para promover a sua coesão.</p> <p>Em cada reunião multidisciplinar, foram investidos 30 minutos para se fomentar o espírito de equipa através de sessões de “Team Building”, com vista a promover a união.</p> <p>Com esta ação, a equipa demonstrou-se mais satisfeita, coesa e organizada.</p>	Estudo de abordagem Quantitativa/Qualitativa

<p>James Shaw, Collen Kearney, Brenda Glenns e Sandra McKay</p> <p>2015</p> <p>Canadá</p>	<p>Interprofissional team building in the palliative home care setting: Use of a conceptual Framework to inform a pilot evaluation</p>	<p>Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários da cidade de Ontário, (Canadá)</p>	<p>Determinar a importância da partilha de sentimentos/ experiências de forma a prevenir o <i>Burnout</i></p>	<p>Não existem</p>	<p>A relação entre os membros da equipa multidisciplinar tem influência direta no sucesso da prestação de cuidados.</p> <p>Existem três pontos chave a focar nas sessões de “Team Building”, de forma a que se evite o Burnout:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partilha de experiências, por forma a que as mesmas assumam um carácter lúdico; - Relevar a posição do chefe de equipa e estabelecer as respetivas hierarquias, para que se incremente a confiança, capacidade de trabalho em equipa, coesão e objetivos comuns; - Suporte emocional através de dinâmicas de grupo. 	<p>Estudo de abordagem Qualitativa</p>
<p>Elaine Wittenberg, Betty Ferrell, Joy Goldsmith, Sandra L. Ragan e Judith Paice</p> <p>2016</p> <p>Estados Unidos da América</p>	<p><i>Assesment of a Statewide Palliative Care Team Training Course: COMFORT Communication for Palliative Care Teams</i></p>	<p>29 equipas de Cuidados Paliativos do Estado da Califórnia</p>	<p>Determinar a importância da implementação do Programa COMFORT (Comunicação, Orientação, Mindfulness, Família, Fundamentos ou Openings, Identificação dos Objetivos ou <i>Relating</i>, Equipa ou <i>Team</i>.).</p>	<p>Compara os questionários realizados aos participantes antes da aplicação do curso, no que concerne à qualidade dos processos de comunicação institucional no âmbito dos cuidados em Saúde.</p> <p>No âmbito do Pós Curso, pretendeu-se determinar a efetividade do programa de treino.</p>	<p>A realização de sessões que promovam o bom trabalho em equipa influenciam diretamente a boa capacidade de comunicar e de atingir uma boa postura laboral. Desta forma, a comunicação estabelecida com o utente e seus cuidadores é exponencialmente melhorada, bem como a comunicação não-verbal.</p> <p>Ao existirem sessões de “Team Building” (role-play p.e.) nas reuniões multidisciplinares, a capacidade de comunicar e de estipular objetivos comuns é incrementada. Deste modo, a realização de conferências familiares é de igual forma aumentada.</p>	<p>Estudo de abordagem Qualitativa</p>

<p>Stephen H. Taplin, Sally Weaver, Eduardo Salas, Veronica Shollette, Heather M. Edwards, Suanna S. Bruinooge e Michael P. Kosty</p> <p>2015</p> <p>Estados Unidos da América</p>	<p><i>Reviewing Cancer Care Team Effectiveness</i></p>	<p>Equipas Multidisciplinares de Cuidados Oncológicos em utentes em fim de vida.</p>	<p>Avaliar a efetividade do Trabalho em Equipa nos Cuidados Oncológicos em utentes em fim de vida.</p>	<p>Não existem</p>	<p>Entende-se por equipa duas ou mais pessoas que interagem dinamicamente, de forma interdependente e adaptada para atingir um objetivo em comum.</p> <p>No seio da equipa multidisciplinar é essencial definir a função de cada elemento integrativo, de modo a serem prestados cuidados diferenciados de acordo com as necessidades de cada utente.</p> <p>A finalidade da equipa multidisciplinar é o controlo da dor e satisfação das necessidades do utente.</p> <p>Para se conseguir ter uma equipa de excelência são necessárias a existências de características tais como: comunicação eficaz, cooperação. Coordenação, coesão, eficácia coletiva, identidade coletiva e conhecimento.</p> <p>O Team Building promove a existência de uma equipa multidisciplinar funcional e organizada.</p> <p>Não obstante serem necessários estudos adicionais acerca da efetividade do trabalho em equipa nos Cuidados Paliativos Oncológicos, verifica-se que uma intervenção baseada na comunicação e no conhecimento dos diferentes papéis dos elementos de uma equipa, pode traduzir-se num menor número de hospitalizações e na melhoria da qualidade de vida no término da mesma.</p>	<p>Estudo de abordagem qualitativa</p>
---	--	--	--	--------------------	---	--

Em Shaw et all (2015), evidencia-se melhorias após implementação de três medidas cruciais para o incremento da união intra-equipa: partilhar experiências, criar hierarquias e a existência de suporte emocional. Estas máximas revelam-se, conjuntamente, fulcrais para o alcance do bom trabalho em equipa. Toplin et all (2015) refere que no seio da equipa multidisciplinar é essencial definir a função de cada elemento integrativo de modo a serem prestados cuidados diferenciados de acordo com as necessidades de cada utente.

Shaw et all (2015) destaca, também, que a relação entre os membros da equipa tem influência direta na prestação dos corretos cuidados aos utentes. Em concordância com Toplin et all (2015) o intuito da equipa multidisciplinar é o controlo da dor e satisfação das necessidades do utente.

Wittenberg et all (2016) implementa o programa COMFORT. Este investe nas sessões de “*Team Building*” de forma a exponenciar a capacidade de comunicação, de manutenção de uma boa postura laboral e de definição de objetivos/metacomuns. Verificou-se que, a partir desta implementação, as conferências familiares foram realizadas de forma mais confiante, harmoniosa e positiva. Concomitantemente, Toplin et all (2015) define equipa como duas ou mais pessoas que interagem dinamicamente, de forma interdependente e adaptada para atingir um objetivo em comum.

Os mesmos autores referem que não obstante serem necessários estudos adicionais acerca da efetividade do trabalho em equipa nos Cuidados Paliativos Oncológicos, verificou-se que uma intervenção baseada na comunicação e no conhecimento dos diferentes papéis dos elementos de uma equipa, pode traduzir-se num menor número de hospitalizações e na melhoria da qualidade de vida no término da mesma, o que se assume como a força motriz de um futuro integrativo frutífero.

Determina-se, desta forma, que em todos os artigos selecionados existe conformidade e acordo na importância acérrima em criar e manter coesão no seio de uma equipa multidisciplinar de Cuidados Paliativos. Esta é uma área em que a comunicação, postura, partilha de sentimentos/experiências, organização, motivação, bom ambiente e objetivos comuns são essenciais para que as boas práticas sejam atingidas e exponenciadas, de forma a que o utente se sinta acompanhado e bem cuidado até ao fim. Deste modo, as práticas *Team Building* revelam-se, de forma indubitável, sinónimo de boas práticas de saúde, uma vez que, promove a existência de uma equipa multidisciplinar funcional e organizada.

Em suma, para se conseguir ter uma equipa de excelência é necessária a existência de características tais como: comunicação eficaz, cooperação, coordenação, coesão, eficácia coletiva, identidade coletiva e conhecimento como defende Toplin et all (2015).

Refletindo, os objetivos deste estudo remetiam para a constatação das dificuldades de coesão entre os membros da equipa multidisciplinar e potenciais

falhas no trabalho desenvolvido pela mesma. Assim, denotava-se como principal dificuldade a falta de tempo no período laboral de forma a permitir a partilha de experiências/sentimentos, provocando uma comunicação não eficaz.

De igual modo, pretendeu-se reconhecer as estratégias que incrementam a coesão da equipa multidisciplinar em CP, bem como a qualidade do trabalho promovido por elas. Concomitantemente, as estratégias passaram por partilhar episódios sucedidos e sentimentos, acabando por prevenir o *Burnout*, por aumentar a competência da comunicação e postura, e por desenvolver atividades que resultaram em união intra-equipa. Verificou-se que após as sessões de *Team Building*, a equipa aumentou a sua competência funcional, constatando-se inclusive uma redução do número de hospitalizações e uma melhoria da qualidade do fim de vida do utente.

Em suma, e tendo por base as evidências supra desenvolvidas, verifica-se a necessidade significativa de se implementarem mais atividades, que resultem na coesão do seio da equipa multidisciplinar, de forma a promover o bom ambiente funcional e organizativo entre colegas.

5.2 Diagnósticos de Situação

A área do meu plano de intervenção incidiu sobre o trabalho em equipa. Decidi deliberar sobre este tema não só pela sua importância relevada em CP, mas também por pensar ser um fator a melhorar no meu serviço.

Trabalhar em equipa requer um trabalho mútuo entre os diferentes elementos, ou seja, pressupõe a junção dos diferentes conhecimentos para um objetivo comum, o bem-estar do doente. Então, o trabalho em equipa surge como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços.

Tabela 10- Análise SWOT

SWOT	Positivos	Negativos
Internos (organização)	<p>Pontos Fortes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relação harmoniosa no seio da equipa; • Equipa divertida com sentimento de pertença; • Equipa civilizada e estruturada; • Oportunidades de desenvolvimento; • Oportunidades de exposição de ideias/criatividade. 	<p>Pontos Fracos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défice de comunicação interdisciplinar; • Equipa competitiva; • Visão, por vezes, não partilhada; • Falta de flexibilidade de papéis.

Externos (ambiente)	<p style="text-align: center;">Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento da importância do trabalho em equipa; □ <i>Team Building</i>; • Liderança adequada; • Formação dos elementos na vertente de trabalho em equipa. 	<p style="text-align: center;">Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instabilidade laboral; • Falta de boa receção a novas oportunidades; • Aceitamento por parte de todas as equipas das diferentes valências.
--------------------------------	---	--

Fundamentalmente, a área de melhoria é o trabalho em equipa multidisciplinar e consequentemente a melhoria da comunicação. Deste modo, o trabalho multidisciplinar será facilitado e serão, de igual modo, potencializados os bons cuidados prestados ao utente e sua família.

As ações desenvolvidas a curto prazo foram:

- Ação de Formação acerca da importância do Trabalho em Equipa e da correta comunicação entre a mesma;
- Promoção de sessões de *Team Building* de forma a consolidar a equipa e criar laços de cumplicidade, através da partilha de sentimentos/experiências e realização de atividades lúdicas de coesão (Peddy Papper, por exemplo);
- Promoção ações preventivas de *Burnout*.

Médio/longo prazo:

- Incentivar a formação em serviço relacionada com estratégias a adotar para melhorar o trabalho em equipa e prevenir o *Burnout*;
- Incentivar à estabilidade profissional, referenciando os aspetos positivos que esta promove no trabalho em equipa;
- Instituir atividades de *Team Building*;
- Sensibilizar a equipa para que esta esteja recetiva à multidisciplinariedade e boa atuação entre os membros que a constituem.

Assim que constatada a área problema a abordar, foi iniciado um estudo intensivo denominado por “O *Team Building* aplicado aos CP”. O mesmo foi desenvolvido na equipa multidisciplinar da UCCI, que, mesmo não sendo perita na prestação de CP, tem um aporte de doentes, necessitados dos mesmos, avultado. No momento em que termino este relatório, a equipa tem onze doentes com doença avançada seguidos pela equipa de medicina paliativa da área de influencia, quatro dos quais com esclerose lateral amiotrófica.

É uma equipa, na sua maioria, feminina, com profissionais entre os dezoito e os setenta anos de idade. De entre outras especializações, existentes no seu seio, destaco a de seis profissionais- peritos em CP.

Costa (2016) publica um estudo interessante acerca da gestão de conflitos nas equipas, relacionando-o com a diferença de géneros. Uma vez que, a evidente maioria feminina existe, penso que faz sentido abordá-lo.

A autora (p. 11) refere que é uma questão ainda não consensual. Alguns autores argumentam que o género influencia os estilos de gestão de conflitos, outros afirmam que não existem.

Cita Brenner, Tomkiewics e Schein (1989) que colocam a hipótese de as mulheres e os homens diferirem na sua capacidade de gerir conflitos. Esta ideia foi corroborada, segundo a mesma, por Eidson (2003) ao afirmar que se os homens e as mulheres desde o nascimento têm maneiras diferentes de socialização então, muito provavelmente, os mesmos terão uma reação diferente perante o mesmo problema.

Vários estudos foram realizados desde os anos setenta até aos dias de hoje, no entanto revelaram resultados contraditórios. A fonte supracitada aborda um estudo realizado em Portugal, em 2003, por Cunha et al, a uma amostra constituída por cento e noventa e sete profissionais de várias empresas da área metropolitana do Porto. Concluíram que, quer as mulheres quer os homens partilham da mesma posição perante o conflito. No entanto, nesse mesmo estudo foi constatada alguma diferença entre homens e mulheres no estilo de compromisso, apresentando as mulheres maior tendência para o compromisso do que os seus colegas homens.

Embora esta seja uma questão controversa, na medida em que vários autores chegam a resultados distintos, pela observação direta da equipa, identificam-se conflitos internos mais intensos no seio feminino. A intriga é um fator despoletador de mau ambiente e que revela a necessidade de atividades de *Team Building*, como a partilha de sentimentos, de forma a prevenir a existência de profissionais desmotivados, com perfil desmoralizador, e provocadores de destabilização grave da equipa de base.

Identificaram-se problemas graves no trabalho em equipa efetivo:

1. A comunicação entre as equipas das diferentes valências é nula ou deficitária;
2. A competitividade é exacerbada;
3. Permanência de conflitos;
4. Implicações nos cuidados assistenciais ao doente.

Aquando abordada a equipa, com vista a alterar paradigmas enraizados, esta demonstra-se extremamente cansada, desmotivada e redundante ao *Burnout*, onde é imperativo e urgente atuar e apostar em atividades promotoras de laços e boas memórias.

Para tal, foi desenvolvido um projeto de motivação, este apenas dirigido à equipa de enfermagem, por ser onde executo funções e ter um acesso a documentos e uma perceção diferente das necessidades reais.

Este projeto passou pela realização de uma simples caixa coletora de memórias. Nela, são colocados objetos, textos, recortes, etc., deixados por utentes, e que reconhecem a boa prestação de cuidados assistenciais da equipa. A caixa denomina-se por “SOS para os maus momentos” e tem resultados efetivos. É visível a adesão dos colegas, principalmente após turnos mais exigentes em que surgem dúvidas acerca do nosso propósito e da nossa qualidade enquanto enfermeiros. Desta forma, são enaltecidos os bons momentos e demonstrado que todo o esforço diário laboral tem a sua recompensa futura.

Para além deste projeto, adaptara-se as “dicas” profissionais da *BWIZER* e criou-se um Guia de Boas Práticas. Este guia, para além de orientar, também pretende motivar os profissionais. Conta com dez objetivos baseados em *soft skills* a ter em conta no dia-a-dia de trabalho, bem como quatro conselhos de conduta e postura a manter no ambiente de trabalho e seis “dicas” importantes na comunicação. Ainda é um projeto em desenvolvimento, pois aguarda avaliação pelas chefias.

Quanto mais precoce for a identificação deste problema, por toda a equipa assistencial, mais cedo e mais facilmente se torna exequível e possível um planeamento atempado, uma assistência coordenada e a interligação dos membros. Tal como no doente complexo, também nas equipas é imperativo antecipar necessidades.

Por escassez de tempo e pouco apoio institucional, foram apenas realizadas três atividades encurtadas de *Team Building*. Estas tiveram um impacto admiravelmente reconhecido, estabelecendo laços previamente inexistentes e vontades de alterar mentalidades, como as ilhas de protagonismo.

No perfil dos profissionais participantes destaca-se um padrão de descontentamento, perante o elevado trabalho fornecido comparativamente aos recursos humanos disponibilizados. Tal aspeto, a meu ver, deve ser considerado no planeamento e desenvolvimento da UCCI. Este, para além da desmotivação que acarreta, provoca alterações efetivas na capacidade de cuidar, pondo em causa a satisfação das necessidades dos doentes e familiares. É urgente a adoção de planos de cuidados específicos para a equipa multidisciplinar, a fim de incrementar a qualidade dos serviços prestados bem como a sua vontade e positivismo para os realizar. Uma equipa necessita a sua dignidade e o mesmo só é possível com a aquisição de competências, na arte da comunicação, e de interligação entre os profissionais que dela fazem parte.

O projeto de intervenção veio potenciar o empenho dos profissionais relativamente à mudança de paradigmas e indispensabilidade de constatar as reais necessidades da equipa. O fato de terem conhecimento de que frequentava o programa de formação avançada em CP, onde se preconiza que o trabalho em equipa

seja exímio, levou a que, perante conversas informais, houvesse necessidade de verem esclarecidas novas questões e partilhassem experiências e vontade de que fossem realizadas novas sessões de *Team Building*. Alguns elementos deixaram explícito que, este tipo de ações, devia ser de caráter obrigatório.

A sessão de formação realizada, na UCCI, afirmou-se como uma oportunidade para colmatar as dificuldades encontradas, quer pela antecedente avaliação quer pelo estudo de investigação. Apenas foi dirigida para doze profissionais, sendo que nove eram enfermeiros ou estudantes de enfermagem, apenas estiveram presentes a psicóloga, uma das animadoras e o terapeuta ocupacional. Relativamente às dificuldades diagnosticadas destacaram-se: o assumir de um problema, pedir desculpa, redefinição de objetivos comuns, comunicação entre membros da equipa, gestão de conflitos internos e prevenção do *Burnout*.

Uma vez que efetuado o estudo na UCCI, tive curiosidade de observar os resultados que obteria na UCP. A realidade desta equipa é díspar. Constata-se uma equipa em que estas atividades são propostas, de forma regular e que, ainda que por vezes a adesão seja menor do que a esperada, obtém resultados positivos no que remete ao trabalho de equipa eficaz. Estas atividades, além de permitirem à equipa o atingimento de bem-estar e de um estado de espírito invejável, promovem a coesão da mesma, através da criação de laços e de memórias que mais tarde vão relembrar, associando-as às entidades que as proporcionou bem como aos colegas de trabalho que também as experienciaram.

Este estudo, para além de permitir um diagnóstico de situação em relação à equipa da UCCI, também permitiu a possibilidade de disseminar um dos pilares de CP-trabalho em equipa. Tratando-se de um serviço em que estão presentes profissionais de áreas distintas do setor de saúde, deveria existir uma familiaridade com o trabalho em equipa. Com a realização deste estudo foi possível perceber o receio em “dar o primeiro passo”.

A mesma formação, com ligeiras adaptações, foi realizada na UCP a pedido da enfermeira orientadora. Teve uma adesão muito maior (vinte e seis profissionais) e foi visualizado o agrado de todos os profissionais da equipa multidisciplinar. Ressalto a presença de enfermeiros, médicos, auxiliares, psicóloga, fisioterapeutas, farmacêutico, nutricionista e assistente espiritual. Os resultados obtidos foram excelentes, demonstrando-se, as atividades de *Team Building*, pouco desafiantes, tendo em conta o grau de trabalho em equipa já obtido. Deixado o desafio a equipa da criação de um protocolo das atividades de *Team Building*, podendo, mais uma vez, elevar o nome do HLL.

5.3 Objetivos

Os objetivos deste projeto de intervenção incidiam sobre:

- Promoção do bom trabalho em equipa multidisciplinar, criando um bom ambiente e garantindo a continuidade da prestação de cuidados em equipa;

- Tomada de decisões com um fim comum;
- Criação laços entre os membros;
- Promoção do respeito pelas hierarquias;
- Promoção de partilha de experiências/sentimentos;
- Prevenção do *Burnout*.

5.4 Atividades

Souza (2005) refere que o incremento de competências pressupõe um trabalho diferenciado no interior das instituições. Tal acontece, principalmente, porque é necessário desenvolver a capacidade de mobilização dos saberes através de formações contínuas, para a resolução de problemas e para a capacidade de resolver imprevistos, demandando, em consequência, uma avaliação exercitada numa perspetiva de acompanhamento e aperfeiçoamento dos processos de formação, que assegure a superação de dificuldades, a conquista de novas aprendizagens, a ampliação da capacidade de reflexão.

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (2009, p. 4) e citando o artigo número 88, o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:

- a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;
- b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;
- c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;
- d) Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados;
- e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos;
- f) Abster-se de exercer funções sob influência de substâncias suscetíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais.

Foco este artigo como fundamento para a afirmação de que são os referidos objetivos que promovem a elaboração de soluções mais criativas, personalizadas e efetivas na prestação de cuidados efetivos e de qualidade.

Deste modo, os Padrões de Qualidade Definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001), que passam por uma política de planeamento, organização e implementação de planos de formação e de investimento dos enfermeiros, promotora do

desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada são de imprescindível aplicação.

Ramos (2017) cita Santos (2008) e refere que

a formação contínua assume como objetivos adquirir e/ou aprofundar conhecimentos e capacidades que visem o desenvolvimento pessoal e profissional e que se repercute na melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços prestados. Este processo situa-se principalmente no quadrante teórico e na transmissão dos conhecimentos e experiências utilizando um modelo pedagógico fundamentalmente formal e transmissivo.

Os mesmos autores frisam que

a formação em serviço assume os mesmos objetivos que a primeira mas que se desenrola em simultâneo com a prática profissional e que se repercute na resolução de problemas das diferentes unidades e/ou serviços funcionando como um dos principais vetores para o aprofundamento e desenvolvimento de competências que resultam por sua vez da resolução de problemas decorrentes dos contextos ou situações de trabalho, conducentes à prestação de cuidados eficazes e eficientes adaptados as mudanças que se sucedem.

Indo ao encontro do supracitado, e no seguimento do objetivo delineado no projeto de prática clínica de promoção de um processo contínuo de autoaprendizagem, potenciando metodologias de investigação científica na área, foram desenvolvidas atividades nas várias fases deste percurso que permitiram o desenvolvimento de estratégias de disseminação de boas práticas:

- Elaboração de um documento, de boas práticas, motivador do sucesso profissional (Apêndice A);
- Apresentação à UCCI do plano de formação que será abordado no subcapítulo seguinte; (Apêndice B);
- Projeto de motivação na UCCI (Apêndice C)
- Apresentação à UCP do plano de formação;
- Revisão Integrativa da Literatura intitulada “Eficácia do *Team Building* no trabalho em equipa multidisciplinar em CP”;
- Publicação de Poster Científico no I congresso internacional de CP em Castelo Branco (Anexo B).

Ao ingressar no Mestrado de CP, e ao realizar a formação na UCCI foram identificadas repercussões efetivas:

- Convidada para dirigir a apresentação e pertencer à comissão organizadora do I Seminário de Demências da SCMCB- As doenças neurodegenerativas do século XXI- Aspectos teóricos e práticos;

- Convidada para dinamizar atividades na UCCI juntamente com a Psicóloga e Animadoras.

5.5 Plano de Formação

Tema: Trabalho em Equipa – *Team Building*

Formadora: Enf^a. Patrícia Rodrigues, mestranda do 6^o Mestrado em CP da ESALD-Instituto Politécnico de CB. Exerce funções na UCCI da SCM de CB.

Contacto: patriciarodrigues7493@gmail.com

Duração da Formação: 4h (15h às 19h).

Data: 03 de julho de 2018, após aprovação do plano anual de formação em serviço da UCCI.

Local: Sala de reuniões da UCCI.

A UCCI tem capacidade para internamento de cerca de 57 doentes, sendo a maioria provenientes do distrito de CB e da Covilhã.

População alvo: A ação de formação destina-se a todos os colaboradores da UCCI.

Divulgação da sessão: Através de um cartaz informativo e circulação da informação via correio eletrónico interno.

Pertinência Teórica: Como já referido, o trabalho em equipa é fundamental para o bom funcionamento de uma instituição e para a garantia de conformidade na prestação de cuidados. Deste modo, torna-se bastante importante fomentar as relações humanas, da UCCI em questão, de forma a incrementar a coesão e prevenir o *Burnout* da equipa multidisciplinar que exerce funções. A realização de uma sessão de *Team Building* trouxe, para além de um aumento da confiança e do bom ambiente de trabalho, ganhos na forma de trabalhar, trazendo qualidade ao cuidar.

Objetivo Geral: Fortificar relações humanas promovendo o bom, e estruturado, trabalho em equipa e prevenindo o *Burnout*.

Objetivos específicos: Identificar as necessidades sentidas pelos profissionais na partilha de sentimentos/experiências; Reconhecer importância de cada elemento e sua função na equipa; Conhecer estratégias facilitadoras do trabalho em equipa, Conhecer estratégias preventivas do *Burnout*.

Plano Pedagógico: Introdução do tema – 30 minutos (Apresentação e breve descrição da formação e dos temas a abordar durante a sessão.); Desenvolvimento – 3 horas (Conceito de trabalho em equipa e *Team Building*, diferentes profissões presentes na UCCI e suas funções, demonstrando a importância de cada uma e dinâmica de grupo, selecionada consoante adesão da formação); Conclusão – 30min (Debate refletivo da formação, esclarecimento de dúvidas).

Metodologia letiva: Foi de encontro aos diferentes estilos de aprendizagem existentes, divergente, assimilador, convergente e acomodador. Deste modo, as

metodologias letivas utilizadas no decorrer da sessão foram: o método expositivo oral direto, interrogativo, ativo e demonstrativo.

Recursos: Sala de reuniões onde decorreu a sessão. Esta já possui mesas e cadeiras disponíveis; Projetor multimédia, que foi previamente requisitado na secretaria da instituição, Computador, que é o de uso pessoal da formadora; Material necessário para a dinâmica de grupo.

Metodologia de avaliação: A avaliação da sessão decorreu ao longo da formação, por observação direta e através de um questionário para avaliação pedagógica da ação formativa.

Para que o impacto da sessão seja avaliado cria-se um indicador e o *standard*. Será avaliada através da observação direta e de uma fórmula para que seja mensurável.

A observação será realizada pelo responsável de cada área de cuidados, avaliando a prestação de cada membro relativamente ao trabalho em equipa. Esta observação pode ser realizada tendo como apoio tabelas elaboradas com os pontos a avaliar.

De forma a ponderar a quantidade de profissionais que, efetivamente trabalham em equipa multidisciplinar, gera-se a seguinte fórmula:

Elementos que trabalham em equipa x 100

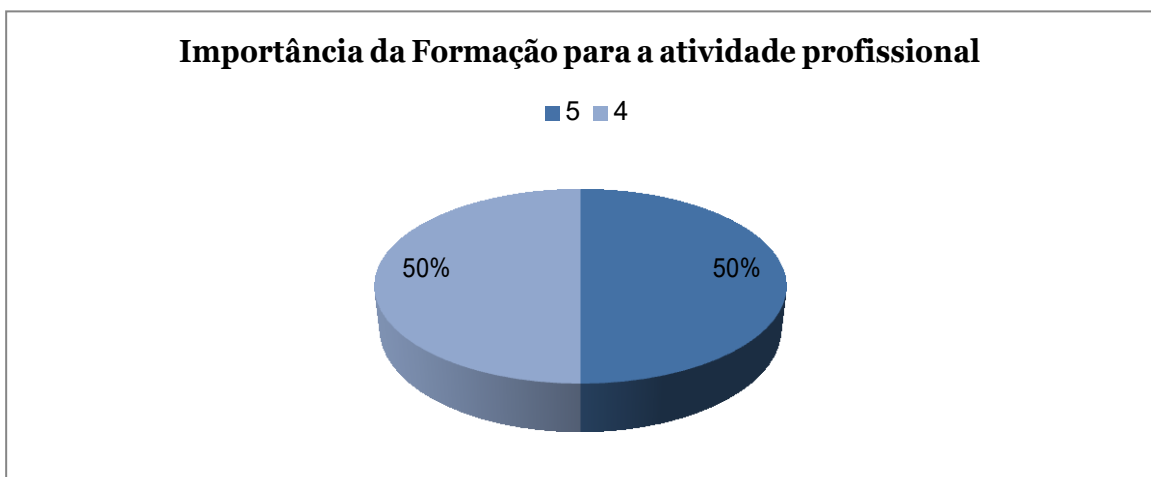
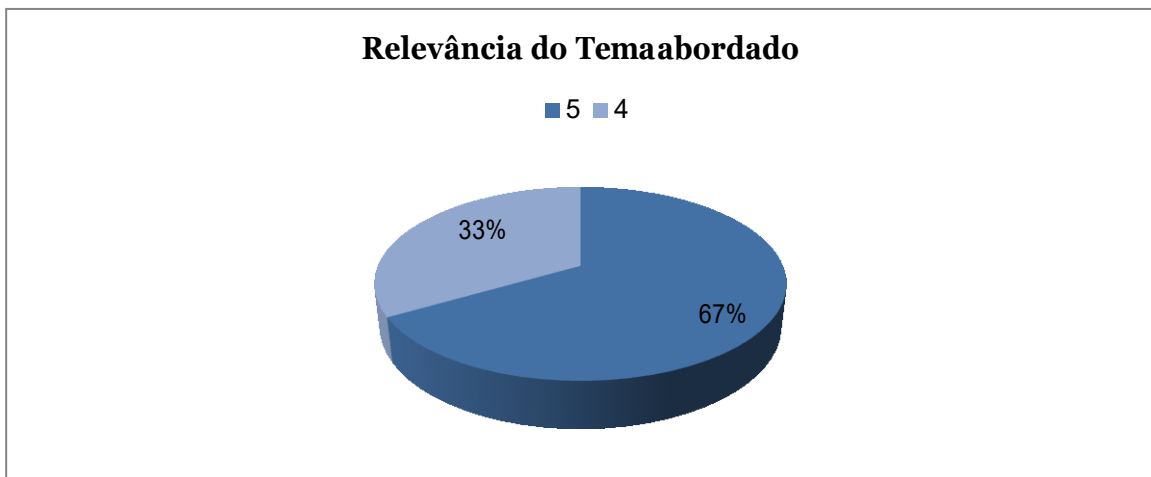
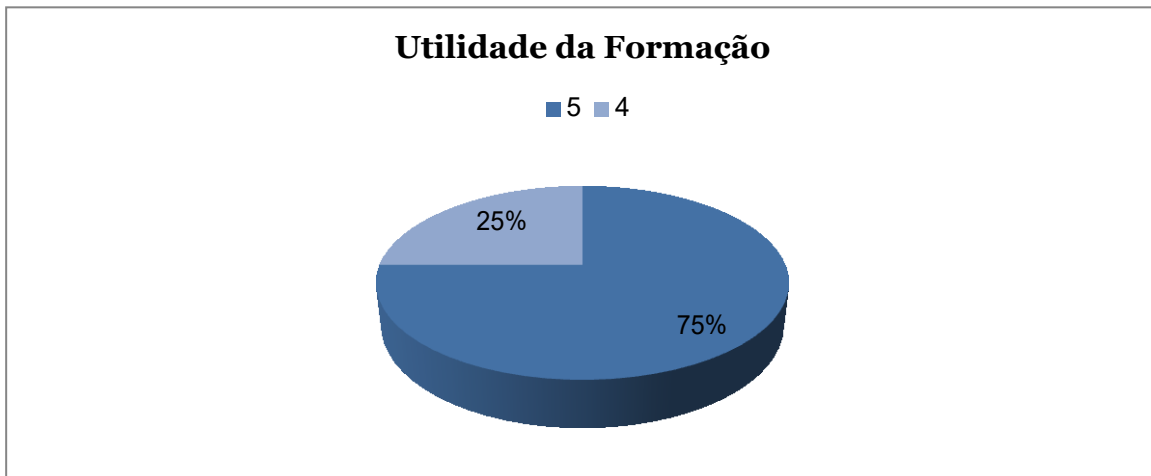
Nº total de elementos da equipa

Standard: Pretende-se alcançar uma percentagem de 80% de pessoas que trabalham em equipa durante o primeiro semestre, aumentando esta percentagem para 90% no final do primeiro ano. No início do segundo ano, pretende-se que todos os elementos trabalhem em equipa. Excluem-se todos os profissionais de saúde que não tenham sido avaliados no início do processo.

5.6 Avaliação dos resultados

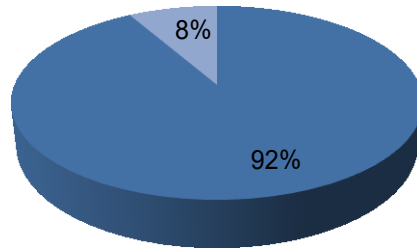
De forma a avaliar o papel desta formação na aquisição, compreensão e aplicação prática dos conteúdos formativos, procedeu-se à avaliação pedagógica. Esta baseou-se na participação ativa dos formandos e na aplicação de um instrumento de avaliação (Apêndice D), sendo este constituído por perguntas fechadas (numa escala de *likert* em que a classificação 1 correspondia a sem pertinência e 5 a indispensável) e uma pergunta aberta em que cada elemento poderia sugerir áreas de melhoria a serem abordadas em futuras formações. Através do instrumento foi possível aferir a satisfação do formando relativamente à formação, tema abordado, desempenho do formador, importância da formação para a sua prática profissional e a sua intenção de mudança de conduta. Para tal procedeu-se à sua aplicação no final da ação formativa, de forma anónima e individual, tendo sido obtidos os seguintes resultados:

Gráficos 4, 5, 6, 7 e 8 - Resultados



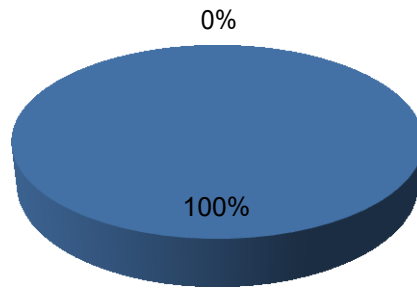
Vontade da mudança

■ Sim ■ Não



Segurança da Preletora

■ Sim ■ Não



6. Conclusão

O relatório apresentado constitui o sumário enriquecedor do percurso realizado ao longo do 6º Mestrado em CP. A redação deste documento académico permitiu o debruce rigoroso sobre as atividades desenvolvidas e o aprofundamento da evidência científica, como forma de suporte das competências adquiridas.

A Prática Clínica surge como essencial para que se apurem aptidões e se permita atingir o nível de especialização na área. Tal não era possível sem a base de sustentação teórica avançada, previamente lecionada em contexto sala de aula. Ambas, a parte teórica e prática, desenvolvem no profissional a capacidade reflexiva, crítica e de fundamentação, relativa à complexa disciplina paliativista. Tudo o referido é elaborado com vista à obtenção de um novo grau académico.

Este documento pretendeu descrever como, os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas, permitiram a consolidação de conteúdos. Tal foi realizado em consonância com a temática, norteadas pelos pilares dos CP. No mesmo, se descreve a prática clínica, bem como, a implementação de um projeto de intervenção e melhoria.

A vontade de realizar a prática clínica era imensa, e decidi fazê-lo no meu país pois embora mantivesse o contínuo desafio a nível profissional e pessoal, poderia aprofundar os conhecimentos tendo por base a nossa evolução na área, percebendo o quanto esta disciplina tem crescido e almejando o quanto ainda tem liberdade para progredir. A prática clínica representou um esforço pessoal por ter sido intensiva, mas o mesmo resultou num acompanhamento, assistencial aos doentes, intenso que acabou por ser bastante compensatório.

Comparando esta experiência no HLL-UCP à realidade em que me insiro, enquanto profissional, destaco as notórias discrepâncias em relação aos recursos disponíveis, mais notória nos humanos e respetiva carência formativa, colecionando, estes, ainda muitos mitos perturbadores da eficaz prestação de CP. Destaco, ainda, o nível de abertura da sociedade para a atenção dispensada ao fim de vida. Sendo este um fenómeno incontornável, a atenção que lhe é prestada é muito deficitária no seio da população do distrito onde laboro.

A realização do presente relatório e a elaboração e implementação do projeto de intervenção demandou meses de uma exaustiva pesquisa bibliográfica. Esta foi permissora de confrontos entre as melhores práticas descritas em literatura e as experiências vivenciadas.

Tendo em conta a qualidade do trabalho desenvolvido na UCP, onde os cuidados assistenciais são baseados nas melhores evidências preconizadas, ressalto a enorme oportunidade que me foi proporcionada em que, para além de acompanhar esta excelente equipa, fui seu membro integrante.

O modelo de atuação da UCP é adequado às necessidades dos doentes, tendo em conta as questões organizacionais do SNS, e até mesmo, as questões geográficas e

populacionais. Através do seu padrão de prestação de cuidados assistenciais é possível assegurar uma abordagem holística, de disponibilidade contínua e acesso a todos os doentes, sem nunca descuidar a filosofia inerente aos CP.

As estratégias de colaboração e articulação, entre os diversos serviços do HLL, permitem que sejam colmatadas algumas carências de recursos humanos, bem como, a garantem a possibilidade de internamento imediato, se a complexidade da situação assim o exigir, assegurando respostas às necessidades do doente e da sua família, de forma personalizada.

Existem algumas semelhanças entre a região onde exerço funções e o local de prática clínica. O envelhecimento populacional é evidente e, embora em menos escala, a carência de recursos é existente. Penso que, posso admitir, que a UCCI poderia adotar algumas atitudes-chave com vista à melhoria efetiva da prestação de cuidados assistenciais ao doente e respetiva família/cuidadores.

Pela realidade em que me encontro inserida, em que as hierarquias e o protagonismo sobem ao pódio e vencem, dificultando gravemente o trabalho inter e multidisciplinar, um dos meus principais objetivos foi, sem dúvida, analisar e integrar a metodologia de trabalho da UCP enquanto equipa. Claramente, o efetivo trabalho em equipa deste grupo exemplar é notório. A qualidade da equipa é visivelmente incrementada pela possibilidade de partilha de conhecimentos, por todos os elementos que a constituem e de discussões de tomada de decisão, de forma participativa e menos subordinada. Cada um dos membros da equipa sabe o seu papel e os seus pontos fortes, utilizando-os a favor da equipa, do doente e do próprio. Os profissionais sabem como atuar em cada situação complexa, ou não, interligando-se com os demais colegas e justificando as suas ações. Penso que a UCP se encontra num estado de estabilidade e melhoria contínua, receptiva a ideias inovadoras e promissoras.

Alterando o prisma de visão, o doente e a família são continuamente integrados na prestação de cuidados, intervêm ativamente nas tomadas de decisão e os planos de cuidados são sempre realizados tendo em conta as suas opiniões. Esta atitude promove o à-vontade de ambas as partes em mobilizar e encontrar as melhores estratégias para ir de encontro às necessidades encontradas.

A elaboração do estudo “A aplicação do *Team Building* em CP” constituiu num contributo relevante para o conhecimento da realidade onde exercemos funções, induzindo o processo reflexivo e o despoletar de novas questões. O facto de poder ser aplicado de forma abrangente revela oportunidades reais de aplicação efetiva em diversos cenários.

Os resultados obtidos espelham uma equipa cansada, desmotivada e redundante ao *Burnout*, onde é imperativo e urgente atuar e apostar em atividades promotoras de laços e boas memórias. Os profissionais da UCCI demonstram grandes necessidades de comunicação e partilha de experiências e sentimentos, não apenas por questões de pretensão de evitar o *Burnout* mas também como forma de ressaltar os bons

momentos e demonstrar que todo o esforço diário laboral tem a sua recompensa futura. Quanto mais precoce for a identificação deste problema, por toda a equipa assistencial, mais cedo e mais facilmente se torna exequível e possível um planeamento atempado, uma assistência coordenada e a interligação dos membros. Tal como no doente complexo, também nas equipas é imperativo antecipar necessidades. A realização das três atividades encurtadas de *Team Building* teve um impacto admiravelmente reconhecido, estabelecendo laços previamente inexistentes e vontades de alterar mentalidades como as ilhas de protagonismo.

No perfil dos profissionais participantes destaca-se um padrão de descontentamento, perante o elevado trabalho fornecido comparativamente aos recursos humanos disponibilizados. Tal aspeto, a meu ver, deve ser considerado no planeamento e desenvolvimento da UCCI. Este, para além da desmotivação que acarreta, provoca alterações efetivas na capacidade de cuidar, pondo em causa a satisfação das necessidades dos doentes e familiares. É urgente a adoção de planos de cuidados específicos para a equipa multidisciplinar, a fim de incrementar a qualidade dos serviços prestados bem como a sua vontade e positivismo para os realizar. Uma equipa necessita a sua dignidade e o mesmo só é possível com a aquisição de competências, na arte da comunicação, e de interligação entre os profissionais que dela fazem parte.

Desta análise, sobressai a necessidade de dinâmicas de grupo, formações que sejam capazes de incrementar a capacidade de comunicar eficazmente e atividades que sejam promotoras de coesão intra-equipa. Deste modo, prevenir-se-á a existência de profissionais desmotivados, com perfil desmoralizador, e provocadores de destabilização grave da equipa de base.

Paralelizando os resultados obtidos, através do estudo e implementação do plano de intervenção junto da UCCI, a realidade da UCP é bastante diferente. A este nível, contata-se uma equipa em que estas atividades são propostas, de forma regular e que, ainda que por vezes a adesão seja menor do que a esperada, obtém resultados positivos no que remete ao trabalho de equipa eficaz. Estas atividades, além de permitirem à equipa o atingimento de bem-estar e de um estado de espírito invejável, promovem a coesão da mesma, através da criação de laços e de memórias que mais tarde vão relembrar, associando-as às entidades que as proporcionou bem como aos colegas de trabalho que também as experienciaram.

Este estudo, para além de permitir um diagnóstico de situação em relação à equipa da UCCI, também permitiu a possibilidade de disseminar um dos pilares de CP-trabalho em equipa. Tratando-se de um serviço em que estão presentes profissionais de áreas distintas do setor de saúde, deveria existir uma familiaridade com o trabalho em equipa. Com a realização deste estudo foi possível perceber o receio em “dar o primeiro passo”. O projeto de intervenção veio potenciar o empenho dos profissionais relativamente à mudança de paradigmas e indispensabilidade de constatar as reais necessidades da equipa. O fato de terem conhecimento de que frequentava o

programa de formação avançada em CP, onde se preconiza que o trabalho em equipa seja exímio, levou a que, perante conversas informais, houvesse necessidade de verem esclarecidas novas questões e partilhassem experiências e vontade de que fossem realizadas novas sessões de *Team Building*. Alguns elementos deixaram explícito que, este tipo de ações, devia ser de caráter obrigatório.

A sessão de formação realizada afirmou-se como uma oportunidade para colmatar as dificuldades encontradas, quer pela antecedente avaliação quer pelo estudo de investigação. Dentro das dificuldades diagnosticadas destacaram-se: o assumir de um problema, pedir desculpa, redefinição de objetivos comuns, comunicação entre membros da equipa, gestão de conflitos internos e prevenção do *Burnout*.

O recurso à Revisão da Literatura, como forma de averiguar fatores relacionados com os problemas da equipa, bem como estratégias facilitadoras da coesão, conduziu à reflexão individual e por parte dos profissionais que a acedeu, permitindo a procura de soluções efetivas, duradoiras e realistas.

Consciente de que a articulação entre os diversos membros da equipa constitui uma estratégia basilar no assegurar de cuidados holísticos e na equidade de acesso a cuidados de excelência, destaco a necessidade de expandir a formação em CP a outros setores. Penso que ao se dar formação a provedorias, administrativos e pessoal de secretariado faz todo o sentido, na medida de explicitar gastos, recursos necessários e potenciar a união da instituição. Importa reforçar que estes profissionais, por norma, têm menor experiência na área da saúde, pelo que toda a formação deveria ser adequada.

Após finalizada esta etapa do meu percurso formativo, sem dúvida que as competências adquiridas e as conquistas alcançadas permitiram um crescimento pessoal e profissional. O rigoroso processo de aprendizagem permitiu consolidar conhecimentos e competências, com o objetivo da prática de cuidados de excelência. Assumo que, a responsabilidade é acrescida enquanto profissional com formação avançada em CP. Impute-se agora o assumir de um papel como agente disseminador de práticas assistenciais de excelência, bem como, o de motivador de outros profissionais, com vista à mudança efetiva na capacidade de cuidar.

Com este percurso pretendi contribuir de forma positiva para a afirmação dos CP ao nível do meu local de trabalho, bem como o desvendar dos mitos associados. Não posso deixar de salientar que, apenas com o contributo de todos os intervenientes, durante este processo, me foi possível reforçar, continuamente, a qualidade assistencial e iniciar a mudança de paradigmas há muito enraizados na nossa sociedade.

Se no início deste percurso procurava segurança, destreza e evidência científica, efetivamente necessárias ao processo de cuidar, hoje procuro um compromisso nesta área do cuidar. Todo o processo, até aqui, ganhou sentido. Através do cariz de continuidade incutido no projeto de intervenção, acredito na possibilidade de

mudanças no contexto onde exerço funções, mantendo a expectativa que o trabalho desenvolvido contribua para a o efetivo trabalho em equipa.

A nível pessoal, fica a certeza de continuidade da procura da excelência na arte de cuidar em CP. A procura de formação e de conhecimentos é sem dúvida motivadora e incessante. Fica a convicção: “Não garantir dias à vida. Garantir vida aos dias.”

7. Bibliografia

©NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014). *Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida*. Acedido a 14 de abril de 2018, em http://sociedadeferidas.pt/documentos/Prevencao_e_Tratamento_de_Ulceras_Por_Pressao-Guia_de_Referencia_Rapido.pdf

Afonso, P. & Lourenço, P. (2014) *Passagem de Turno em Enfermagem e a Segurança do Doente*. Acedido a 15 de Agosto de 2018, em <https://pt.slideshare.net/FernandoFaustoMBarroso/passagem-de-turno-e-a-segurana-do-doente>

Almeida, S. (2008). Tese de Mestrado: A Morte faz falar. In Repositório da Universidade de Lisboa. Acedido a 12 de novembro de 2016, em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/715/1/17449_Tese_de_mestrado_Sara_Almeida.pdf

Amorim, L. (2013). Tese de Mestrado: O sofrimento do Enfermeiro que cuida da Pessoa em Fim de Vida e da Família. In Repositório IPVC. Acedido a 10 de julho de 2018, em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1181/1/Liliana_Amorim.pdf

ANCP (2006). *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos*. Acedido a 18 de julho de 2018, em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf

ANCP (2006). *Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade para as Unidades de Cuidados Paliativos*. Acedido a 20 de junho de 2017, em http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf

ANCP (2006). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos*. Acedido a 18 de julho de 2018, em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf

APA, (2010). *Manual of the American Psychological Association*, (6ª edição). Washington, DC: APA

APA, (s.d.) Normas para a elaboração de Bibliografias, Referências Bibliográficas e Citações. In Anexo 4. Acedido a 15 de abril de 2018, em http://www.acenfermeiros.pt/docs/normas_apa.pdf

Aparício, M. (2016). Comunicação em Cuidados Paliativos. Apontamentos cedidos na unidade curricular de Comunicação. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano letivo 2016/2017

APAV (2012). Luto na família. Acedido a 27 de maio de 2017, em <http://www.apav.pt/carontejoom/index.php/zoo/luto-na-familia>

APCP (2016). Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal. Proposta enviada para o Ministério da Saúde.

APCP (2017). *Informação sobre a organização dos Cuidados Paliativos*. Acedido a 18 de novembro de 2017, em <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/equipas-de-cuidados-paliativos.html>

APCP (2017). *Perfis Regionais de Cuidados Paliativos*. Acedido a 18 de novembro de 2017, em <https://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=9ca34025ed2e4f23abb9cb9098985320>

Arco, H. (2014). Cuidados Paliativos (conceitos, valores e princípios). Apontamentos cedidos na unidade curricular de Enfermagem em Cuidados Paliativos. Curso de Enfermagem. Escola Superior de Saúde de Portalegre. Ano Letivo de 2014/2015

Back, A. et al (2005). *Approaching difficult communication tasks in oncology*. In *CA Cancer Journal for Clinicians*; 55 (3), 77-164. Acedido a 18 de maio de 2018, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15890639>

- Barata, F. et al (2011). *Manual de Normas de Enfermagem*. Acedido a 25 de maio de 2018, nem <http://forumenfermagem.org/dossier-tecnico/documentos/orientacoes-tecnicas?task=document.viewdoc&id=32>
- Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª edição). Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian
- Barbosa, A. (2016). O Luto em Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 553-630. Lisboa: Faculdade de Medicina
- Barbosa, A., Gama, G. & Lawlor, P. (2016). Confusão/ *Delirium*. In Barbosa, A. & Neto, I. & Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 297-316. Lisboa: Faculdade de Medicina
- Barbosa, A., Leal, F. & Bernardo, A. (2016). Depressão. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 257-268. Lisboa: Faculdade de Medicina
- Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª Edição). Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian
- Barbosa, M. & Barbosa, A. (2016). Luto na Criança. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 631-652. Lisboa: Faculdade de Medicina
- Batista, A., Cardoso, N., Carvalho, G. & Vieira, M. (2005). *Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro*. In *Revista Esc Enferm USP*, 39 (1), 85-91.. Acedido a 13 de Agosto de 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a11v39n1>
- Beavan, J. (2007). *Communication: the most common clinical procedure*. Acedido a 15 de Agosto de 2018 em <http://birminghampalliativecare.com/communication>
- Bermejo, C. (2016). Comunicação em cuidados paliativos. Apontamentos cedidos na unidade curricular de Comunicação. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano letivo 2016/2017
- Bernardo, A., Leal, F. & Barbosa, A. (2016). Ansiedade. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 249-255. Lisboa: Faculdade de Medicina
- Bernardo, A., Rosado, J. & Salazar, H. (2016). *Burnout e Autocuidados*. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 899-906. Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Bernardo, A., Rosado, J. & Salazar, H. (2016). Trabalho em Equipa. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 899-906. Lisboa: Faculdade de Medicina
- BGBuilding (2014). O que é Team Building? Acedido a 12 de julho de 2017, em <https://www.team-building-portugal.com/news/3-news-team-building-eventos-e-geral/2-teambuilding>
- Bloomer, M., Endacott, R., O'Connor, M. & Cross, W. (2013). *The “dis-ease”: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting*. Estudo Qualitativo. *Revista Palliative Medicine*; 27 (8), 757-764.
- Bragança, J. (2018) Apontamentos cedidos na Prática Clínica. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano Letivo 2016/2018
- Brennan, W. et al (2015). Improving Palliative Care Team Meetings: Structure, Inclusion, and “Team Care”. *The Sage Journal*; 33 (6), 585-593
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Revista Psychosocial Oncology*; 2 (2), 138-142
- Bwizer (2018). Soft Skills- Como usar. Acedido a 16 de agosto de 2018, em <https://www.bwizer.com/pt/>

Capelas, M. (2014). *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos*. (1ª edição). 81-86. Lisboa: Universidade Católica Editora

Capelas, M. (2017). Apontamentos cedidos na Unidade Curricular número 8, do 6º Mestrado de Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano letivo 2016/2017

Capelas, M., Neto, I. & Coelho, S. (2016). Organização de Serviços. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 915-936. Lisboa: Faculdade de Medicina

Cardoso, A. (2016). *A importância do trabalho em equipe nas organizações*. Acedido a 21 de junho de 2017, em <http://www.administradores.com.br/artigos/carreira/a-importancia-do-trabalho-em-equipe-nas-organizacoes/93866/>

Carneiro, P. (2016). Ética da Vulnerabilidade. Apontamentos cedidos na unidade curricular de Ética. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano Letivo 2016/2017

Carvalho, R. (2014). *Cuidados na higiene, conforto e eliminação*. Acedido a 10 de abril de 2018, em <https://pt.slideshare.net/RuiCarvalho26/cuidados-de-higiene-e-eliminacao-2>

Casmarrinha, M. (2008). Tese de Mestrado: Familiares do doente oncológico em fim de vida: dos sentimentos à necessidade. In Repositório Aberto da UP. Acedido a 25 de maio de 2017, em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7169/2/TESE%20DE%20MESTRADO%20%20Familiares%20do%20Doente%20Oncologico%20em%20fim%20de%20Vida%20dos%20Sentimentos%20%20Necessidades.pdf>

CNCP (2016). *A Rede Nacional de Cuidados Paliativos*. Acedido a 2 de maio de 2018, em <http://www.acess.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/paliativos/>

CNCP (2017). *Plano Estratégico de Desenvolvimento dos CP 2017/2018*. Acedido a 15 de Agosto de 2018, em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/CuidadosPaliativos_Edna.pdf

Costa, T. (2013). Tese de Mestrado: Perceção da desesperança pelo doente paliativo em contexto domiciliário. In Repositório IPVC. Acedido a 14 de Agosto de 2018, em http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1191/3/Tania_Costa.pdf

Decreto de Lei número 111/2009 de 18 de maio de 2009. Diário da República, número 95/2009 – 1ª série. Código Deontológico Para a Prática de Enfermagem. Acedido a 28 de julho de 2018, em <http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>

Decreto de Lei número 31/2018 de 18 de julho de 2018. Diário da República, número 137/2018- 1ª série. Direitos das pessoas com doença avançada e em fim de vida. Acedido a 7 de maio de 2018, em <https://dre.pt/home/-/dre/115712240/details/maximized>

Decreto de Lei número 52/2012 de 5 de setembro de 2012. Diário da República, número 172/2012- 1ª série. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Acedido a 16 de agosto de 2018, em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Lei-n-52-2012-%E2%80%93-Assembleia-da-Rep%C3%ABblica-%E2%80%93-Lei-de-Bases-dos-Cuidados-Paliativos.pdf>

Despacho número 1400-A/2015 de 02 de fevereiro de 2015. Diário da República número 28/2015- 2ª série. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015/2020. Acedido a 14 de agosto de 2018, em <https://dre.pt/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&dreId=66463210>

DGS (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático do controlo da dor*. In Circular Normativa. Acedido a 13 de agosto de 2018, em <http://www.myos.com.pt/files/circular5sinalvital.pdf>

DGS (s.d.). *Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações dos Utentes do SNS*. In Departamento da Qualidade na Saúde. Acedido a 15 de maio de 2018, em <https://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0&codigono=001100150043AAAAAAA>

Dias, M. & Durá, E. (2014). *Territórios da Psicologia Oncológica- Volume I*. (2ª edição). Lisboa: Climepsi Editores

Diogo, M. (2004). Formação de Recursos Humanos na Área da Saúde do Idoso. In Repositório da Produção Científica e Intelectual da Unicamp. Acedido a 29 de maio de 2018 em <http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/94188/1/2-s2.0-4644309475.pdf>

Feio, M. (2016). Dispneia. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 219-229. Lisboa: Faculdade de Medicina

Fernandes, J. (2016). Apoio à Família em Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 653-664. Lisboa: Faculdade de Medicina

Ferreira, M. (2009). Tese de Mestrado: Cuidar no domicílio: avaliação da sobrecarga da família / cuidador principal no suporte paliativo do doente oncológico. In Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Acedido a 15 de Agosto de 2018, em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9871>

Ferreira, M. (s.d.). Tese de Mestrado: Cuidar no domicílio: Sobrecarga da família/cuidador principal com o doente oncológico paliativo. In Repositório da Universidade do Porto. Acedido a 25 de maio de 2017, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7265/2/tese%20final.pdf>

Ferreira, P., Gomes, B., Higginson, I. & Sarmiento, V. (2013). *Preferências de Locais de Morte em regiões de Portugal em 2010*. Coimbra: Fundação Caloust Gulbenkian. Londres: King's College

Franco, P. & Martins, C. (2000). A visita de familiares ao doente internado. *Revista Nursing*; (142), 34-36

Gómez-Batiste, X. et al. (2005). *Organización de servicios y programas de cuidados paliativos*. (1ª edição). Madrid : Arán Ediciones

Gonçalves, A. (2013). Tese de Mestrado: Avaliação e Controlo da Dispneia em Cuidados Paliativos, In Repositório Científico do IPCB. Acedido a 16 de Agosto de 2018, em <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/2201>

Gonçalves, E. (2016). Controlo de Sintomas. Apontamentos cedidos na unidade curricular de Controlo Sintomático. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano Letivo 2016/2018

Gonçalves, F. (2016). Tese de Mestrado: O Cuidar dos Enfermeiros na Equipa de Suporte de Cuidados Paliativos. In Repositório IPVC. Acedido a 14 de Agosto de 2018, em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1819/1/Filipa_Goncalves.pdf

Gonçalves, V., Lima, C. & Lopes, M. (2010). O Enfermeiro no Planeamento do Espaço Físico Hospitalar. In *Revista de Enfermagem Integrada*. Acedido a 10 de julho de 2018, em https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/02-enfermeiro-no-planeamento-fisico-hospitalar.pdf

Guilhoto, C. (2013). Tese de Mestrado: O Erro de Medicação na Opinião dos Enfermeiros de Pediatria. In Repositório IPV. Acedido a 14 de Agosto de 2018, em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1978/1/GUILHOTO%20Carla%20Susana%20Antunes%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

Hospital Cuf Descobertas (2017). Medicina Interna. Acedido a 10 de maio de 2018 em <https://www.saudecuf.pt/unidades/descobertas/areas-clinicas/medicina-interna>

Hospital da Luz (2017). Visão, Missão e Valores. Acedido a 18 de novembro de 2017, em <http://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/pt/institucional/visao-missao-e-valores/>

Hospital da Luz (2018). *Abordagem Global dos Doentes Oncológicos*. Acedido a 26 de maio de 2018, em <http://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/pt/centros-especializados/centro-de-oncologia/abordagem-global-dos-doentes-oncologicos/>

Hospital da Luz (2018). *Acreditação de Qualidade*. Acedido a 10 de maio de 2018, em <http://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/pt/o-hospital/acreditacao-de-qualidade/>

IPCB (s.d.). *Mestrado em Cuidados Paliativos*. Acedido a 18 de novembro de 2017, em <http://www.ipcb.pt/esald/ensino/mestrado-em-cuidados-paliativos>

Jericó, M., Peres, A. & Kurciant, P. (2007). Estrutura Organizacional do serviço de Enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. *Revista esc. Enfermagem USP*; 3 (42), 569-577

Leal, F. (2003). Transmissão de Más Notícias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; 19 (1), 40-43

Luz Saúde (2015). *A Marca*. Acedido a 11 de agosto de 2018, em <http://www.luzsaude.pt/pt/luz-saude/a-marca/>

Marques, L. (2016). O desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal. Apontamentos cedidos na unidade curricular de Cuidados Paliativos. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano Letivo 2016/2018

Marques, L., *et al* (2009). O desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal. *Patient Care*; 14 (152), 32-38

Martinez, M. & Ribeiro, C. (2016). *Cuidados Paliativos: a importância do trabalho em equipa e aliança terapêutica*. In *Revista Portuguesa de Oncologia*. Acedido a 16 de agosto de 2018, em https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/revista_sociedade_portuguesa_de_oncologia_online.pdf

Martins, M. (2013). Tese de Mestrado: O apoio à família do doente em fase final de vida em situação domiciliária. In Repositório científico do IPCB. Acedido a 10 de junho de 2018, em <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/2200>

Mello, D. (2005). Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. In *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*; 15 (1), 49-62

Mendes, T. (2009). Tese de Mestrado: A Conspiração do Silêncio em Cuidados Paliativos. In Repositório UCP. Acedido a 14 de Agosto de 2018, em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3619/4/TESE%20DE%20MESTRADO%20%20-%20TANIA_novo9.pdf

Mendonça, G. & Ferreira, G. (s.d.) *Guia Brasileiro de Cuidados Paliativos*. Acedido a 16 de maio de 2018, em <https://www.guiadecuidadospaliativos.org/>

Monteiro, D. (2009). Revisão Integrativa da Literatura: Escala de Edmonton em Cuidados Paliativos. In LUME repositório digital. Acedido a 10 de maio de 2018, em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/24699>

Moreira, C. (2012). Tese de Mestrado: Delirium- Dimensão do problema num serviço de Cuidados Paliativos. In Repositório da UCP. Acedido a 20 de Agosto de 2018, em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11406/1/Mestrado%20em%20Cuidados%20Paliativos%20DELIRIUM%20DIMENS%C3%83O%20DO%20PROBLEMA.pdf>

Moreira, I. (2001). *O Doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Edições Formasau

Naiane, W. & Crepaldi, M. (2008). A utilização do genograma como Instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Revista de psicologia: reflexão e crítica*; 21 (2), 302-310

Nakata, S. & Silva, W. (2005). *Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos*. In *Revista Brasileira de Enfermagem*. Acedido a 14 de Agosto de 2018, em <http://www.redalyc.org/html/2670/267019624008/>

Neto, I. (2011). *Hoje vive-se muito tempo a pensar que não se vai morrer*. In *Jornal I*. Acedido a 10 de maio de 2018, em <https://ionline.sapo.pt/422772>

Neto, I. (2016) Cuidados Paliativos. Apontamentos cedidos na unidade curricular de Cuidados Paliativos. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano Letivo 2016/2017

Neto, I. (2016). Cuidados na Agonia. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 317- 330. Lisboa: Faculdade de Medicina.

Neto, I. (2017). *Princípios do Controlo de Sintomas, um pilar dos Cuidados Paliativos*. In Ordem dos Médicos. Acedido a 13 de Agosto de 2018, em <https://ordemdosmedicos.pt/principios-do-controlo-de-sintomas-um-pilar-dos-cuidados-paliativos-por-isabel-garica-neto/>

Neto, I. (s.d.) IV Congresso Nacional de Cuidados Paliativos: Conferência Familiar. In Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Acedido a 16 de Agosto de 2018, em http://www.apcp.com.pt/uploads/conferencia_familiar.pdf

Neves, S. (2017). Controlo de Sintomas. Apontamentos cedidos na unidade curricular de Controlo Sintomático. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano letivo 2016/2017

Nogueira, M. (2003). Tese de Mestrado: Necessidades da família no cuidar: o papel do Enfermeiro. In Repositório da Universidade do Porto. Acedido a 25 de maio de 2017, em http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/.../4/6018_TM_01_P.pdf

Núcleo de Cuidados Paliativos (2007). Recomendações para o tratamento farmacológico da Dor. *Revista Portuguesa da Medicina Geral e Familiar*; 23 (4), 457-464

Nunes, P. (2016). *Team Building in Knoow.net - Enciclopédia Temática*. Acedido a 18 de outubro de 2017, em <http://knoow.net/cienceconempr/gestao/team-building/>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido a 14 de maio de 2018, em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Pacheco, S., Viegas, S. & Rosa, Z. (2007). *Toque Terapêutico- fundamentação e aplicabilidade em enfermagem*. In *Revista Nursing*. Acedido a 18 de agosto de 2018, em <http://forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3099-toque#.W36dguhKjIU>

Palácios, M. & Rego, S. (2006). *A finitude humana e a saúde pública*. In Caderno da Saúde Pública. Acedido a 12 de novembro de 2016, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800025

Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. In *Revista de Enfermagem Referência*; IV (11), 121-132

Pereira, A., Teixeira, G., Bressan, C. & Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde familiar. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 62 (3), 407-416

Pina, P. (2016). A síndrome de Anorexia/Caquexia. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 185- 209. Lisboa: Faculdade de Medicina

Pina, P. (2016). Controlo de Náuseas e Vômitos em Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 101-119. Lisboa: Faculdade de Medicina

- Pina, P. (2016). Soluções em Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 131- 148. Lisboa: Faculdade de Medicina
- Pina, P. (2017) Dispneia. Apontamentos cedidos na unidade curricular de Controlo Sintomático. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano letivo 2016/2017
- Pina, P. (2018). Apontamentos cedidos na Formação Controlo da Dor. Castelo Branco. Grunenthal
- Pinho, M. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Revista Ciências & Cognição*; 8, 68- 87
- Pinto, C. (2017). Cuidados no apoio ao luto. Apontamentos cedidos na unidade curricular de A família e apoio no luto. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano Letivo 2016/2017
- Pires, D. (2016). Dor. Apontamentos cedidos na unidade curricular de Controlo Sintomático. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano Letivo 2016/2017
- Pires, V. (2018). Revisão Sistemática da Literatura: Sobrecarga do Cuidador Informal. Realizada no âmbito do 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano letivo 2017/2018.
- PNCP (2015). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Acedido a 22 de novembro de 2017, em <http://cuidandojuntos.org.pt/wpcontent/uploads/2015/09/programanacionalcuidadospaliativos.pdf>
- Pontalti, G. et al (2012). Via Sub-Cutânea: Segunda opção em Cuidados Paliativos. *Revista HCPA*, 32 (2), 199-207
- Pordata (2017). *Indicadores de Envelhecimento*. Acedido a 18 de novembro de 2017, em <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- Price, G. (2003) *Team Working: palliative care as a model of interdisciplinary practice*. In *Revista Palliative Care*. Acedido a 21 de junho de 2016, em <https://www.mja.com.au>
- Querido, A. (2016). A Esperança em Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 781-796. Lisboa: Faculdade de Medicina
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2016). Comunicação. In Barbosa, A., Neto, I., Pina, P. & Tavares, F. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*, 815-832. Lisboa: Faculdade de Medicina
- Ramalho, A. (2006). Manual para a redação de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*; (64), 51-56.
- Ramos, V. (2017). Tese de Mestrado: Equipa de Emergência Médica Hospitalar: Processo de Decisão de Não Reanimar. In Repositório científico do IPCB. Acedido a 10 de Agosto de 2018, em <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/5580>
- Redondo, P. (2009). Tese de Mestrado: A ansiedade em familiares cuidadores de doentes oncológicos: programa de intervenção cognitivo-comportamental. In Repositório da Universidade de Lisboa. Acedido a 27 de maio de 2017, em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2130/1/22229_ulfp034835_tm.pdf
- Reigada, C. (2017). Cuidados no apoio ao luto: Avaliação sociofamiliar/diagnósticos de necessidades. Apontamentos cedidos na Unidade Curricular de A família e apoio no luto. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano Letivo 2016/2017
- Ribeiro, J. (2008). *Comportamento Organizacional*. Acedido a 21 de junho de 2017, em <http://www.anje.pt/system/files/items/76/original/ComportamentoOrgan-v11-final.pdf>

Ribeiro, J. (2015). Tese de Mestrado: Identificação e Gestão dos Últimos Dias e Horas de Vida. In repositório científico do IPCB. Acedido a 10 de agosto de 2018, em <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/4898>

Ricarte, L. (2009). Tese de Mestrado: Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. In Repositório Aberto da Universidade do Porto. Acedido a 13 de agosto de 2018, em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>

Robbins, S. (2002). *Comportamento Organizacional*. (8ª Edição). Londres: Pearson

Rodrigues, N. & Rodrigues, R. (2018). *O Significado das Cores*. Acedido a 10 de agosto de 2018, em <https://www.significados.com.br/cores-2/>

Sage One (2015). *Team Building: Construir boas Equipas*. Acedido a 18 de outubro de 2017, em <http://www.sageone.pt/2015/06/09/team-building-criar-boas-equipas/>

Santos, M. (2011). Tese de Mestrado: Gestão do Desempenho: Relevância da Cultura Organizacional. In Serviço Integrado das Universidades de Coimbra. Acedido a 14 de agosto de 2018, em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18061/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio%20-%20Mariana%20Santos.pdf>

Santos, S. (2016). *Promova o Team Building na Empresa*. Acedido a 18 de outubro de 2017, em <http://pme.pt/promova-team-building-empresa/>

Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-doente*. (1ª edição) Loures.: Edições Lusociência

Sapeta, P. (2016). Cuidados Paliativos (filosofia, princípios e mitos). Apontamentos cedidos na unidade curricular de Cuidados Paliativos. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano Letivo 2016/2017

Sapeta, P. (2016). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Apontamentos cedidos na unidade curricular de Cuidados Paliativos. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano Letivo 2016/2017

Sapeta, P. (2017). Apontamentos cedidos na unidade curricular 10. 6º Mestrado de Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Ano letivo 2016/2017

SECAD (2018). *Cuidados Paliativos: Atenção além dos Sinais Vitais*. In *Sistema de Educação Continuada à Distância*. Acedido a 10 de agosto de 2018, em <https://www.secad.com.br/blog/enfermagem/cuidados-paliativos-atencao-alem-dos-sinais-vitais/>

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. In *Revista Referência*; 2 (12), 9-16

Shaw, J., Kearney, C., Glenss, B. & McKay, S. (2015). Interprofessional team building in the palliative home care setting: Use of a conceptual Framework to inform a pilot evaluation. In *Journal Interprofessional Care*, 30 (2), 262-264

Silva, R. (2014). Tese de Mestrado: Fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica. In Repositório UCP. Acedido a 26 de abril de 2018, em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17108/1/Fatores%20que%20contribuem%20para%20a%20tomada%20de%20decis%C3%A3o%20dos%20enfermei.pdf>

Simoni, M. & Santos, M. (2003). Tese de Mestrado: Considerações sobre Cuidados Paliativos e Trabalho Hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. In *Scientific Electronic Library Online*. Acedido a 13 de julho de 2018, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So103-65642003000200009

- SNS (2017). *Plano Estratégico para os Cuidados Paliativos no biénio de 2017-2018*. Acedido a 30 de novembro de 2017, em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estrat%C3%A9gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf>
- Sociedade Civil (2013). Programa Televisivo: Escolher onde Morrer. Acedido a 10 de Agosto de 2018, em <https://www.youtube.com/watch?v=EcovENlw7wc>
- Soler, R. (2012). *Team Building, Construindo Times Verdadeiros*. (1ª edição). São Paulo: Edições Sprint.
- Souza, N. (2005). *Avaliação de Competências: o aperfeiçoamento profissional na área de Enfermagem*. Acedido a 10 de abril de 2018, em <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/eae/article/view/2136>
- Stahl, R. (2015). *Gestão, Formação e Trabalho em Equipa*. (1ª edição). Lisboa: Edições Piaget.
- Taplin, S. et al (2015). Reviewing Cancer Care Team Effectiveness. In *Journal of Oncology Practice*, 11 (3), 239-246
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª edição). Lisboa: Climepsi Editores
- Twycross, R. (s.d.). Laurinda Alves entrevista Robert Twycross, médico. In *Revista Xis*. Acedido a 17 de novembro de 2016, em <http://www.historiamedicinapaliativa.ubi.pt/pdfs/actual.pdf>
- WHO (2015). Managing WHO Humanitarian Response in the Field – 6 Defining Objectives and preparing an Action Plan. In *Humanitarian Health Action*. Acedido a 10 de agosto de 2018, em http://www.who.int/hac/techguidance/tools/manuals/who_field_handbook/6/en/index1.html
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Goldsmith, J., Ragan, S. & Paice, J. (2016). Assessment of a Statewide Palliative Care Team Training Course: COMFORT Communication for Palliative Care Teams. In *Journal of Palliative Medicine*. Acedido a 12 de janeiro de 2018, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27285175>

Apêndices

Apêndice A- Documento de Boas Práticas

Guia de Boas Práticas



Baseado em
dicas
profissionais
Bwizer

Prefácio

No que diz respeito ao plano da concretização pessoal, encontro a comunicação a área em que me sinto mais confortável, realizado onde o sentimento de missão cumprida assume um expoente mais elevado. Devo confessar ficar fascinado com o potencial de partilha, crescimento e enaltecimento da sociedade, subjacente a cada ato comunicacional.

Em matéria tão fluída, corre-se o risco de se relevar, sustentando-a por louváveis mas frágeis intenções. O que este guia de consulta rápida demonstra é que esta é uma especialidade madura, com metodologias e técnicas que se aprendem, por isso há que apurar competências e estabelecer pontes entre conhecimentos e ações.

Juntamente à capacidade comunicacional, este documento dá-nos conhecimentos comportamentais potenciadores de um bom ambiente de trabalho bem como atitudes que se devem, indiscutivelmente, adotar.

O guia que aqui se apresenta é útil e contribuidor para a sensibilização e desenvolvimento pessoal e profissional dos leitores. Reduzir boas práticas à capacidade de trabalho é redutor.

Dr. Tiago Gonçalves

Farmacêutica na Empresa Dignidade

Autor para a Revista Zen Energy

Está satisfeito com o seu trabalho?

Cabe a si perceber o que o apaixona e só depois delinear um plano para concretizar o que deseja. Um propósito dá clareza (deixa de navegar sem rumo), dá motivação e prepara para a ação. Dá trabalho e exige muita disciplina mas se tiver essa paixão/ambição, percebendo o *what* e o *why*, vá em frente. Com este guia estamos preparados para o ajudar se a área da saúde for a sua. Não adianta fazer toda a formação do mundo, sem ter um fio condutor que o leve a concretizar o seu objetivo.

Se ainda não encontrou/definiu o seu propósito, não é grave mas pedimos-lhe que reflita um pouco sobre isto: em que estado vive? Angústia ou aborrecimento?

Já sabe o seu propósito?

O sucesso profissional é um conceito subjetivo. Reconhecimento pelos pares ou superiores, conforto financeiro, bens materiais, promoções na carreira, ter o próprio negócio ou alcançar um cargo de chefia/ posto mais alto na hierarquia da organização podem ser a medida do sucesso para algumas pessoas.

Contudo, a ideia de sucesso profissional pode estar ligada a ter mais tempo para a família, a sentir-se desafiado intelectualmente, ou até trabalhar menos. Muito se tem escrito e falado sobre este tema. Vários autores, personalidades e casos de sucesso saltaram para a ribalta ao partilhar a sua história, o seu segredo.

Ora, independentemente da definição de “sucesso profissional” para cada um, sabe-se hoje que existem algumas atitudes/ mudanças de comportamento que podem ajudar-nos a atingir os nossos objetivos. Vamos agora descobrir 10 princípios que não pode esquecer:



Autoconhecimento

É vital conhecer os seus pontos fortes e fracos, aquilo em que deve apostar para se destacar e aquilo que deve melhorar, tanto em contexto profissional como pessoal. Quantas vezes não ouve a expressão: “Aquele doente é bom para ti!”.

Isso quer dizer que tem pontos essenciais na sua personalidade para ir ao encontro das necessidades desse doente.

Desenvolvimento Contínuo

Não há outra forma de atingir o sucesso que trabalhar constantemente no seu desenvolvimento – mantenha-se atualizado, pleno e com um conhecimento sólido; não se esqueça também que este desenvolvimento contínuo se traduz, tanto em hard skills (competências mais técnicas), como também em soft skills.

A saúde é uma área mutável. Atualize-se com formações contínuas e desafie-se.

Objetivos Profissionais

Saber onde e quando quer chegar é vital para orientar o seu caminho rumo ao sucesso. Definir metas a curto e longo prazo, bem como fazer um ponto de situação em diferentes momentos faz a diferença em reação a atingir ou não o sucesso. Lembre-se também que fazer ajustes não é uma derrota, mas sim sinal de análise e antecipação.

Equilíbrio

As pessoas mais felizes são mais bem-sucedidas. E as mais bem-sucedidas são mais felizes! Mas será este conceito de “felicidade” exclusivo ao contexto pessoal ou profissional? Hoje sabe-se que provavelmente será um equilíbrio entre estas duas dimensões que trará melhores resultados - não é possível sentirmo-nos realizados se faltar uma destas.

Não se aplique apenas a 100% no trabalho. A vida pessoal tem muito peso na felicidade e concretização.



Confiança

Confiança é muitas vezes confundida com falsa modéstia ou arrogância, mas nada tem que ver com isso. Ser confiante é, pelo contrário, ter perfeita consciência da sua competência e propósito/ função e saber comunicá-los e exercê-los de forma clara. Note que a confiança também faz parte das relações de equipa – uma equipa em que não haja confiança entre todos e cada um dos seus elementos, não será uma equipa saudável.



Ética

“Ética” é algo fundamental independentemente da nossa área profissional e “posto de trabalho” ou não fosse esta a única forma de assegurar respeito e um absoluto profissionalismo, independentemente do contexto!



Envolvimento

Mantenha-se envolvido com o seu trabalho e a sua equipa. Comprometa-se com as metas definidas, dê o melhor de si, contribua para um ambiente produtivo de trabalho e procure sempre acrescentar valor à organização e contribuir para a evolução de cada um dos seus elementos.



Colaboração

Partilhar conhecimento/ informação, discutir ideias e estar disposto a aprender é uma das chaves para o sucesso das equipas. Respeito, compreensão e capacidade de ceder quando assim se justifica são também valores pelos quais se pautam as boas equipas! Não seja aquele colega que esconde informação e que quer “brilhar” sozinho, pois isso será apenas temporário.



Resiliência

Por definição, a resiliência é a capacidade de superar obstáculos e lidar com momentos mais negativo, mantendo o equilíbrio e, em contexto profissional, o

resultado entregue. Ora, em contexto profissional esta é uma das skills vitais para, em momentos de turbulência, “não deitar a toalha ao chão”.



Networking

Sem dúvida, uma das palavras que logo surgem nas nossas cabeças quando pensamos em relações nas organizações. Com efeito, ter uma boa rede de contatos contribui para a troca de conhecimentos, experiências, apoio e, porque não, indicações. É importante estar presente em eventos, falar com pessoas e cultivar as relações.

Fácil não é?

Atente agora nestes quatro segredos:

DÊ O EXEMPLO: É A MELHOR FORMA DE ENSINAR

Uma das melhores formas de ensinar algo é fazê-lo! Todos sabemos que o “olha para o que eu digo, não olhes para o que eu faço” pode não ser a atitude mais eficiente, verdade? Dedique-se, abrace os desafios e dê o exemplo, nem que por vezes tenha de ser o 1º a chegar e o último a sair.

SEJA PONTUAL

O tempo é um dos bens mais preciosos que todos temos, concorda? É também um dos recursos das empresas que mais diferença pode fazer, pelo que é vital que respeitemos o nosso e o dos outros. Quando optamos por investir o nosso tempo numa determinada tarefa estamos, por consequência, a escolher não o gastar noutra, pelo que esta gestão tem de feita de uma forma inteligente, sobretudo se for nossa responsabilidade gerir o tempo de terceiros! Um outro conceito muito importante neste contexto é o de “custo de oportunidade”.

NÃO TOME DECISÕES DIFÍCEIS COM BASE EM EMOÇÕES

O ser humano é um ser racional, mas a emoção ocupa um lugar muito importante no comportamento humano. O nosso estado de espírito, as empatias. Quantas vezes, perante uma situação mais difícil e de contrariedade, a nossa primeira reação é a de adotar uma atitude defensiva e combativa? Com efeito, este é claramente o resultado de um domínio da emoção vs. a razão, pois quando

analisamos a situação conseguimos perceber uma “fotografia diferente e bem mais ampla”, conseguimos ter uma visão mais estratégica com os benefícios a longo prazo já no nosso horizonte.

CONTE UMA BOA HISTÓRIA

Ao construir uma marca, tenha em consideração que as pessoas estão interessadas em conhecer quem está por trás dessa marca e não apenas no negócio em si. As pessoas confiam em pessoas e não em “entidades”. As pessoas inspiram-se em pessoas! Para além disto, contar histórias faz parte da natureza humana. Ter isto em consideração pode fazer a diferença na transmissão da mensagem.

Gaste aqui 6 segundos...

6 dicas, 6 segundos

- Comunicação Eficaz
 - Mantenha a simplicidade
 - Fale de forma pausada e mantenha uma correta entoação
 - Forma também importa! Não se foque apenas no conteúdo
 - Antes de começar a comunicar, tenha presente qual o seu objetivo
 - A comunicação não verbal é mais importante que a verbal
 - Adapte sempre o discurso à audiência

- Reunião Eficaz
 - Faça com que cada reunião valha a pena
 - Defina os objetivos e partilhe-os antecipadamente
 - Defina um líder para cada reunião
 - Garanta que se tocam todos os objetivos definidos
 - Tenha certeza de que todos conhecem os next-steps que resultam da reunião
 - Todas as pessoas devem ter o seu espaço para partilhar o seu ponto de vista

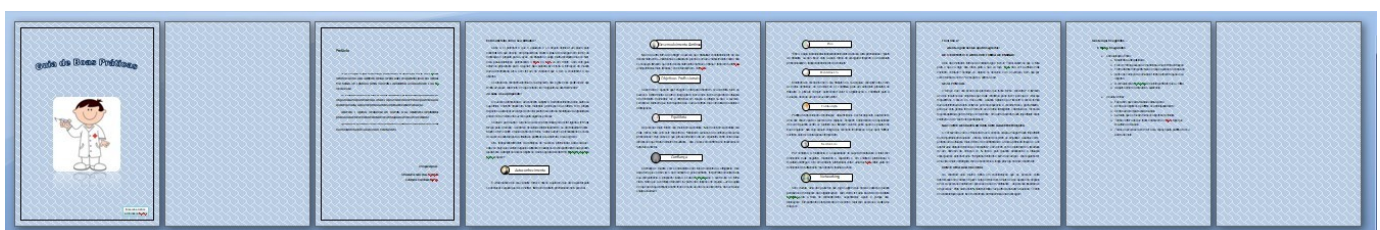


Figura 12- Guia de boas práticas (aspeto visual)

Apêndice B- Ação de Formação

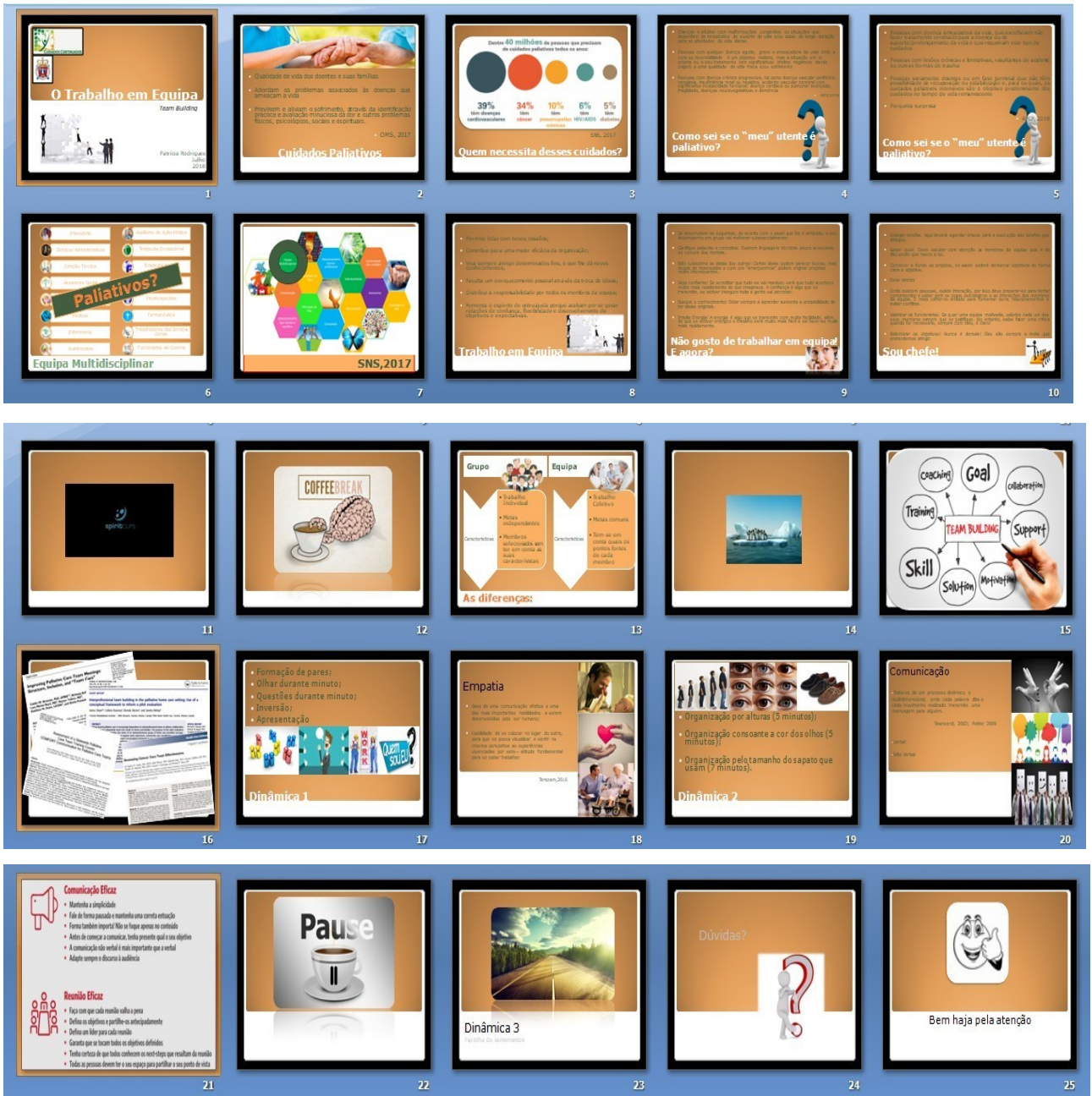


Figura 13 - Diapositivos

Apêndice C- Projeto de Motivação

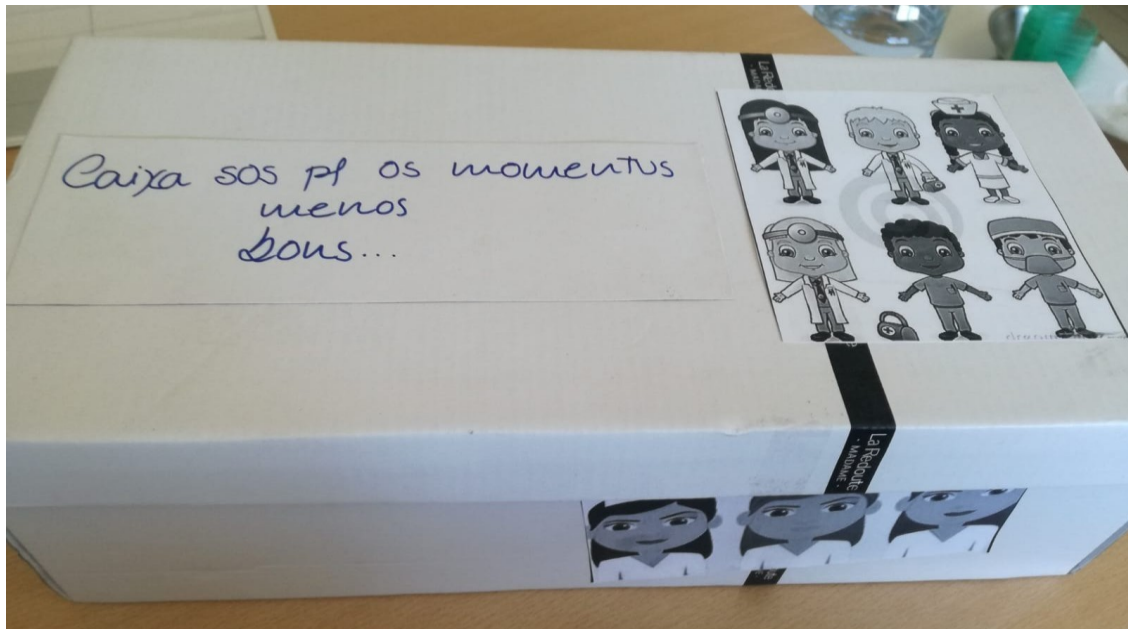


Figura 14 - Caixa SOS (maus momentos)

Apêndice D- Questionário da Formação

Questionário acerca da pertinência da formação

Coloque um x no quadrado que corresponder à sua opinião acerca desta formação.

Este tipo de formações são:

Indispensável Muito útil Útil Dispensável Sem pertinência

Os temas abordados foram:

Indispensáveis Muito úteis Úteis Dispensáveis Sem pertinência

Para o meu trabalho como _____ esta formação trouxe-me informação:

Indispensável Muito útil Útil Dispensável Sem pertinência

Tenho vontade de trabalhar com a minha equipa de forma eficaz?

Sim Não

A preletora demonstrou confiança nos temas abordados:

Sim Não

Observações:

Obrigada 😊

Anexos

Anexo A
Escalas

Anexo A.1

Escala de Coma de Glasgow

	Avaliação	Pontuação
. Abertura ocular	Espontânea	4 pontos
	Por Estimulo Verbal	3 pontos
	Por Estimulo A Dor	2 pontos
	Sem Resposta	1 ponto
. Resposta verbal	Orientado	5 pontos
	Confuso (Mas ainda responde)	4 pontos
	Resposta Inapropriada	3 pontos
	Sons Incompreensíveis	2 pontos
	Sem Resposta	1 ponto
. Resposta motora	Obedece Ordens	6 pontos
	Localiza Dor	5 pontos
	Reage a dor mas não localiza	4 pontos
	Flexão anormal – Decorticação	3 pontos
	Extensão anormal - Decerebração	2 pontos
	Sem Resposta	1 ponto

Figura 15 - Escala de Coma de Glasgow

Anexo A.2

Escala de Barthel

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Figura 16 - Escala de Barthel

Anexo A.3

Escala de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarelho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Figura 17 - Escala de Morse

Anexo A.4

Escala de Braden

ESCALA BRADEN	PUNTOS	1	2	3	4	
	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>	
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>	
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia	
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>	
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>	
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>		
	NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤12			
		RIESGO MODERADO	≤14			
		RIESGO BAJO	≤16			

Figura 18 - Escala de Braden

Anexo A.5
ESAS-r

Edmonton Symptom Assessment System: Numerical Scale Regional Palliative Care Program	
Please circle the number that best describes:	
No pain	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible pain
Not tired	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible tiredness
Not nauseated	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible nausea
Not depressed	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible depression
Not anxious	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible anxiety
Not drowsy	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible drowsiness
Best appetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible appetite
Best feeling of wellbeing	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible feeling of wellbeing
No shortness of breath	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible shortness of breath
Other problem	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Patient's Name _____	
Date _____	Time _____
Complete by (<i>check one</i>)	
<input type="checkbox"/> Patient	
<input type="checkbox"/> Caregiver	
<input type="checkbox"/> Caregiver assisted	

Figura 19 - ESAS-r

Anexo A.6

Escala Numérica da Dor



Figura 20 - Escala Numérica da Dor

Anexo B
Certificado do Poster Científico

~



Figura 21 - Certificado